

DERMATOLOGÍA GENERAL

y

# CLÍNICA ICONOGRÁFICA

DE ENFERMEDADES DE LA PIEL Ó DERMATÓISIS

POR EL DOCTOR

D. JOSÉ EUGENIO OLAVIDE

CABALLERO GRAN CRUZ DE LA REAL Y DISTINGUIDA ORDEN DE ISABEL LA CATÓLICA,  
PROFESOR DE DERMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE MADRID, MÉDICO DE LA REAL CASA  
E INSTITUTO DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA.

EXCMO. SEÑOR DON JOSE GIL DORREGARAY, EDITOR Y PROPIETARIO

TEXTO.—Precio, 1.400 reales.

MADRID:

IMPRENTA DE FORTANET,

CALLE DE LA LIBERTAD, NÚM. 20.

1882.

3638



7-1  
2-1  
3-1  
6-1



DERMATOLOGÍA GENERAL  
Y  
CLÍNICA ICONOGRÁFICA

DE ENFERMEDADES DE LA PIEL Ó DERMATÓISIS.





DERMATOLOGÍA GENERAL

y

# CLÍNICA ICONOGRÁFICA

DE ENFERMEDADES DE LA PIEL Ó DERMATÓISIS

POR

D. JOSÉ EUGENIO OLAVIDE

DOCTOR EN MEDICINA

Y PROFESOR DE DERMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE MADRID

---

EDITOR, JOSÉ GIL DORREGARAY

---



MADRID

IMPRENTA DE T. FORTANET

CALLE DE LA LIBERTAD, NÚMERO 29

1871

Siendo esta obra propiedad del Autor, no podrá ser traducida ni reimpresa sin su consentimiento.—Se considerarán como apócrifos todos los ejemplares cuyas láminas no estén numeradas y firmadas por el Autor.



## PRÓLOGO.

Desde el año 1860 en el que me encargué de las salas de enfermedades de la piel en el hospital de San Juan de Dios, he tenido ocasion de ver, si no todas, la mayor parte de las afecciones cutáneas.

Una enfermería de ciento veinte camas, siempre ocupadas, es un gran museo natural, donde la vista se acostumbra pronto á observar los detalles más minuciosos de las diferentes dermatosis.

Al principio, fuerza es decirlo, falto de la enseñanza práctica necesaria que, por desgracia, no se daba en nuestras Escuelas de Medicina, me encontré como algunos viajeros que, sin intérprete, y desconociendo otro idioma que el patrio, van á países extraños forzados por una imperiosa necesidad.

La lectura de varias obras de dermatología, hecha con la premura del que desea saber pronto, me confundia más y más. Mi imaginacion habia visto en la descripcion de los libros clásicos, dermatosis que mis sentidos no encontraban; y vice versa, lo que impresionaba á mis sentidos delante de los enfermos, en nada se parecia á las ilusiones, ó mejor, á las enfermedades ilusorias que por el resultado de estudios puramente teóricos se habia forjado mi mente.

Era indudable que habia errado el camino del estudio, y fué necesario volver atrás para emprender un nuevo derrotero.

Tuve que empezar esperando á que mi vista se familiarizase con el aspecto tan variado como heterogéneo de las dermatosis; despues principié á notar analogías y diferencias, y entónces ya los libros me sirvieron para algo. Recogí observaciones, en las cuales hoy suelo encontrar algunos errores de diagnóstico, pero seguí adelante; y cuando por efecto de su síntesis y de la síntesis de los estudios teóricos, formé mi cuerpo de doctrina, creí que era la más oportuna ocasion de hacer nuevas y más minuciosas observaciones prácticas; pero de una manera tan gráfica, que fuera imposible borrarlas de la memoria.

De aquí nacieron estas láminas, hechas con la única idea de formarme un pequeño museo en mi gabinete, porque yo no ignoraba la imposibilidad de publicar, con mis solos recursos, una obra clínica de estas proporciones, y tampoco tenia esperanzas de auxilios oficiales.

Debo á la buena amistad de una persona, que citaré más tarde, el impulso que me hizo pedirlos; y séame lícito, ahora que no la nombro, tributarla por ello y por lo que despues se ha interesado en el asunto las más sinceras gracias.

Las láminas y las observaciones, que al principio sólo eran para mí una representación viva de los casos más notables de la enfermería, pudieron despues, yendo aumentando, clasificarse y agruparse, segun el método conveniente.

¿Qué restaba para hacer una obra clínica? Reunir los juicios aislados de cada observacion, compararlos, ver sus analogías y sus diferencias, la relacion de las enfermedades con las causas, ó con la

causa que las dió origen, y al enlazar todos estos conocimientos, elevarse por la inducción á la ley que debe regirlos, á la base filosófica de su patología y de su terapéutica.

¿Lo habré conseguido en esta obra? ¿Serán suficientes mis observaciones, no sólo las representadas en láminas, sino todas las que forman mi estadística clínica, para elevarse á esa ley y adoptar una clasificación? El lector juzgará.

No se olvide, empero, al hacerlo, que una obra clínica es y debe ser muy diferente de una obra teórica.

En la teórica no se puede prescindir de ciertos datos, de ciertos detalles y minuciosidades escolásticas, que están demás en la clínica, porque la harían pesada y monótona.

En ésta debe, por el contrario, fijarse el autor en lo principal, en lo útil para el práctico, en las leyes generales que deben guiarle para el conocimiento de las enfermedades, y en las excepciones de esas mismas leyes, porque estas son las que más influencia tendrán en su reputación y en su renombre.

En la teórica puede exigirse erudición, historia, citas, divisiones y subdivisiones, detalles minuciosos en fin, que en la clínica deben, si no olvidarse, resumirse, para dejar más ancho campo á las aplicaciones prácticas.

Por eso una obra clínica debe y puede ser original, retratando con exactitud la síntesis de los conocimientos útiles del autor, y una obra teórica tiene que ser plagiada en su mayor parte.

Compárense las magníficas obras de Graves y Trousseau con los tratados de patología interna mejor reputados, y se verán palmariamente estas diferencias.

¡Ojalá que al citar estos nombres pudiera yo imitarlos con su galanura y sencillez de estilo, con su espíritu observador, con su juicio eminentemente práctico!

Me ha sido forzoso, sin embargo, y en atención al estado de los conocimientos dermatológicos en España, colocar en forma de discurso preliminar un resumen de las ideas teóricas, que son más necesarias al profesor ó al alumno para entrar con segura planta en el terreno práctico.

En él se exponen algunas generalidades que nos conducen á lo principal, es decir, á los métodos de diagnóstico, á las indicaciones y á la clasificación.

Después llega la clínica, con el resumen de las ideas admitidas generalmente en cada grupo de dermatosis, con la exposición de nuestras ideas propias, inducidas de los casos prácticos representados en las láminas y de otros análogos, procurando especificar bien sus caracteres distintivos, la causa de sus diferencias ó excepciones, el curso de los males, sus rarezas, y lo que es más importante, los detalles de su tratamiento.

¡Cuán poco piensan en esto último la mayor parte de los autores de patología!

Green que hasta decir á un alumno los medicamentos que deben darse, sus dosis, etc., y no le dicen cuándo y por qué deben suspenderse ó cambiarse por otros, cómo debe aplicarse la cura que se manda, y la lógica que debe presidir en el empleo de los recursos médicos en un caso determinado y fuera del tipo general.

En esto somos hasta prolijos, porque sólo se aprende á fuerza de práctica, y porque nada es más fácil que desacreditarse un profesor, ó desacreditar un remedio conocidamente útil, por no manejarlo convenientemente.

Nada debo decir en este sitio de las ideas que desarrollo en el fondo de la obra, ni del criterio que me guía y que pretendo guíe á los demás en el estudio de la dermatología, especialidad médica tan importante como desconocida en España: suplico sólo al lector que se fije en el modo de considerar la ciencia, en el modo de considerar la enfermedad en dermatología, porque identificándose en este punto con mis ideas, lo demás le será fácil y correrá en poco tiempo el camino que á mí me ha costado largos años de incertidumbres.

Esta obra, tal y conforme vé la luz pública, sólo tendrá un mérito, que es el haber nacido en España, y el que á pesar de su coste y de sus dificultades, se ha hecho sólo por artistas y por inteligencias del país.

Nunca podré agradecer bastante el interés de mi amigo el ilustrado pintor D. José Acevedo, que al pasarse horas enteras en mis enfermerías del Hospital delante de los enfermos, para fijar en el papel y con su verdadero colorido las enfermedades que veía, ha dado pruebas, no sólo de su talento artístico, sino de su abnegación por una ciencia que exigía de su pincel la copia exacta de lo feo, de lo repugnante, de lo horrible, en vez de su ideal de la belleza.

Él es, en mi opinión, la persona más importante de las que han intervenido en la confección de la obra, porque representa al mismo enfermo y le describe con su arte, mejor que yo con mi escasa ciencia.

El conocido editor Sr. D. José Gil Dorregaray ha puesto de su parte, al publicarla y al emprender la reproducción fiel de tan difíciles láminas, más de lo que pudiera exigirse, buscando no el lucro, que en tamañas empresas es bien poco, sino el prestigio de su acreditada casa y el lauro de haber sido el único, que se ha atrevido á llevar esta obra á feliz término.

La Real Academia de Medicina, al dar con su autorizado voto, y respecto á mi humilde trabajo, un informe tan laudatorio y favorable, que nunca podré agradecer lo suficiente, ha sido la principal palanca que ha decidido varias voluntades, inclusa la mía, á sacar de la oscuridad, donde tal vez debiera continuar, este producto de mi práctica.

Pero sin el auxilio ó protección de los centros oficiales, no pueden darse á luz publicaciones de este género.

Por fortuna para la mía, rige hoy los destinos de las ciencias y de las artes en España un Ministro de Fomento, tan amante como ninguno del progreso científico, y dotado de una iniciativa poderosa para las reformas y mejoras de la Instrucción pública.

A él en realidad se deberá su publicación.

Reciba por ello el Excmo. Sr. D. Manuel Ruiz Zorrilla, que es el Ministro á quien aludo, las más seguras pruebas de la eterna gratitud de este oscuro obrero de la ciencia, y permítame que una á la expresión de mi simpatía y de mi agradecimiento, los nombres del Excmo. Sr. D. Juan Valera, Director de Instrucción pública, y de los Sres. D. Felipe Picatoste y D. Francisco Bañares, Jefes de negociado del Ministerio de Fomento, por lo que por su buena amistad y por su entusiasmo científico, me han ayudado para conseguirlo.

No acabaría nunca, si fuese á citar los amigos y profesores que me han animado y auxiliado con su saber, con sus consejos y hasta con sus observaciones.

En el fondo de la obra tendré ocasión de nombrarlos repetidas veces; pero en este sitio no debo hacer otra cosa que exclamar con uno de nuestros mejores oradores: ¡Feliz yo que sólo veo amigos en todas partes, y que todo lo que me rodea me ayuda para conseguir el objeto que me propongo!

Madrid 15 de Mayo de 1871.

JOSÉ EUGENIO OLAVIDE.







# DISCURSO PRELIMINAR.

## IDEAS DE DERMATOLOGÍA GENERAL

### COMO INTRODUCCION AL ESTUDIO CLÍNICO DE LAS AFECCIONES DE LA PIEL Ó DERMATÓISIS.

El estudio clínico de las dermatosis, como se refiere á casos concretos de afecciones cutáneas, debe en buena lógica hacerse ántes del estudio teórico de las mismas.

La dermatología, como la patología, reúne para la descripción de las enfermedades numerosas observaciones, y al sumarmas crea una enfermedad abstracta, el tipo, que es el que pinta, y aunque no existe, le considera como real.

La clínica de enfermedades de la piel, como la clínica en general, estudia casos particulares, hechos tangibles, observaciones que, bien recogidas, pueden servir á todas las inteligencias para formar ese tipo patológico debido á la generalización; tipo que nuevos hechos pueden hacer variar, y que nunca es el mismo, porque no hay dos inteligencias iguales.

Por eso el autor que va de buena fe y que no quiere imponer sus opiniones, debe empezar por dar á conocer francamente los hechos, dejando á todos en libertad de comentarlos y juzgarlos, para que más tarde puedan tambien juzgar con acierto de las opiniones teóricas que sustente.

Firmes en las convicciones que hemos llegado á adquirir en dermatología, y no temiendo que los hechos observados nos desmientan, hemos creído que debíamos publicar una obra clínica ántes que un trabajo teórico de las enfermedades de la piel; pero hay consideraciones de alta importancia que nos obligan á decir algo de las ideas generales de la ciencia, y que estrilan principalmente en las dificultades del lenguaje especial que en ella se usa y en el camino asaz torcido, cuando no peligroso, que hasta aquí han seguido los patólogos y los mismos dermatólogos en su enseñanza.

A ellos, más que á los alumnos, dirigimos la intencion en este discurso; pero los últimos, dejando á un lado la parte filosófica, que juzgarán más tarde, podrán al leerlo familiarizarse con el lenguaje, conocer algo de la historia de la especialidad, de los objetos que van á ver, de cómo deben

verlos, de los métodos que pueden seguir para conocerlos y denominarlos segun las diversas escuelas, y del criterio que debe guiarnos en el diagnóstico, en el pronóstico y en la formación de las indicaciones.

#### I.

La patología cutánea ó dermatología no es, como han querido algunos, un ramo de la cirugía ó de la patología externa, que se ocupa de las lesiones ó enfermedades de la piel.

Si á apurar fuéramos el asunto, tal vez dijéramos que era un ramo de la medicina ó de la patología interna, que estudiaba los síntomas que en la piel presentan numerosas y variadas enfermedades profundas; pero esto, que es á lo que tiende la escuela moderna de Bazin, es tambien una exageracion que no podemos admitir.

La defensa que ambas escuelas tienen para sus respectivos errores, es la definicion de la enfermedad, el modo de comprender el estado morbozo en general, ya diciendo los unos que es una lesion ó alteracion local de los órganos ó tejidos cutáneos, ya asegurando los otros que es un estado preternatural ó contranatural, no del cuerpo sino del hombre, es decir, de cuerpo y alma, pues no creemos que pueda admitirse otra cosa sin ser heréticos, en la individualidad humana (1).

(1) Bazin dice que es la enfermedad «un estado accidental y contranatural del hombre, que produce y desarrolla un conjunto de disordenes funcionales y orgánicos situados ó reunidos, simétricos ó asimétricos» (*Leçons sur la Syphilis*, página 19.)

Al defender cada uno de los términos ó palabras de esta definicion, se olvida Bazin de explicar la de «hombre»; y este olvido en un escritor tan profundo y realista como el sabio reformador de la dermatología, y tratadista de la palabra más importante de su definicion, no puede ser casual; es intencional seguramente, en la intención por donde se usaba una inteligencia superior, que como mejor que nadie los flaccos por donde pueden strarse sus opiniones.

La enfermedad es un *sér* abstracto, variable según la inteligencia que quiere definirla, y que sólo en ella vive, ocultándose á la inspección de todos los sentidos.

La enfermedad no existe; ¿á qué querría definir?

Lo que existe son las enfermedades; y éstas, como hechos concretos, son siempre distintas, variables en sí mismas por la naturaleza de su causa, variables fuera de sí mismas por el terreno en que habitan; es decir, por el individuo enfermo.

Unas veces son una cosa, otras son otra: ya son un estado del cuerpo, ya son un estado del hombre, ya un estado preternatural de un órgano, de un tejido, ó de una parte mayor ó menor de los mismos.

Según sean una cosa ó otra, así podrán ser sus definiciones; pero nunca podremos reducir á la unidad todas ellas, porque no es posible sumar cosas heterogéneas.

Unos quieren convencernos de que para que haya enfermedad es preciso ver la reacción del organismo contra la acción de la causa morbosa, y en goce al parecer de la más perfecta salud, se nos muere de pronto un sujeto en cuya autopsia encontramos lesiones antiguas y profundas de órganos importantes, cuya historia patológica falta. Para ellos este individuo se habrá muerto sano.

Otros, por el contrario, exigen la alteración ó lesión del organismo, ó de una de sus partes, como condición ineludible del estado morboso; y la anatomía, la microscopía y la química patológicas, no pueden en infinitos casos encontrar lesiones suficientes para explicar la muerte ó para explicar la enfermedad.

Los primeros desprecian lo pequeño, lo que no produce gritos ó protestas del organismo, como diría en su elegante lenguaje nuestro sabio maestro el Dr. Asuero; y creen que estos signos pueden hacerse convencionales y admitirse por todos para separar el estado morboso del estado normal, y aún de algunos anormales.

Los segundos confiesan que no ven, pero lo achacan á la imperfección de los sentidos y de los instrumentos, á la imperfección de las ciencias auxiliares; y á pesar de no verlo, ellos que se creen tan enemigos del *á priori*, afirman que existe!

No definamos, pues, lo indefinible; no desemos llegar tan pronto á la síntesis general de las enfermedades, cuando nos faltan tantas que conocer y tantos detalles que estudiar; confesemos nuestra pequeñez, y dejando á un lado la *gran ley*, perfeccionemos las *pequeñas leyes*.

Si la enfermedad considerada en abstracto no puede definirse, tampoco es fácil precisar lo que es enfermedad cutánea y lo que comprende ó debe comprender el estudio de la dermatología.

Si se revisan las obras de esta especialidad, se vé en unas incluido todo lo que se manifiesta en la piel, con caracteres objetivos ó subjetivos, mientras que en otras sólo se incluyen

las dermatosis crónicas. Quién, prescindiendo de las fiebres eruptivas, por no considerarlas como enfermedades de la piel y sí como fiebres esenciales; quién, separa las lesiones congénitas, las deformidades y anomalías, por no pertenecer al estado morboso; y quién, en fin, evita el ocuparse de las afecciones sintomáticas de fiebres graves ó de otras enfermedades profundas, cuyo estudio hacemos en la patología interna.

Los unos quieren quitar á la especialidad lo que tiene más manifestaciones cutáneas, por ser éstas dependientes de enfermedades generales ó constitucionales; y no considerando como enfermedades las lesiones que no dan lugar á reacciones orgánicas, dejan reducido á la nada el estudio de la dermatología.

Los otros quieren separar de la patología todo lo que produce manifestaciones cutáneas, incluyéndolo, con las lesiones puramente locales, en el estudio especial que ha de ocuparnos; y esta lucha innecesaria que hace tiempo existe entre especialistas y enciclopedistas, tiene trazas de no concluir nunca por exageraciones mutuas.

Las especialidades no son divisiones lógicas de la ciencia, como no lo son la patología externa y la interna hasta aquí admitidas.

Son divisiones arbitrarias, pero convencionales y convenientes para que por la subdivisión del trabajo puedan hacerse mayores adelantos. Así es que no han existido reglas fijas para su formación. Ya como la sífilis, se ocupan de una sola enfermedad que arrebatan á la patología interna, sin que ésta dé por ello muestras de sentimiento; ya como la oftalmología y dermatología, se ocupan de todo lo que puede presentarse de anormal ó de patológico en un órgano ó en una serie de órganos, en el ojo ó en la piel, relacionándolo como es consiguiente con su causa ó con la enfermedad general que lo produce.

Llegará día en que el trabajo analítico de la ciencia esté encomendado á infinitas especialidades; pero la patología será siempre su síntesis, y este trabajo cada vez más extenso es al que los enciclopedistas deben dirigir sus esfuerzos.

Mientras llegue la época á que nos referimos, la obligación de todos es trabajar para llegar á la mayor perfección posible en cada una de las especialidades hoy admitidas, y en cada uno de los estudios monográficos que se harán más tarde.

No estando conformes los autores acerca de las materias que deben incluirse en el estudio de la dermatología, y siendo esto puramente convencional, lo que parece más lógico es admitir como objetos de esta ciencia todo lo que en la piel se presenta de anormal ó de patológico, sea su causa la que fuere.

Si eliminamos de su estudio las fiebres eruptivas, por ejemplo, no tenemos derecho á incluir en él las sífilides, las leproides, las escrofulides, etc., que no son enfermedades cutáneas, sino síntomas ó parte integrante y alicuota mejor, de la



sífilis, de la lepra ó de las escrófulas, dolencias que, como aquellas fiebres, pertenecen á la patología interna.

Admitiendo nuestro modo de pensar en este asunto, se vé que «la dermatología es un ramo de la patología, que tiene por objeto el estudio de las lesiones y enfermedades de la piel, así como el de todas las manifestaciones morbosas cutáneas, cualquiera que sea la causa ó la enfermedad que las dé origen.»

Decir que todo lo que se presenta en el tegumento externo es sintomático de afecciones profundas, es un error tan grande como el considerar idiopáticas á todas las dermatosis.

Los pseudo-exantemas ó dermatosis inflamatorias agudas son verdaderas enfermedades de la piel; las dermatosis artificiales, las mismas parasitarias, y las que en nuestra clasificación llamaremos espontáneas locales, deben entenderse de la misma manera.

En cambio no lo son de un modo exclusivo las dermatosis crónicas que acompañan á las enfermedades constitucionales, ni las agudas de las fiebres eruptivas.

En las primeras la causa obra directamente sobre la piel ó sobre tejidos similares, y su acción principal en ella queda.

Las segundas son lesiones sintomáticas de otros padecimientos, ó forman, como hemos dicho, parte alicuota de los mismos.

Siendo tan diferentes los objetos de que se ocupa la dermatología, está en su lugar el uso de ciertas palabras aplicadas con su buen criterio por el Dr. Bazin, para denominar las dermatosis que no son verdaderas enfermedades de la piel.

La voz «afección» expresa para él la idea del conjunto de los síntomas y de las lesiones que en la piel se presentan, y se fija mucho en demostrar con ejemplos la diferencia que existe entre ella y la enfermedad que puede desarrollar síntomas y afecciones en otros puntos que en la piel.

Por efecto de un contagio mediato ó inmediato se desarrolla en un individuo, por ejemplo, la enfermedad constitucional que llamamos sífilis: en su piel aparecen manchas ó granos con forma circular, color cobrizo y otros caracteres que no es del caso enumerar en este momento. La erupción referida, en su conjunto de lesiones y síntomas, es lo que se llama *afección*; la enfermedad es la sífilis.

Hay enfermedades que dan lugar á síntomas cutáneos, sin lesión material perceptible, como puede observarse en las neurosis y en las hiperidriasis tegumentarias; pero lo común es que el síntoma y la lesión se confundan, ó que la lesión dé origen á los síntomas. De todos modos, su *síndrome* es la afección.

La lesión, el síntoma, la afección y la enfermedad son, pues, los objetos de nuestro estudio, y forman la base ó fuente principal de nuestros conocimientos dermatológicos.

## II.

Ocupándose la dermatología de cosas tan variadas, y teniendo que elevarse del estudio del síntoma ó de la lesión al de las enfermedades, su extensión es tan grande que con dificultad puede abarcarla una sola inteligencia; pero los trabajos monográficos por un lado, y las brillantes conquistas de una especialidad afine por otro, dándonos hecho gran parte del trabajo analítico, nos permiten aún conservar los límites que la hemos marcado.

Esto mismo hace creer su reconocida importancia. Definir y distinguir por sus caracteres objetivos y subjetivos todo lo que en la piel se presenta; elevarse á la noción de su causa, apreciar sus relaciones y entregar á la síntesis del patólogo los numerosos descubrimientos de esta especialidad, es tarea difícil, penosa y mal recompensada; pero si á consecuencia de estos últimos se vé cambiar el rumbo de la patología general, modificarse ideas seguramente erróneas, admitirse otras de verdadera trascendencia y adelantar los conocimientos médicos de una manera prodigiosa, la influencia de semejantes estudios tiene que reconocerse por todos y aumentar de día en día su importancia.

Ya es menor el número de los profesores que consideran á las dolencias de la piel como cosas indiferentes é indignas de un estudio profundo; ya se va entendiendo que no son siempre crisis saludables, que no es una su causa, que son muy diferentes en su esencia, que no todas deben respetarse, y que de su conocimiento puede venir y está llegando la resolución de los más importantes problemas de la ciencia. La unidad morbosa, explicando manifestaciones protéicas, tenidas hasta ahora por enfermedades distintas, haciendo ver la sucesión de los fenómenos, á pesar de su distancia ó su cambio de localidad, enseñando á conocerlos y á curarlos, bastaría para enorgullecernos; pero si á esto se añade el cambio radical que la dermatología ha causado en el modo de ver las grandes enfermedades, descorriendo el velo de «*totius substantia*»; el descubrimiento de la naturaleza de otras, que ha sorprendido al mundo médico, no sólo por su rareza y novedad, sino por su evidencia y las mil relaciones de causalidad que ha sabido encontrar entre hechos hasta hoy inexplicables, se comprenderá cómo ha tomado derecho de domicilio, y cómo vive dentro de la madre ciencia, una especialidad que tanto la ha servido.

Y como servir á la ciencia es servir á la humanidad, ésta, agradecida, la respeta, y no está lejano el día en que premie sus heroicos servicios.

Afligido el hombre por infinitos males, suele sufrir algunos resignado en el lecho del dolor; pero no sufre bien los que á la vista salen y le privan con su menosprecio del contacto social. La vida pública le es casi tan necesaria como el hogar doméstico; y la influencia moral que áun dentro de la familia

ejercen estos padecimientos es tanta, que se desea su desaparición á toda costa.

El sexo bello los deplora y los teme como el mayor enemigo de sus aspiraciones y de su terrenal felicidad; y los padres, al contemplar á sus hijos tan hermosos un día, horribles y repugnantes despues, buscan con avidez la ciencia que puede devolverles sus perdidos encantos.

La gravedad de muchas dolencias cutáneas, su cronicidad desesperante, el temor fundado é infundado de su contagio: las reliquias que dejan, la influencia hereditaria de algunas, la terrible mortalidad de otras y la forma endémica ó epidémica en que pueden presentarse, obligando á intervenir á los Gobiernos con graves medidas preventivas, son circunstancias que á primera vista demuestran el interés de nuestros estudios y la importancia real que tienen para la sociedad, para la familia, para el enfermo y para el médico.

La facilidad con que la piel enferma por la causa más leve, hace frecuentes las dermatosis que pudieramos llamar benignas; pero la herencia y el contagio tienen plagada á la humanidad en las dos terceras partes de sus individuos.

Todas las mal llamadas *Diátesis*, ó enfermedades constitucionales, dan lugar á manifestaciones cutáneas diversas en cada una de sus edades ó periodos de desarrollo, y la ignorancia de un tratamiento racional ha hecho que se propaguen y se extiendan de generacion en generacion.

El pudor y el desco de parecer bien nos ocultan muchas; pero más daño hacen en este sentido las ideas erróneas, tan extendidas en el vulgo, acerca de los peligros de su tratamiento.

La extraña idea de que constituyen enfermedades *saludables* sin fijarse en su diversa naturaleza, deja á los pacientes y á los médicos en la inacción; abandona á su curso dolencias de término fatal que pudieran combatirse en su origen, y generaliza por el contagio ó por la herencia lo que debiera estar limitado á un número reducido de casos.

La falta de los estudios especiales que tanto reclamaban la extension y dificultades del asunto, ha podido contribuir á mantener estos errores que los trabajos de Plenck y de Willan, iluminando el caos donde yacian las dermatosis, parecia que iban á desvanecer; pero el olvido de la causa y naturaleza del mal dejó á la ciencia naciente convertida en un arte empirico, en una sintomatología sin aspiraciones á la semeiología, en un estudio de curiosidad que no pasaba á la categoría de estudio de aplicacion.

Hoy, que aprovechando los datos del empirismo se eleva el raciocinio á la noción de las enfermedades y busca la relacion de los fenómenos morbosos hasta aqui aislados y dispersos, las dificultades no son menores; pero es más fácil vencerlas y más agradable el camino que para ello tenemos que recorrer.

Estudiaremos, por lo tanto, primero: las lesiones y los

síntomas, datos de observacion y de detalle que deben preceder á todo juicio; y enlazando por medio de la etiología este estudio con el que vendrá despues, de las enfermedades, podremos penetrar con acierto en el terreno de los juicios clinicos, que es el objeto principal de nuestra obra.

### III.

Las alteraciones de los órganos ó de los tejidos no pueden apreciarse debidamente, si se desconoce el estado normal de los mismos y su ejercicio funcional en el estado de salud.

La piel sana es la cubierta protectora que limita nuestro individuo, separándole y relacionándole al mismo tiempo con el mundo exterior. Dentro de ella se alojan infinitos aparatos orgánicos encargados de diversas é importantes funciones, que debemos conocer, y en ella se reflejan casi siempre la mayor parte de los sucesos interiores, tanto normales como patológicos de nuestro organismo.

Si grandes detalles anatómicos fueran impropios de este sitio, el no recordar algunos importantes y de inmediata aplicacion á la dermatología fuera tambien defecto censurable, por lo cual no queremos prescindir de decir algo de la estructura y composicion química de esta importante membrana.

El *Epidermis* y el *Dermis* son las partes constitutivas del tegumento externo, y en cada una podemos ver, con auxilio del microscópio y de los reactivos químicos, los caracteres siguientes:

El *Epidermis* visto al microscópio forma una cinta ó capa homogénea, ondulate y compuesta de estratificaciones, cuyos limites se confunden entre sí, lo que ha dado lugar á opiniones diversas acerca del número de hojuelas en que pudiera dividirse.

Nuestro sabio maestro D. Juan Fourquet, admitió las cinco que vamos á describir.

La primera ó más externa está formada por células sin contenido, porque son tan aplanadas y luminosas que sus paredes se tocan; en su centro se pueden ver algunos puntos oscuros, que son las señales de los núcleos que ántes tuvieron y que despues de la desecacion de las células se aplanaron como ellas, juntando sus paredes; las células de esta primera capa no son ya realmente semejantes células, porque carecen del contenido, y sobre todo porque carecen de vida, siendo un producto de eliminacion. Por lo demás, estas descamaciones ó concreciones luminosas son exagonales y se hallan unidas entre sí por sus bordes, á la manera de las baldosas de nuestros pavimentos, lo que ha dado origen á la calificacion de pavimentosas, que se ha aplicado á esta hojuela exterior del epidermis.

La segunda capa ya tiene algunos más indicios de organizacion: las células que la forman son ménos aplanadas que



las de la primera, pero tienen, aunque poco, algo de líquido en su interior; y si muchas veces se observa que los núcleos han desaparecido, algunas suelen encontrarse íntegros y aplastados, y otras rotos.

La tercera capa del epidermis tiene una organización completa y perfectamente desarrollada. Sus células son esféricas, llenas de líquido, y con núcleos abundantes y distintos.

En la cuarta capa va decreciendo otra vez esta organización, y en ella sólo se encuentra un líquido en el que nadan células rudimentarias, con núcleos también rudimentarios.

Finalmente, en la quinta, que se halla en contacto con el dermis, ya no se ven células ni núcleos, sino solamente gránulos y glóbulos esferoidales en corta cantidad, nadando en un humor espeso y glutinoso.

Estas cinco capas han sido reducidas por Flourens á dos; la cutícula ó primer epidermis, que es la parte inerte ó córnea que constituye las dos primeras que hemos admitido, y el segundo epidermis ó cuerpo mucoso de Malpighi, que comprende las tres profundas; ambas capas ó ambos epidermis pueden separarse entre sí, y del dermis por una maceración prolongada.

Ahora bien; ¿es el epidermis un producto de secreción? Este producto, ¿es segregado por glándulas especiales, ó por los vasos del dermis? La organización que en él vemos, ¿es primitiva, ó lo que es lo mismo, salen ya las células epidérmicas completamente formadas del interior de las glándulas que las segregan ó de los vasos que las exhalan, ó se forman las células fuera de estos órganos?

Beechey y Roussel, como diremos en otro sitio, han admitido un aparato glandular, al que llamaron *bleuógeno*, encargado de la secreción del epidermis; pero las pequeñas glándulas, que ellos vieron colocadas en el cuerpo papilar del dermis y á las que atribuían esta función, no existen, ó por lo menos no se han visto por ninguno de los micrografos modernos.

El epidermis es sin disputa un producto de secreción, pero no de secreción glandular, porque entonces no estaría organizado como lo está, no tendría esas ostensibles gradaciones de organización que se observan; sería, en fin, todo él un producto excrementicio como el sudor y como el sebo, líquidos que segregan otros órganos y que son homogéneos en todas sus partes.

La formación normal del epidermis debe hacerse y se hace del mismo modo que la formación patológica, es decir, de la misma manera que las cicatrices de las heridas y de las erusiones cutáneas, por la exudación previa de un blastema en el que se desarrollan primitivamente las células según unos, ó consecutivamente á la agrupación de granuleciones según otros.

Este modo de formación explica el diverso aspecto de las capas epidérmicas, líquidas y con pocas células las profun-

das; sólidas y compuestas en totalidad de estos elementos las centrales; secas por la evaporación y contacto del aire las más externas.

En la parte más profunda del epidermis, en el cuerpo mucoso de Malpighi ó segundo epidermis de Flourens, donde se ven esos líquidos blastemáticos con gránulos móviles, dando lugar á la formación de las células, hay otra cosa, rudimentaria en el blanco, abundante en el negro y en el mulato, y que es el punto más oscuro de la anatomía de la piel. Hablamos del pigmentum.

El pigmentum está formado por una fila de células de diverso color según las razas, según el sitio del cuerpo y las influencias exteriores que sobre él obran. Estas células, según Henle, se componen: primero, de una membrana transparente; segundo, de un núcleo también transparente; y tercero, de granuleciones coloreadas que ocupan el espacio que media entre el núcleo y la pared de la célula.

Purkinje coloca los gránulos pigmentíferos en la superficie externa de la célula, y Swan cree dotadas á estas granuleciones de un movimiento molecular, más vivo que el de los gránulos que dan lugar á las células simples.

El pigmentum forma en el negro una capa distinta, pero en el blanco sus glóbulos y sus células se hallan mezclados y confundidos con los glóbulos y las células profundas del epidermis, si bien se encuentran aquellos mucho más agrupados en los espacios interpapilares del dermis. Este dato, al parecer tan insignificante, es sin embargo la gran palanca en que se apoya Flourens para admitir, no razas, sino especies humanas; es decir, para negar la unidad de origen del hombre, demostrada, en nuestra opinión, por otros datos más importantes y dignos de crédito. El pigmentum, aunque escaso, existe en el hombre blanco, y puede aumentarse ó disminuirse por ciertas y determinadas circunstancias.

Pero ¿qué es el pigmentum? ¿Por qué desaparece en las cicatrices de las heridas simples? ¿Por qué por el contrario aumenta en las cicatrices de ciertas erupciones cutáneas, como puede verse tan á menudo en algunas artificiales ó dependientes de causa externa, en las sífilíticas recientes y en las escrofulosas antiguas? ¿Es una sustancia especial, segregada por órganos ó por glándulas especiales? ¿Existe, en una palabra, el aparato cromatógeno de Beechey? ¿Existe la membrana pigmental de Flourens?

En nuestro sentir, siguiendo la opinión de Henle, el pigmentum no es más que una sustancia que se encuentra en las células epidérmicas, y se la ha llamado *melanina*, procedente como aquellas del líquido blastemático ó capa profunda del epidermis, y que causas desconocidas y variadas pueden acumular en diferentes puntos del organismo, dando lugar á la *melanosis*, ya simple, ó bien acompañada de otros productos heterólogos por aberraciones nutritivas.

Causas más comunes, pero más generales y cósmicas, son

las que han debido influir en la variación de color de las razas; pero la verdad es, que la química orgánica, bastante atrasada en el estudio de las materias colorantes, no nos ha dicho aún lo suficiente para que podamos explicar este hecho normal, y los hechos anormales y morbosos de las afecciones acromatosas y discromatosas de la piel.

El epidermis consta en cien partes según Jolin; de noventa y tres de materia córnea, cinco de materia gelatinosa, una de sales de cal y de potasa (sulfatos, fosfatos y lactatos), y una próximamente de grasa.

Es soluble en los álcalis y en el ácido sulfúrico concentrado; arde con desprendimiento de un olor especial bien conocido; se endurece por el contacto del aire y de las sales; se colora en amarillo por el ácido nítrico; se ennegrece por el nitrato de plata y los sulfuros alcalinos, y se blanquea y reblandece por el contacto prolongado del agua.

El *Dermis*, visto al microscopio, representa una superficie heterogénea compuesta de fibras entrecruzadas en diversos sentidos, que dejan entre sí aréolas ó espacios cónicos, en los que se alojan diferentes órganos y tejidos, tales como los folículos sebáceos, pilosos y sudoríficos, vasos, nervios, y paquetes adiposos.

Si mentalmente separamos del dermis esos diferentes órganos que en él se alojan, se vé que es un tejido de fibras albúminas, que se continúa por un lado con el tejido celular filamentosos y laxo subcutáneo, y por el otro con el epidermis. En él debemos estudiar solamente su cara epidérmica, para pasar en seguida á hacer una sucinta reseña de los órganos que contiene.

La superficie externa del corion ó dermis, constituye el cuerpo ó aparato papilar de algunos autores. Es una superficie llena de elevaciones y de depresiones, llamadas las primeras papilas, y las segundas surcos interpapilares; surcos que están rellenos de las células pigmentosas y epidérmicas.

Las aréolas del dermis encierran por lo común un paquete grasoso y los vasos y nervios que, ramificándose hasta lo infinito en el espesor de esta membrana, han de terminar después en esas elevaciones llamadas papilas.

Las papilas son expansiones fibrosas del dermis, debajo de las cuales terminan en asa y por inosculación los vasos y nervios cutáneos, y según sean unos ú otros los que en ellas terminen, reciben los nombres de papilas vasculares ó papilas nerviosas.

Por lo común cada papila nerviosa se halla colocada entre dos vasculares, siendo la primera mucho mayor y prominente que las segundas. La papila vascular encierra un vasito arterial capilar, que al formar el asa se transforma en venoso, y al rededor de este asa se reúnen algunos capilares linfáticos que han sido negados por algunos, tal vez por su extremada pequeñez.

La papila nerviosa está formada, ó bien por un nervio fini-

simo, que dividiéndose termina en asa como los vasos, ó bien además por un corpúsculo que se ha llamado corpúsculo del tacto, al que rodean, y dentro del cual terminan los filetes nerviosos papilares.

La cara exterior del dermis presenta á la consideración del anatómico, además de las elevaciones descritas y de los surcos en que no debemos detenernos, un número infinito de orificios, que no son otra cosa que el extremo de los conductos en que terminan las glándulas que contienen los pelos.

Los órganos anejos á la piel, y que en totalidad ó en su mayor parte se encuentran en el espesor del dermis, son tres clases diversas de glándulas ó de folículos en número tan considerable, que apenas pueden contarse en el corto espacio de una pulgada cuadrada. Diremos algo de cada uno de ellos, así como de su secreción.

Los folículos sebáceos son los más importantes para el dermatólogo, porque juegan el principal papel en muchas afecciones cutáneas. Formados por pequeñas vesículas que van á terminar en un conducto escrotor común, corto y recto, colocados superficialmente en el dermis al lado de los conductos pilosos y extendidos por toda la gran superficie cutánea, á excepción de las regiones palmares y plantares, en que no existe ninguno, se les vé muy desarrollados en la inmediación de las aberturas naturales, como en la nariz, los labios, etc., y muy numerosos en las regiones en que abunda el pelo.

Aunque en alguna ocasión excepcional el conducto escrotor termina en la superficie del dermis, casi siempre sucede el que se aboque y expulse el producto de secreción que conduce en alguno de los tubos pilíferos próximos, embadurando así con él los pelos y buscando esta salida indirecta á la superficie cutánea. La continuidad de conductos explica el por qué se hallan células epidérmicas tapizando interiormente sus paredes, puesto que la membrana que las reviste es una prolongación del epidermis.

Las pequeñas vesículas que forman la glándula constan, además de la túnica interna ó epidérmica, de una membrana propia amorfa, y de un tejido celular denso y apretado que las reúne entre sí.

El humor sebáceo es un líquido espeso, oleoso ó caseiforme, según las circunstancias, blanco sucio, pero teniendo á veces granulosidades ó puntos negros, como se vé frecuentemente en la nariz y en la barba; inodoro en las regiones descubiertas, dotado de un olor característico fétido en los órganos sexuales, ó cuando por falta de limpieza se acumula en un punto ó caseifica. Tiene por objeto lubricar los pelos y la superficie cutánea, y de un modo indirecto contribuir á una de las principales funciones de la piel, por la gran cantidad de principios carbonosos que conduce fuera del organismo.

Los folículos sudoríparos, tan numerosos é importantes



como los anteriores, abundan en ciertos sitios, en los que faltan los sebáceos (regiones palmares y plantares), y en las flexuras de los miembros, especialmente en las axilas, donde tienen además gran desarrollo. Colocados en el dermis mucho más profundamente que los sebáceos, y en ocasiones subdérmicos, pues se los encuentra en el tejido celular subcutáneo, están formados por un tubo enroscado y apelonado, á semejanza del epilitimo, que dá lugar á una masa desigual, amarillo rojiza, mezclada y confundida con células adiposas, de la cual sale uno ó dos conductos escretorios que se reúnen pronto en uno para atravesar perpendicularmente el dermis y salir á la superficie. El conducto escretor forma en el dermis espirales al rededor de ese eje recto y perpendicular, se endereza al llegar á ese cuerpo papilar, sale del dermis por un surco intermedio entre dos papilas, y vuelve á hacerse flexuoso en las capas profundas del epidermis, para terminar abocartado en las superficiales.

De un diámetro bastante considerable en las espirales ó flexuosidades contenidas en el dermis, se estrecha mucho al atravesar el cuerpo papilar, y algo, aunque no tanto, al continuarse con el folículo, viniendo á ser el término medio de su calibre el de una á dos décimas de milímetro.

Los folículos sudoríparos están formados por una membrana interna dependiente del epidermis, que es la única, cuando el órgano es tan profundo, que se aloja en el tejido celular subcutáneo; pero si se aloja en el dermis, éste le forma su membrana exterior mediante ténues expansiones fibrosas que reúnen las circunvoluciones del tubo folicular, y que se hallan rodeadas y entrecruzadas por una red espesa de vasos capilares sanguíneos.

Además de estas tunicas, cuando los folículos están muy desarrollados, se ven en su fondo ó extremo cerrado algunas fibras musculares orgánicas, descubiertas por Koelliker, constituyendo en ocasiones una tercera membrana destinada á expulsar con mayor rapidez el producto segregado.

El sudor es un líquido incoloro, inodoro, poco espeso, compuesto en su mayor parte de agua que lleva en disolución cloruro de sodio, algunas otras sales y materias grasas en corta cantidad, y en suspension células epidérmicas que arrastra al atravesar los conductos secretorios; pero si este líquido sale de una manera repentina y con abundancia, generalmente se le recoge de un color amarillento y de un olor especial que todos conocemos; olor que varía, así como la consistencia y el color, por la influencia de ciertas enfermedades.

Las reacciones que produce en el papel azul de tornasol varían también aun en el estado normal por muchas circunstancias, y hasta en un mismo sujeto; siendo hoy ácidas y mañana alcalinas, para ser otro día neutras.

Los folículos pilosos son unas cavidades piriformes fraguadas en la sustancia del dermis, en cuyo fondo existe una ele-

vacion llamada papila, encargada de la formación de los pelos ó de sus bulbos. Estos folículos se comunican con el exterior por los conductos pilíferos, lo que permite en ellos la entrada del epidermis que constituye la membrana interna de estos órganos; la cual después se refleja sobre la papila, dejando en ella acumuladas muchas células epidérmicas profundas ó con núcleo, y vuelve á salir á la superficie, sirviendo de estuche ó de vaina protectora al pelo.

Los pelos son el producto secretorio de los folículos pilosos, y se presentan en forma de apéndices finísimos, largos, elásticos, resistentes, flexibles, cónicos y de color variable, según la raza, la edad y el sitio que ocupan. Compuestos de una sustancia córnea y de un aceite que contiene ácido oleico, ácido margárico y corpúsculos coloreados ó de pigmentum; dotados de la propiedad de desarrollar electricidad por el frotamiento y de absorber fácilmente la humedad del aire atmosférico, estos apéndices son, por las afecciones que pueden sufrir y el grave achaque que éstas dejan en la belleza del cuerpo, de grande importancia para el dermatólogo.

En ellos pueden apreciarse á simple vista dos partes: la raíz ó bulbo, que es un abultamiento ovoideo, blanquecino, semitransparente en su contorno, y algo más opaco y menos coloreado en su interior; y el cuerpo ó tallo, que es la parte que se halla fuera de la piel, y se compone de una sustancia exterior algo transparente (sustancia cortical) formada de fibras longitudinales, rectas y paralelas, ligeramente coloreadas, con algunas estrias transversales en su superficie, que no son otra cosa que ligeras escumas ó células epidérmicas imbricadas en anillos (epidérmis del pelo), y de otra sustancia interior ó medular encerrada en el conducto central de la primera, compuesta de glóbulos brillantes, coloreados, aislados ó reunidos en grupos pequeños y separados por espacios llenos de aire.

La formación de los pelos es análoga á la del epidermis. Los vasos dérmicos exhalan en la papila un líquido blastemático que se organiza en células, las cuales se acumulan y sobrepone, desecándose las exteriores, que forman la capa cortical, y siguiendo con su núcleo, con su líquido y con corpúsculos de pigmentum las interiores, que forman la medular. El pelo sale al exterior, crece por la constante producción de nuevas células en la papila hasta un límite mayor ó menor, del cual no pasa, siendo de notar que cuando se corta brota con más fuerza, lo que indica mayor actividad en la papila para la formación celular.

Las uñas son unas producciones córneas que ocupan la cara dorsal de la punta de los dedos.

Hay que considerar en ellas: 1.ª la extremidad libre, que es delgada y cortante; 2.ª el cuerpo con dos caras, la exterior ó libre convexa y lustrosa, y la interior cóncava y adherida al dermis; 3.ª la extremidad adherente ó raíz de la uña, engastada en el dermis subungual, que transparentándose algo á

través del cuerpo de la misma en su parte posterior, forma esa superficie blanca, semielíptica, conocida por la denominación de *lunilla*; 4.º los bordes que adherentes al dermis en su parte posterior ó superior, se desprenden de él cuando por el crecimiento van á formar parte de la extremidad libre.

Las uñas no son, como pudo creerse antiguamente en atención á las depresiones longitudinales que tienen, una reunión de pelos aglutinados; pero se desarrollan como ellos por la formación de células con núcleo en el citoblastema exhalado en el repliegue que las contiene. Estas células se van acumulando y estratificando en capas que se unen entre sí por medio de una especie de articulación dentada; y secándose, aplanándose y perdiendo su contenido conforme van saliendo al exterior por el empuje de las nuevamente formadas, vienen á constituir estos apéndices córneos que llamamos uñas.

Por los breves detalles anatómicos que preceden puede verse en conocimiento de la compleja organización de la piel, y de las aplicaciones que pueden hacerse de su estudio en el estado normal, al conocimiento de las lesiones y del sitio anatómico que ocupan, base según algunos de toda nosología.

La teoría de ciertas lesiones, y la filosofía de ciertos tratamientos de reconocida utilidad, se explican bien por la disposición de los folículos dérmicos; pero como tendremos ocasión de observar, esto no nos explica la verdadera naturaleza del mal, porque puede ser diferente en una misma lesión cutánea y ocupando el mismo sitio anatómico.

La inflamación ó alteración de un folículo ó de un punto limitado del dermis puede ser idiopática; pero en otras ocasiones será sífilítica ó escrofulosa, y en estas circunstancias ni la enfermedad es la misma ni el tratamiento debe serlo.

#### IV.

Pero dejando á un lado ya la anatomía de la piel, entraremos en otro estudio de la mayor importancia, en el de sus funciones ó modo de obrar en el estado de salud; es decir, en su fisiología, dato previo que es necesario conocer antes de llegar á ocuparnos de su patología.

Nada más complejo, y al mismo tiempo nada más armonizado, que el ejercicio funcional del tegumento externo.

Cada uno de sus infinitos órganos en él contenidos, cada una de esas glándulas ó folículos, cada una de esas redes vasculares, de esos corpúsculos ó asas terminales nerviosas, tienen su destino, su acción ó su función independiente; pero el conjunto de todas estas acciones ó funciones particulares, es lo que constituye y lo que dá lugar á otras funciones de la piel, no tan sólo más generales, sino hasta diferentes y abstractas. Por eso los hechos fisiológicos de cada uno de esos órganos son visibles, palpables, concretos, y la fisiología cut-

tánea es en gran parte fruto de nuestra inteligencia, elaboración de nuestras facultades reflexivas, síntesis, en una palabra, deducida de un minucioso análisis de la piel y de numerosos experimentos. No de otra manera que por una abstracción, pero lógica y bien fundada, podremos decir que la piel respira ó absorbe, segrega ó siente, resiste las influencias exteriores, manifiesta las interiores, y normaliza la calorificación de todo el cuerpo.

Pero aún más alto nos llevará el vuelo de nuestra imaginación, tan desocosa siempre de buscar las relaciones de los seres y los límites de todas las cosas, si pensamos que esta membrana que limita nuestro cuerpo, que rodea y envuelve nuestro organismo, es la que nos pone en relación con el mundo exterior, la que separa y aísla nuestro humilde microcosmo, de la gigantesca creación llamada por los antiguos macrocosmo, sirviendo al primero de escudo protector y á la segunda de una barrera activa, capaz de recibir sus influencias, repeliéndolas si son dañosas, atenuándolas si son exageradas, modificándolas si así lo exige el interés del organismo que protege, y aceptándolas sin restricciones cuando pueden ser provechosas ó saludables. Semejante, pero más perfecta que los tentáculos de ciertos animales que sirven para avisarles el peligro, darles á conocer el sitio que ocupan y por dónde deben caminar, la piel en el hombre sirve también para anunciarle todas las influencias atmosféricas ó de otro género que debe evitar ó apeteer; el calor, el frío, la humedad, los cuerpos que se agitan y pueden dañarle, las moles que se oponen á nuestro paso, el vacío que impide nuestra progresión, el insecto que se propone herirnos, y todos los objetos, en fin, que nos rodean en el inmenso espacio del universo. Considerada de una manera general, tiene la piel una importancia fisiológica, á cuya altura no llegan sino pocos órganos de nuestra economía. Quítese, aunque sea mentalmente, esta cubierta membranosa, y no se concibe la existencia del organismo; despéñese en vida á un animal, y antes de que se acabe esta bárbara operación habrá muerto; dejemos que esas enfermedades que parecen indiferentes ataquen, al generalizarse, el ejercicio funcional de una gran parte del tegumento, y se verá alterarse la salud en general, modificarse la constitución orgánica, degenerar la especie humana, y venir en pos de todo la muerte, lenta ó pronta, según haya sido el modo de obrar de las causas morbosas.

Por eso son mortales las quemaduras extensas, aunque no pasen de la tónica dérmica; por eso es tan grave la escarlatina y la erisipela que ocupa toda la extensión de la piel; por eso las erupciones crónicas generalizadas y perennes ocasionan la muerte, sin que basten nuestros recursos á impedirlo.

Las funciones que se efectúan en la piel son de cuatro especies: 1.º Funciones de resistencia; 2.º Funciones respiratorias; 3.º Funciones sensitivas y de sensación; 4.º Funciones de calorificación.



## FUNCIONES DE RESISTENCIA.

Cubriendo la piel por su parte interna todos los órganos que tienen una situación superficial en el cuerpo, puede decirse que les forma un estuche elástico, flexible y al mismo tiempo resistente, que al paso que les permite ejercer sus funciones sin estorbo, favorece la unión ó persistencia de las relaciones anatómicas que entre sí deben tener, impidiendo el que éstas cambien y aquellos se disloquen por un brusco movimiento, ó por una fuerza exterior algo excesiva.

Sobre ella, en efecto, se deslizan algunos músculos y no pocos tendones, que en el momento de su contracción perderían fácilmente sus relaciones anatómicas si no estuvieran sostenidos por el tejido celular subcutáneo de un modo inmediato, y mediatemente por la membrana fibrosa que nos ocupa.

Algunos hay también en la cara y el cuello, como el cutáneo, el risorio, los orbiculares de los párpados y de los labios, etc., músculos de grande importancia para la vida social del hombre, que en ella toman su punto de apoyo; y mediante su acción, se expresan todas las pasiones que agitan nuestra alma, la alegría, la tristeza, la cólera, el miedo y el mayor ó menor grado de nuestra inteligencia, nuestras virtudes y hasta nuestros vicios: como es un cuerpo intermedio entre el organismo y el mundo exterior, es indudable que sólo por esta circunstancia, y sin parar mientes en su mayor ó menor grado de resistencia, ha de evitar muchos peligros á los órganos que envuelve, dejando que en ella se embote el filo de un arma cortante ó la fuerza impulsiva de los cuerpos que con ella chocan, ántes que pueda llegar su acción á las profundidades de nuestra economía.

Pero no son estas las principales funciones de resistencia que debemos atribuir á la piel, sino las que tienen por objeto evitar ó atenuar las influencias atmosféricas y las de los cuerpos más ó menos dañosos ó tóxicos, que se pongan en relación con ella sin choque ó fuerza mayor física.

Este objeto, que no le podría llenar cumplidamente el dérmis por sí sólo, lo consigue mediante el epitérmis, cuerpo intermedio entre los seres inorgánicos que nos rodean y el dérmis esencialmente organizado (1), para los cuales sirve por su especial textura como medio de transición.

Despójese al dérmis de su epitérmis, y se verá cómo no puede soportar el contacto del oxígeno y de los demás gases atmosféricos, así como el de otros cuerpos que sobre los tejidos organizados ejerzan acciones físicas ó químicas de cualquier género. Esta barrera que nos separa del mundo exterior no es tan fuerte, que no se vea á menudo destruida

también por alguna de esas influencias, pues los seres organizados no pueden eximirse de estar sujetos como los demás á las leyes físicas y químicas que rigen la naturaleza entera; ni es tan pasiva como se creyó antiguamente, que se oponga á las demás funciones que, como vamos á decir, tiene que desempeñar el tegumento.

Precisamente en esta actividad, que permite las relaciones físico-químico-vitales del dérmis con la atmósfera, es en donde se apoya y de donde proviene la segunda clase de funciones que hemos admitido en la piel, ó sean las

## FUNCIONES RESPIRATORIAS.

Respirar es, no precisamente el acto mecánico de la entrada y salida del aire en los pulmones, sino el acto complejo físico-químico-vital, que consiste en la oxigenación de la sangre y en la eliminación de los principios carbonosos en ella sobrantes, ya sea el pulmón el encargado de estas operaciones, ya cualquiera de los demás órganos.

El hígado y todas las glándulas ó foliculos del cuerpo son órganos respiratorios, porque mediante sus secreciones eliminan gran cantidad de ácido carbónico, carbonatos y principios orgánicos eminentemente carbonados; el pulmón se limita á eliminar ácido carbónico, pero es el principal oxigenador de la sangre: y la piel, con los numerosos aunque pequeños órganos que contiene, es la que ejecuta de un modo más general en la periferie del cuerpo todos estos actos de oxigenación, exhalación de ácido carbónico y secreción de sustancias carbonosas.

Esto ya dá á entender que son tres las funciones respiratorias que pueden admitirse en la piel; la absorción, la exhalación y las secreciones.

4.ª *Absorción.* Esta función, negada durante mucho tiempo por los anatómicos, es sin embargo palpable respecto de ciertas sustancias, y demostrable, aunque con dificultades, para todas las demás. La piel puede absorberlas en todos los estados en que se hallan, ya sean sólidas, ya líquidas ó gaseosas, siempre que se pongan en contacto con las paredes de sus vasos sanguíneos ó absorbentes, y sin necesidad de esto, pues conocida es la propiedad absorbente de las células orgánicas, cuyas paredes permiten, sea por endósmosis, sea por afinidad química ó por dialisis, el paso á su través de ciertos cuerpos.

El método de administración de remedios que llamamos endérmico, y del que tan á menudo hacemos uso en la práctica, se funda precisamente en esta propiedad, y por él vemos que se introducen en el organismo y producen sus efectos en la sangre y en otros puntos, los narcóticos, los alterantes y muchos venenos en estado sólido, como el arsénico, mercurio, cobre, plomo, etc.

Respecto á la absorción de sustancias líquidas, la demos-

(1) Bichat considera al epitérmis como cuerpo inorgánico, y el mismo Hirschfeld le dá el nombre de *barrera inorgánica*, lo que no podemos admitir, pues su composición química y los modos de organización que en él existen dan en su capa más superficial, una indicación lo que es; es decir, un cuerpo organizado y vivo en su capa profunda, orgánico muerto en la superficial, con rasgos de organización

tracion es más fácil y puede probarse á cualquier hora. La diuresis repetida, que se observa despues de la immersion en un baño general, es efecto de la gran cantidad de agua que se absorbe en breves momentos por la superficie cutánea; y bien conocidos son los efectos que buscamos en los baños minero-medicinales, con los que conseguimos hacer penetrar en el torrente circulatorio, y mediante la piel, gran cantidad de los principios salino-sulfurosos que tienen en disolucion.

Ya es más difícil probar la absorcion de los cuerpos gaseosos, la parte verdaderamente respiratoria de esta funcion de la piel, que ha sido puesta en duda durante mucho tiempo en el hombre, á pesar de estar probada en muchos animales, y especialmente en las aves y en los reptiles. Sin embargo, experimentos directos han venido á esclarecer esta cuestion, que hoy está resuelta de un modo indudable (1).

Basta, con efecto, colocar una gran parte de nuestro cuerpo en una atmósfera de hidrógeno sulfurado, para que á los pocos momentos se encuentre eliminado este gas por los pulmones, pudiendo hacer constar su existencia en el aire que sale durante la espiracion. El agua en vapor penetra la piel con rapidéz; y si introducimos un brazo, por ejemplo, en una capacidad llena de oxígeno, veremos cómo va disminuyendo la cantidad de este gas, que es sustituida en el recipiente por ácido carbónico; experimento que por sí sólo basta para demostrar la respiracion cutánea. El ácido carbónico, el hidrógeno, el ázoe y otros gases atraviesan también la piel y producen sus efectos generales tóxicos, ó la asfixia lenta, por la alteracion de la gran masa sanguínea que el pulmon sólo no es capaz de oxigenar y descarbonizar totalmente.

Todas estas sustancias sólidas, líquidas ó gaseosas son absorbidas por la piel, ya en un estado natural de composicion, ya descompuestas por las afinidades químicas que ponen en juego si son insolubles para disolverse, ya, en fin, cuando la insolubilidad es completa, por medio de una especie de penetracion lenta y difícil de conseguir.

Los gases y los líquidos suelen llegar íntegros al torrente circulatorio (excepcion hecha de los respirables, que forman desde luego combinaciones con la sangre de los capilares), y disueltos en la sangre son eliminados los primeros por la respiracion pulmonar, y los segundos por las secreciones, y especialmente por el sudor y por la orina.

Los sólidos solubles son absorbidos por el dérmis sin dificultad; y los insolubles, como el mercurio, azufre, etc., despues de penetrar físicamente hasta las capas profundas del epidermis, se descomponen por la accion de los álcalis y de los cloruros alcalinos de las células orgánicas, convirtiéndose en preparados solubles, cuya absorcion es ya mucho más fácil.

(1) Son innumerables los experimentos que con este objeto se han hecho en otros ámbitos; pero nos vemos obligados de citarlos, particularmente en una obra de dermatología, remitiendo al lector para mayores detalles á los magníficos tratados de fisiología publicados recientemente.

2.º *Exhalacion.* La exhalacion cutánea contribuye á la respiracion notablemente. El ácido carbónico contenido en la sangre venosa de los capilares, se desprende conforme va penetrando el oxígeno; ó bien, como algunos quieren, obrando el oxígeno sobre esa sangre dá lugar á la formacion del ácido que se elimina, lo que puede probarse con el experimento ántes citado. Pero hay además otra especie de exhalacion, llamada insensible, para cuya explicacion creyeron necesario algunos anatómicos admitir vasos especiales, á los que denominaron exhalantes, por estar encargados de esta funcion. La anatomía ha probado que semejantes vasos no existen, y tampoco nos hacen falta para explicar este acto fisiológico. La exhalacion insensible, formada en gran parte por agua en vapor, está constituida, en nuestra opinion, por la evaporacion de los productos segregados en estado líquido, como el sudor y el humor sebáceo cuando asoman á la superficie, y por esa otra evaporacion del contenido de las células epidérmicas, que dan lugar á que éstas se sequen, estratifiquen y desprendan más tarde, siendo sustituidas por otras nuevas.

La exhalacion sensible está constituida por esta descamacion, y por los líquidos que, segregados en gran cantidad por los folículos sebáceos y sudoríparos, se extienden y barnizan toda la piel; pero esta exhalacion eminentemente respiratoria debemos colocarla y hablar de ella en seguida.

3.º *Secreciones.* Las secreciones que tienen lugar en la piel son tan importantes como las del hígado y del pulmon para la descarbonizacion de la sangre, pero no sirven sino de este modo indirecto para su oxigenacion.

El sudor influye poco ó nada en el acto respiratorio, pues constituido en su mayor parte por agua y cloruros alcalinos, rara vez se ven en él sustancias orgánicas, para cuya formacion haya sido precisa la presencia del ázoe ó del carbono; pero en cambio es el medio de eliminacion más frecuente de las diversas sustancias que pueden alterar la sangre, mezclándose con ella por la infinidad de causas morbosas ó tóxicas que todos conocemos, siendo en union de la secrecion renal, la válvula de seguridad que en estos casos nos sirve de poderosa ayuda para expulsar del torrente circulatorio principios irrespirables, que no pueden ser quemados ó eliminados por los órganos respiratorios.

El sudor de los ictericos y el que acompaña á la fiebre urínosa pueden servir de ejemplo (1).

En ocasiones tiene el sudor importancia respiratoria, como sucede en los tísicos, en los que la naturaleza se vé obligada por la lesion incurable del pulmon, á valerse de todos los órganos cutáneos para modificar convenientemente la sangre, y por eso vemos al sudor tan viscoso y compuesto de sustancias carbonadas, que no existen en su estado normal.

(1) Ciertos medicamentos alterantes, y especialmente los alcalinos, son tambien eliminados por el sudor, como puede comprarse mediante las diversas reacciones que aquel produce en el papel de tornasol, despues del uso de las aguas de Vichy.



Si en las demás circunstancias el sudor sirve poco para la función que nos ocupa, no sucede lo mismo con el humor sebáceo y con las secreciones ó excreciones pigmentosas y epidérmicas, compuestas casi en totalidad de ázoe y de carbono, formando combinaciones diferentes.

La descamación epidérmica, que apenas apreciamos, pero que es grande por la extensa superficie en que se verifica de un modo lento pero continuado; el crecimiento, que es lo mismo que una eliminación, de los pelos y de las uñas; la secreción también continuada de las células pigmentosas, que después se eliminan con los pelos y el epidérmis, y la secreción del sebo, que recubre continuamente nuestro cuerpo, son los productos de esas acciones químico-vitales que constituyen la respiración cutánea, función que si no es tan importante como la pulmonar, cuya falta sería causa de una muerte inmediata, lo es porque sus alteraciones pueden dar lugar á esa misma muerte lenta, ó á enfermedades graves por la alteración humoral y nutritiva consiguiente (1).

Júzuese ahora de la necesidad que tenemos de conservar en buen estado la organización y el ejercicio funcional de estos órganos, cuyo trastorno puede dar lugar á tamaños males, los que podrían servir como de prueba de la teoría de la respiración cutánea.

#### FUNCIONES SENSITIVAS Ó DE SENSACION.

Dotada la piel de un sistema nervioso finísimo y reticular, que se distribuye en su espesor y termina como si cubriese toda su superficie en el cuerpo papilar del dérmis, es capaz, en cualquier punto de su inmensa extensión, de sentir las impresiones exteriores de los cuerpos, anunciando su presencia, su temperatura, su dureza, sus asperezas, su forma, su extensión, y su grado de cohesión ó coherencia. Esta función está tan perfectamente desarrollada en la mano, que constituye un sentido especial, el del tacto, cuya teoría é importancia se conoce por todos demasiado, para que tengamos necesidad de recordarla ó encarecerla en este momento, y al cual, por la exactitud de sus noticias, han llamado algunos sentido geométrico.

Además de estas sensaciones normales, la piel es capaz de tener otras por diferentes causas, que no es aquí del caso enumerar.

El dolor es una de ellas, y puede decirse que ninguna parte del cuerpo está tan propensa como la piel á tenerle tan fuerte ni tan á menudo; pero tiene además otras que son especiales suyas y no se encuentran en otros órganos, exceptuando

las membranas mucosas externas, cuya textura es muy análoga.

Estas son el picor ó prurito, y el escozor, tan frecuentes ambos, y sufridos por todo el mundo en infinitas ocasiones. Como sirven de un signo precioso en la patología cutánea, y tenemos que estudiarlas como síntomas más adelante, entónces procuraremos explicar su teoría en cada una de sus diversas variedades.

#### FUNCIONES DE CALORIFICACION.

Si los actos químicos de composición y de descomposición se ven acompañados de desarrollo de calor en los sencillos experimentos que podemos hacer en una copa ú otra vasija de ensayos, no tenemos motivo alguno para no admitir este mismo desarrollo de temperatura en los actos moleculares físico-químico-vitales que se efectúan en el organismo.

Para nosotros, todos ellos contribuyen en mayor ó menor grado á la calorificación general; la digestión, la circulación, la respiración, la nutrición, la secreción y hasta las sensaciones, prestan su óbolo para dar lugar á esta función, que es como el resumen de todas ellas y el espejo en que podremos ver retratadas sus diversas enfermedades (1).

Pero entre todas estas fuentes de calorificación hay una, considerada unánimemente por la principal, que es la respiración, verdadera combustión ú oxidación del carbono sobrante en el líquido sanguíneo; y como la piel además de sus fenómenos nutritivos, sensitivos, circulatorios y secretorios comunes á todos los demás órganos, tiene los de una respiración extensa, de aquí el que debamos ver en la piel una de las fuentes principales de la calorificación del cuerpo.

Tiene además otra facultad, que es la de servir en el hombre para resistir á los grandes cambios exteriores ó interiores de temperatura, sosteniéndola al grado conveniente para el equilibrio de las funciones. Los órganos cutáneos encargados de resistir al aumento de calor exterior que pudiera perjudicar al cuerpo son los folículos sudoríficos, los cuales, segregando por esta influencia mayor cantidad de sudor y evaporándose éste rápidamente, neutraliza aquél por la pérdida de temperatura que se experimenta en toda evaporación. Lo mismo sucede cuando por una carrera fatigosa, una enfermedad, etc., sobreviene fiebre ó aumento general del calor del cuerpo. El sudor se encarga de mitigarlo ó de juzgar aquella fiebre, restableciendo la temperatura á sus límites naturales.

El frío, suprimiendo la secreción del sudor y ahuyentando la sangre hacia los órganos profundos, permite al cuerpo, den-

(1) La sangre de los que padecen afecciones cutáneas muy extensas é inveteradas es muy negra y poco oxigenada, siendo muy frecuente que estos enfermos fallen ó consecuentemente de lesiones crónicas profundas de los pulmones ó del hígado, que no pueden reportar la carga del excesivo trabajo respiratorio que sobre ellos recae la piel inutilizada para su función.

(1) Aunque á la vista parece raro el admitir á las sensaciones como una fuente del calor del cuerpo, ello es que faltando la sensibilidad general á especial de ciertos órganos, se disminuyen en ellos la circulación, la nutrición ó la calorificación pudiendo llegarse á producir por esta causa hasta la gangrena y muerte local.

tro de ciertos límites, conservar igualmente su temperatura.

Tales son, en resumen, las funciones que desempeña esta membrana importantísima que nos envuelve, y de cuyas lesiones hemos de ocuparnos.

## V.

Con el breve estudio que acabamos de hacer de la anatomía y fisiología del tegumento externo en el estado normal, podemos ya pasar al de la anatomía y patología del mismo; es decir, al de las lesiones materiales y alteraciones funcionales que en él se observan.

Las lesiones cutáneas se han visto como enfermedades independientes desde los primeros tiempos de nuestra historia.—Las enfermedades que las originan, que las sostienen ó que las reproducen, se han sospechado por muchos desde Hipócrates hasta el siglo presente; se han llamado causas internas ó vicios generales, pero no se han visto hasta nuestros días como unidades morbosas, y con el conocimiento completo de sus relaciones con la afección cutánea.

La lesión y la enfermedad tienen, pues, épocas históricas en que están confundidas y otras en que están separadas, épocas en que se precinde, porque no se la conoce, de la enfermedad, y épocas en que se hace poco mérito de la lesión.

La historia de las lesiones es la historia de la ciencia, desde su origen hasta hoy, porque aún hoy se estudia con esmero por todos esta parte importante de la dermatología; pero la historia de las enfermedades germína en la mente de Alibert y Baumés, y sólo se desarrolla al calor de las inspiradas ideas de un ilustre dermatólogo contemporáneo, el Dr. Bazin.

En los primeros tiempos todo es error y vaguedad.

Se ven y se describen bien las lesiones, se suponen mal las enfermedades, se las denomina por capricho y se confunden sin provecho.

Perdidas las dermatosis en la patología general, descritas á su manera y de un modo diverso por cada uno de los médicos de la antigüedad, y teniendo hoy un nombre y mañana otro, faltaba un criterio para su diagnóstico, y sobraba empirismo para la terapéutica.

Desorientados, perdidos los antiguos en el caos de confusión que ellos mismos se creaban, buscaron una señal para salir de él, pero no la encontraron; y los progresos y los adelantos de un considerable número de siglos se reducen á la creación de muchos nombres, que no representaban precisamente una, sino muchas enfermedades, y á la descripción más ó menos exacta de algunas de éstas.

Nombres como el de *Lepra* servían para expresar la idea genérica de todas las afecciones graves y contagiosas de la piel, y la voz *Scabies* se aplicaba á todas las erupciones

acompañadas de picazón y de prurito, como la voz *Herpes* ha servido más tarde para confundir en una comun denominación á casi todas las dolencias cutáneas.

Un síntoma predominante ó un juicio pronóstico, tal vez equivocado, bastaba para hacer agrupaciones imposibles; y si hoy se pudieran tener á la vista las enfermedades del pueblo hebreo, veríamos á las tiñas, á las úlceras venéreas (1) y á la sarna, hacer culpable á la lepra de un contagio que no existía, y obligar á Moisés á reducir y aislar á los infelices leprosos.

Las infinitas leproserías ó hospitales de lazareños que se han creado en siglos posteriores en todas las naciones de Europa, obedeciendo á un criterio análogo, daban cabida en sus camas á toda clase de enfermos de la piel; y la verdad es que si el diagnóstico de la lepra ha sido fácil ya en los primeros siglos de nuestra era y aún en los tiempos de Hipócrates, el diagnóstico de las demás lesiones y afecciones cutáneas no se ha podido hacer hasta el siglo pasado, en que se fundó la especialidad.

La misma confusión que en las enfermedades cutáneas existía en las lesiones, pero por otras causas, y especialmente por el lenguaje. A lo que unos llamaban pústulas, otros lo llamaban pópulas; Hipócrates creía las primeras formadas por colecciones de líquido, y Celso, por ejemplo, incluía además en ellas las que «nacían del sudor ó de la urticación.»

Las palabras, entónces creadas, de *exantema*, *varus*, *acné*, *syccosis*, *scabies*, *porrigio*, *impétigo*, *liquen*, *favus*, *trichigo*, *leuce*, etc., no representaban las mismas lesiones cutáneas para Galeno, que para Aretio; para Celso, que para Pablo de Egipto; para Etmio, que para Plinio; y como los árabes se limitaron casi siempre á comentar y defender los libros antiguos, siguió durante su época aumentando la confusión, no sólo entre las lesiones y enfermedades, sino entre cada una de aquellas en particular.

Hasta fines del siglo pasado no se divisó luz alguna en el oscuro horizonte de los estudios dermatológicos; pero en 1776 aparece la obra que con el título de *Doctrina de morbis cutaneis* publica Plenck, profesor de la Universidad de Viena, y en ella se encuentran ya reunidas y agrupadas ó clasificadas las diferentes lesiones que en la piel pueden presentarse según su opinión.

Las manchas, las pópulas, las vesículas, las ampollas, las pústulas, las costras, las escamas, las vellosidades, las escrescencias, las úlceras, las heridas, los insectos, las enfermedades de las uñas y las de los pelos, son las catorce clases de dermatosis que él estudia de una manera tan completa, como

(1) Adulterios el dualismo como una gran verdad, demostrada recientemente por Bédet y Basset en Francia, y por el Dr. Montojo en España. Por lo tanto, al hablar de úlceras venéreas, no se crea que hablamos de la sífilis, que es una enfermedad moderna en Europa, y cuya distinción pretendamos haber facilitado, demostrando la reacción séptica de todas sus manifestaciones exulativas, reacciones que se existe en las úlceras venéreas.



podiera descarse del primer trabajo anatómico-patológico que se conoce en la historia de nuestra ciencia.

Fundada la anatomía patológica de la piel, y con ella la especialidad, fué ya fácil, una vez abierto el camino, adelantar por él y mejorarle.

Willan y Bateman, en Inglaterra, ven sin duda en la clasificación de Plen unas lesiones que son consecutivas á otras, y limitan el objeto de su nosología á las primitivas, ó formas elementales de las dermatosis, dando caracteres tan precisos para su distinción, no sólo en el género, sino en las especies y variedades, que hoy día se conservan en su mayor parte como inmejorables.

Los ocho órdenes que admitían eran los siguientes:

PRIMER ORDEN.—*Pápulas*, es decir, elevaciones ligeras, pequeñas y circunscritas de la piel; y en ellas comprendió tres géneros y varias especies. El primero, el *strófula*, es la erupción llamada entre nosotros *fuego de Dientes*, por presentarse en los niños que están dentando; el segundo, el *líquen*, cuyas elevaciones papulosas, más ó menos anchas y acompañadas de picor, tienen un color rojo ó rosáceo más subido que el de la piel; y el tercero, el *prurigo*, que se distingue de los anteriores porque sus elevaciones ó pápulas tienen el color mismo de la piel, pareciéndose á ese estado particular del tegumento, que conocemos con el nombre de carne de gallina.

SEGUNDO ORDEN.—*Escamas*, es decir, esfoliaciones limitadas del epitelio, en cuyo orden admitía cuatro géneros: la *lepra vulgar*, en la que son anulares ó forman un círculo estas esfoliaciones; el *psoriasis*, en el que las escamas no forman círculos sanos en el centro, sino que ocupan superficies más ó menos extensas, y la piel que las sostiene está roja, inflamada ó hipertrofiada; el *pitiriasis*, caracterizado por descamación furfurácea ó pulverulenta sin notable inyección de la piel; y la *ictiosis*, afección congénita caracterizada por escamas duras, córneas y superpuestas, como las que se ven en las patas de las galináceas.

TERCER ORDEN.—*Exantemas*, es decir, erupciones maculosas agudas, precedidas de fenómenos febriles, que terminan por una ligera descamación, y cuyos seis géneros son: el sarampión, la escarlata, la urticaria, la roseola, la púrpura y el eritema.

CUARTO ORDEN.—*Ampollas*, elevaciones del epitelio llenas de un líquido no purulento; y comprende tres géneros: la *erisipela*, caracterizada por inflamaciones extensas de la piel con exudaciones serosas, anchas, grandes é irregulares; el *pénfolix*, cuyas ampollas están llenas de un líquido turbio y sanguinolento; y el *pénfigo*, cuyas ampollas limitadas sólo contienen serosidad.

QUINTO ORDEN.—*Pústulas*, es decir, elevaciones ó granos purulentos, que forman cinco géneros; tres tienen las pústulas umbilicadas: la *viruela* y el *eritema*, que se distingue por un

punto negro en el ombligo de la pústula y por tener su base inflamada, y el *pórrigo* ó *tiña*, cuya depresión alveolar está atravesada por un pelo; y dos que no tienen depresión central: el *impétigo*, cuyas pústulas carecen de inflamación en su base, y la *sarna*, que va acompañada del parásito que todos conocen.

SEXTO ORDEN.—*Vesículas* ó pequeñas elevaciones serosas del epitelio; comprenden para Willan seis géneros: la *caricela* y la *vacuna*, cuyos caracteres son bien conocidos; el *herpes*, caracterizado por vesículas agrupadas sobre chapas inflamadas de la piel; el *eczema*, por vesículas diseminadas y sin fondo inflamatorio; la *miel* y las *afas*.

SEPTIMO ORDEN.—*Tubérculos*. En este orden admitía nueve géneros, que titulaba: *fina*, *verrujas*, *moluscum*, *vitiligo*, *acne*, *xyosis*, *lupus*, *elefantiasis* y *frambuesa*. Finalmente, en el orden octavo, *manchas*, admitía el *efelice*, el *nevus* y el *spilus*.

Esta clasificación tan clara, y al parecer tan perfecta, ha sido la clave de la escuela que nosotros llamamos inglesa ó semeyótica, y los hombres más notables que la han defendido y forman parte de ella, son, después de Plen, de Willan y de Bateman, el célebre Bielt, discípulo y sucesor de Alibert en el hospital de San Luis; el doctor Gibert, profesor del mismo establecimiento, y el doctor Cazenave, actual catedrático de dermatología en la Facultad de Medicina de París, cada uno de los cuales ha hecho importantes modificaciones, correcciones ó adiciones en la obra iniciada por los fundadores de la escuela.

Bielt, por ejemplo, ordena las clases que admite Willan, y coloca en grupos separados las enfermedades que no pueden estar comprendidas en aquellas, como las sífilides, el *lupus*, la *púrpura*, la *elefantiasis*, la *pelagra*, el *keloide* y el *grano de Alepo*, ya por tener formas elementales variables, ya por tener caracteres especiales, dependientes de su naturaleza ó causa morbosa, y suficientes para distinguirlas; rectifica los errores de la nosología inglesa, distribuyendo mejor los géneros, separando la erisipela de las ampollas, la *púrpura* de los exantemas, la *sarna* de las pústulas, el *acne* y la *mentagra* de los tubérculos, y tanto por sus descripciones como por sus diagnósticos, llegan á colocarse á mayor altura que el fundador de la escuela (1).

Cazenave, discípulo admirador de Bielt, corrige algunos de los defectos de detalle en que incurre su maestro, y hace

(1) Clasificación de Bielt: Orden primero, exantemas: eritema, erisipela, roséola, sarampión, escarlata, urticaria. Orden segundo, nodulosas: millar, variola, vacuna, lúps, sarna. Orden tercero, ampollas: pénfigo, eritema. Orden cuarto, pústulas: viruela, varicela, xyosis, impétigo, sarna, mentagra, púrpura. Orden quinto, papulas: líquen, prurigo. Orden sexto, moluscos: lepra, psoriasis, pitiriasis, ictiosis. Orden séptimo, tubérculos: elefantiasis de los griegos, moluscum, frambuesa. Orden octavo, manchas: tinte bronceado, vitiligo, nevus, albugo, vitiligo. Orden noveno, lupus. Orden décimo, pelagra. Orden undécimo, grano de Alepo. Orden duodécimo, sífilis. Orden decimotercero, púrpura. Orden decimocuarto, elefantiasis de los árabes. Orden decimoquinto, keloide.

con él en sus primeros años lo que Battean con el suyo, dando á conocer sus ideas y haciéndolas adoptar por todas partes.

Gibert, aplicando lógicamente las ideas de Willan al estudio de las afecciones cutáneas sífilíticas, destruye la obra de Rielt, diseminándolas otra vez en las diversas clases de lesiones elementales anteriormente admitidas.

Tales son las principales modificaciones y adiciones que en las nosologías de Plenck y Willan han hecho sus más importantes secuaces.

Diremos algo, aunque sea adelantando ideas, que después tendrán su desarrollo, acerca del juicio crítico que nos merece la escuela germánico-inglesa ó semeyótica representada por tan sabios profesores.

Los partidarios de esta escuela han fundado su nosología, no en la naturaleza ni en la causa de la afección cutánea, sino en los caracteres objetivos, visibles, de las lesiones ó alteraciones de la piel.

Observadores minuciosos, y teniendo por norma el buen deseo de sacar á la ciencia del caos en que se hallaba, buscaron con asiduidad el mayor número de lesiones, y comparándolas entre sí, vieron que podían reducirse á varios tipos bien caracterizados.

Estos tipos recibieron el nombre colectivo de *formas elementales*, sirviendo cada una de ellas para la designación de las *clases nosológicas*.

Con esto se creyó á la verdad ya cogida y asegurada por lazo inquebrantable; se estudió con ardor el camino trazado por Willan; se precisaron las diferencias más pequeñas entre los géneros, las especies y las variedades; corrió la idea siempre acariciada por todos los países de Europa, adoptándose en muchos, y se creyeron iluminadas las tinieblas en que rodaba la especialidad, por el sol de la certidumbre.

Por desgracia los willanistas no han conseguido su objeto, y confundiendo lastimosamente, como dice muy bien Bazin, la lesión ó el síntoma con la enfermedad, han creído llegar al tronco cuando sólo llegaban á las ramas; nos han dado una semeyología, pero no una nosología.

Con efecto; las formas elementales que ellos trataban de clasificar, no son enfermedades en la mayoría de los casos: son la expresión casi siempre de estados morbosos constitucionales, de lesiones orgánicas profundas, de alteraciones humorales, de contagios más ó menos indirectos.

¿Llamaremos por ventura enfermedad á cada uno de los diversos estertores que pueden percibirse aplicando á las paredes del pecho nuestro oído, armado, ó no, del estetoscopio?

¿Creeremos clasificar enfermedades al distinguir las especies diversas del dolor, los diferentes estados del pulso, el variable color de las excreciones, ó las multiplicadas formas del delirio?

Pues las llamadas *formas elementales* son solamente como

ellos, expresiones sintomáticas de multitud de enfermedades heterogéneas, ó efectos de infinidad de causas, en ocasiones muy opuestas.

Las vesículas del eczema, las pápulas del ectima ó del impétigo, las pápulas del líquen, etc., etc., pueden ser producto simple de una irritación local, ó resultado de una infección constitucional, sífilítica, herpética ó escrofulosa; y claro es que en estos últimos casos la enfermedad no es la pápula, la vesícula ó la pápula, sino la sífilis, el herpes ó la escrofula.

La escuela inglesa, por lo tanto, ha clasificado los síntomas que pueden presentarse en la piel, las lesiones que en ella encontramos; pero dando á éstas el nombre de enfermedades ha cometido un yerro de trascendencia, que ha separado á la dermatología de la filosofía, uniéndola á un empirismo desgraciado.

Si de la idea que ha guiado en la ciencia á esta famosa escuela descendemos al molo que ha tenido de desarrollarla y de llevarla á término, creemos poder demostrar que también ha sido en ello desgraciada.

Lo que la escuela inglesa llama formas elementales, no son en realidad tales elementos en muchos casos, á menos de que pretendamos dar á esta palabra un significado convencional, en vez del verdadero y genuino que todos le conceden; así, la pápula, y lo mismo que la pápula la ampolla, empiezan á manifestarse por una mancha inflamatoria, la cual se convierte á poco en pápula ó en una vesícula, que al día siguiente la vemos ya trasformada en la ampolla ó pápula característica de la enfermedad: la viruela, el péñigo y la vacuna pueden servir de ejemplo irrecusable, y en estas afecciones que citamos, por lo comunes que son, debía ser la forma elemental la mancha.

Resulta, por lo tanto, que la nosología willanica no se funda siempre, como pretenden sus secuaces, en las formas elementales, sino en las secundarias ó terciarias, como sucede en las enfermedades antelíticas, estando además probado que una misma causa, variando tan sólo su intensidad, puede dar origen á todas las llamadas formas elementales.

Un sabio profesor alemán, el Dr. Rosenbaum, queriendo probar que el asiento anatómico de la mayor parte de las dermatosis es el aparato folicular cutáneo, comenzó en sí mismo una serie de ensayos, comprimiendo las venas del brazo, y friccionando por debajo del sitio comprimido con más ó menos fuerza.

Siendo su piel en extremo irritable, bastaba la más ligera fricción para dar lugar á manchas congestivas, que continuando la acción de la causa, se convertían en hermosas pápulas. Si cesaba la compresión, todo desaparecía en breve tiempo; pero si no, bien pronto se descamaba el ápice de las pápulas ó se alucaba el epidérmis, dando lugar á una pequeña pápula. Haciendo más fuerte la irritación, ó tocando



el ápice de la púpula con un poco de aceite de croton, podía verse nacer con la lente una vesícula, que gradualmente se convertía en ampolla (1).

Aunque la idea que preside á la nosología inglesa hubiese sido buena y filosófica, y aunque diéramos por supuesto que había sido bien desarrollada y dirigida en sus aplicaciones prácticas, podríamos todavía decir que es incompleta, pues las observaciones ulteriores han dado á conocer otras formas elementales nuevas, indicando además algunas olvidadas sin justo título, y no pocas confundidas indebidamente.

Las eminencias parasitarias de las titas, y la eminencia acariaria, el habon de la urticaria, la eminencia acnéica, la del faríngeo y el flemón dérmico, se hallan en este caso.

No se crea, sin embargo, que la escuela dermatológica que nos ocupa, haya sido inútil ó perjudicial al progreso de la medicina. Prescindiendo de lo mucho que valió en su tiempo por haber iluminado el oscuro y confuso campo de la ciencia, aun hoy día es su estudio de mucha utilidad para el diagnóstico de las lesiones de la piel, de necesidad absoluta para el principiante, y sirve de poderosa ayuda al maestro para la designación de los géneros, de las especies y de las variedades, ya que no para la formación de los grupos nosológicos.

Por los principios filosóficos de Willan no se llega nunca al diagnóstico de la naturaleza del mal, pero se obtiene el diagnóstico de la forma ó lesión con que se manifiesta.

El conocimiento de la lesión es un conocimiento incompleto, pero en ciertos casos es el único que puede obtenerse, y en otros es necesario para elevarse á la noción de la enfermedad, única fuente verdadera de las indicaciones terapéuticas.

Estas pueden sacarse ó deducirse del modo patogenético ó de los síntomas especiales de la lesión, pero entónces serán paliativas ó sintomáticas.

La indicación causal, que es la más importante, no se llena con calmar el picor ó combatir la inflamación cutánea en una dermatosis, sino modificando el estado general ó constitucional que la origina y la sostiene.

El eczema, por ejemplo, y citamos esta afección porque es la más frecuente y la que se vé más á menudo en la práctica, exige para los willanistas llenar las indicaciones á que dá lugar su estado agudo ó crónico, y su mayor ó menor extensión; así es que en su terapéutica vemos usar las sangrías, los emolientes, las cantáridas, los sulfurosos, arsenicales, etcétera, pero sin regla fija y como por vía de tanteo, empleando unos remedios cuando otros no han surtido el efecto deseado.

Un dermatólogo contemporáneo, el doctor Devergie, ha

querido salir del apuro terapéutico en que le colocaban sus ideas, fundando las indicaciones en los temperamentos; pero es preciso ser muy poco lógico para no comprender los graves errores á que esto puede dar margen.

La afección de que hace poco hablábamos, el eczema, puede depender de muchas causas, y tener, por lo tanto, naturalezas muy diversas. Puede ser artificial, como el que origina el uso de ciertas sustancias irritantes, la cal, la potasa, etc., y del cual se ven muchos ejemplos en los allañiles y estampadores; puede ser parasitario, como el que acompaña á la sarna y á ciertos fitodermos; puede ser escrofuloso, herpético, reumático ó sífilítico; y es posible que en todos estos casos exija un mismo tratamiento? ¿Fundaremos la terapéutica del eczema sífilítico sólo en sus circunstancias de agudeza ó de cronicidad, de mucha ó de poca extensión? ¿La fundaremos en el temperamento del sujeto? ¿Nos contentaremos con sangrar en los de temperamento sanguíneo, y con dar los tónicos en los de temperamento linfático? ¿El eczema herpético hereditario, lo mismo que el artificial ó el parasitario, no pueden presentarse en un individuo linfático, ó han de ser por fuerza escrofulosos todos los palecismientos, todas las enfermedades de los que tienen este temperamento?

Véase á dónde nos conduciría el seguir al pié de la letra la idea de la escuela inglesa, los errores terapéuticos en que caeríamos, y de consiguiente los daños que podíamos producir.

Nosotros trocaremos los frenos, y en vez de fundar las indicaciones en la forma de la erupción ó en el temperamento del sujeto, estas circunstancias nos servirán por el contrario para fundar las contraindicaciones, ó lo que es lo mismo, para modificar mejorando la indicación causal.

La historia del estudio y clasificación de las lesiones cutáneas no ha terminado porque haya caído en desgracia la escuela dermatológica que fundaba en ellas su nosología. Por el contrario, los partidarios de la escuela que nosotros llamamos anatómica, así como los de la filosófica ó etiológica, han tenido especial cuidado en mejorar y perfeccionar el conocimiento de la anatomía patológica de la piel, marcando un progreso bien definido en lo que ya parecía inmutable, es decir, en el número de las lesiones cutáneas elementales.

Partiendo de Cazenave, que sigue admitiendo las ocho formas de dermatosis que describía Willan (1), vemos al profesor Hardy (2) estudiar once, manchas, exantemas, vesículas, ampollas, pústulas, pápulas, escamas, tubérculos, manchas hemáticas, productos alterados de la secreción sebácea, y producciones parasitarias animales ó vegetales; y al profesor Ba-

(1) Véase los *Anales de enfermedad de la piel*, tomo II, pág. 218, del Doctor Cazenave.

(1) Cazenave.—*Leçons sur les maladies de la peau* (1856).  
(2) Hardy.—*Leçons sur les maladies de la peau* (1869).

zin (4) clasificar las lesiones elementales de una manera tan juiciosa y completa, que nadie creeria encontrar en él al enemigo más encarnizado de la escuela inglesa.

Esto les probará á los willanistas, que no se precinde por los demás de sus importantes estudios y notables descubrimientos; que se aprecia en lo mucho que vale el tesoro anatómico-patológico que han puesto á disposición de la ciencia; pero que no es suficiente, y se necesitan datos de otra especie para, en union de los suyos, elevarse á la síntesis.

Terminado este bosquejo histórico de las lesiones cutáneas,

(1) No podemos menos de copiar aquí la notable clasificación de lesiones del doctor Bazin:

PRIMER ORDEN.—RANCOR.	
1. <sup>a</sup>	Intravascular..... (Osteogénicas (otitoma).
Dermatoses ó singulares.....	Indiferentes (eritropia).
	Extravascular..... (Purpura.
2. <sup>a</sup>	Hipertróficas (dileta, elergia, melanosis).
Pigmentosas.....	Aromatosa (T. pelada).
	Dicromatosa (villig).
SEGUNDO ORDEN.—GRANOR.	
1. <sup>a</sup>	Solidaria.
Simples.....	Miller.
	Varicela.
	Herpes.
	Eczema.
	Pustula.
2. <sup>a</sup>	Pústulas.....
Purulentas.....	Pústulas.....
	Póstrulas.....
Furunculosa.	Furunculosa.
	Abcesos dérmicos.
3. <sup>a</sup>	Hipertróficas y heterocórficas.
4. <sup>a</sup>	Parasitarias.....
	Parasitarias.....
5. <sup>a</sup>	Inflamatorias.....
6. <sup>a</sup>	Gangrenosas.
TERCER ORDEN.—ERIGER.	
1. <sup>a</sup>	Escoriaciones.
2. <sup>a</sup>	Ferrea.
3. <sup>a</sup>	Ulcerales.
4. <sup>a</sup>	Ulcerales prolapso dicho.
CUARTO ORDEN.—ERIGER.	
1. <sup>a</sup>	Escoriaciones.
2. <sup>a</sup>	Ferrea.
3. <sup>a</sup>	Ulcerales.
4. <sup>a</sup>	Ulcerales prolapso dicho.
QUINTO ORDEN.—ERIGER.	
1. <sup>a</sup>	Escoriaciones.
2. <sup>a</sup>	Ferrea.
3. <sup>a</sup>	Ulcerales.
4. <sup>a</sup>	Ulcerales prolapso dicho.

vamos ahora á estudiarlas y clasificarlas por cuenta propia y segun creemos debe hacerse en el estado actual de conocimientos.

## VI.

Para describir con algun método los síntomas de las afecciones cutáneas, los dividiremos en tres grupos. El primero le forman las *lesiones anatómicas del tegumento externo*; el segundo las *lesiones funcionales del mismo*; el tercero comprende todos los *fenómenos simpáticos, sintomáticos ó coincidentes*, que se observan en los demás órganos ó en los demás sistemas orgánicos, siempre que sean debidos á la misma causa que produce la afección cutánea y tengan, además de esta relacion de causalidad, simultaneidad de presentacion.

### PRIMER GRUPO.

#### LESIONES ANATÓMICAS DE LA PIEL.

Las lesiones anatómicas de la piel han sido llamadas por Willan, y por todos los dermatólogos del siglo pasado y principios del presente, *formas de las dermatosis*, habiéndolas dividido en primitivas ó elementales, y en consecutivas ó secundarias.

Estas eran debidas á la concrecion de los humores exudados por las primeras, ó á la alteracion ulcerosa, bipetrófica, etc., que aquellas producian en el tejido de la piel.

Sólo las elementales servían para denominar la enfermedad, es decir, para el diagnóstico.

El doctor Devergie, en estos últimos tiempos, ha dado reglas para establecerle tambien por las formas consecutivas, y ha creado además otro grupo de formas elementales, á las que llama *compuestas*, por consistir en la reunion de dos ó más de esos elementos.

Los demás dermatólogos contemporáneos, y especialmente Bazin, se oponen á la admision de este grupo, considerando sólo como una coexistencia ó complicacion la presentacion simultánea de dos ó más formas elementales; pero observaciones atentas vienen en apoyo de las ideas de Devergie, y hasta el mismo Cazenave se vé en la precision de admitir una de esas formas mixtas, el *eczema impetiginoso*.

Nosotros dividiremos las formas de las dermatosis en tres grupos: 1.<sup>a</sup> *formas elementales ó primitivas simples*; 2.<sup>a</sup> *formas elementales ó primitivas compuestas*; 3.<sup>a</sup> *formas consecutivas*.

#### (A)—FORMAS ELEMENTALES SIMPLES.

El número de las formas elementales simples es hoy muy diverso del conocido ó admitido por los fundadores de la especialidad. Prescindiendo de Plenq, que las confundió con las



secundarias, y llegando á la época de Willan, que fué el primero que precisó su número y caracteres diferenciales, ya hemos dicho que sólo admitía ocho.

Nosotros elevamos á catorce el número de estas lesiones simples, y creemos tener motivos para hacerlo. Son las siguientes: 1.ª *Tumefacción de la piel*. 2.ª *Pápulas*. 3.ª *Habones*. 4.ª *Tubérculos*. 5.ª *Eminencia criptosa ó acné*. 6.ª *Eminencia y surcos acarianos*. 7.ª *Eminencia tútosa*. 8.ª *Eminencia foruncular ó divieso*. 9.ª *Vesículas*. 10.ª *Ampollas*. 11.ª *Pústulas*. 12.ª *Abcesos dérmicos*. 13.ª *Alteraciones del color*. 14.ª *Escamas*.

Considerando la simplicidad de estas lesiones bajo el mismo punto de vista que lo hace Willan, todas son independientes en su período de estado ó evolución completa, ó lo que es lo mismo, ninguna es secundaria ó consecutiva; y tanto derecho tienen el habón, el divieso y la tufa, como la pústula y la ampolla, para ser tenidos como elementos morbosos en el desarrollo de las dermatosis.

1.ª *La tumefacción de la piel*, no mentada por los autores, es un elemento que es forzoso admitir si no queremos dejar fuera de la nosología anatómico-patológica varias enfermedades de importancia. ¿A qué clase de lesión podremos referir, si no, la elefantiasis de los árabes? ¿Dónde habíamos de colocar las verrugas, los tumores circunscritos que pueden desarrollarse en el dérmis, los nevos vasculares ó arterioectasias y telangiectasias cutáneas? ¿La erisipela misma no tiene más motivos para ser colocada entre las tumefacciones, que entre las manchas ó alteraciones de coloración?

Creemos, pues, que la *tumefacción* es una forma tan elemental como las demás, y que en ella pueden admitirse dos variedades de importancia, la *tumefacción difusa* y la *circunscrita*.

La tumefacción difusa puede ser *aguda*, repentina, verdaderamente inflamatoria, y de esto es un ejemplo la erisipela simple y la erisipela específica, resultante del carbunco ó de la pústula maligna: cuando es crónica, constituye la elefantiasis de los árabes ó piernas de las barbaudas.

Ejemplos de la *circunscrita* tenemos en esas hipertrófias cutáneas parciales llamadas elefantiasis del escroto, de los grandes labios, etc., en los nevos ó tumores vasculares cutáneos, en las verrugas, y en todos los tumores circunscritos que pueden desarrollarse en la piel, cualquiera que sea su naturaleza, siempre que no estén incluidos en las formas elementales siguientes.

2.ª *Pápula* es una *elevación circunscrita* (1) muy pequeña y generalmente puntiaguda, de base inflamada, y que en su ápice suele exudar una imperceptible cantidad de líquido se-

roso ó purulento, que se convierte al fin en una escamilla ó una costra muy pequeña. Su mayor diámetro (excepción hecha del líquen silfítico de anchas pápulas) es el de una línea á línea y media, y su mayor altura la de media línea, de manera que sus dimensiones varían entre una media cabeza de alfiler y una media lenteja. El tacto percibe en ciertos casos, mucho mejor que la vista, las elevaciones papulosas de la piel ó del tegumento interno.

Salvo algunas excepciones, las pápulas van acompañadas de picor.

Hay dos clases diferentes de pápulas; unas son rojas, se perciben á simple vista, no pierden su color por la compresión, y se encuentran aglomeradas en varios puntos, lo que constituye la enfermedad que Willan, ó la lesión que nosotros llamamos *líquen*; otros no se perciben á simple vista porque no son rojas, tienen el mismo color de la piel, se hallan dispersas ó diseminadas en una gran extensión ó en toda la superficie del cuerpo, y van casi siempre acompañadas de arañazos que se hace el enfermo al rascarse, y de gotas de sangre en su ápice, que forman una costra negruzca. Esta lesión que el tacto percibe muy bien, y que se asemeja á ese estado particular del tegumento dependiente del frío, la *carne de gallina*, se conoce con el nombre de *prurigo*.

Willan y algunos otros autores admiten otro género de pápulas, rojas, confluentes y á veces generalizadas, que se observan en los niños pequeños, especialmente en la época de la dentición, lo que constituiría la lesión que han llamado *strófulas* ó fuego de dientes.

La pápula inicial del chancre sífilítico y las placas ó pápulas mucosas, deben tener y tienen, como simples lesiones, su colocación natural en este sitio.

3.ª *Habones*. Llamamos así á unas elevaciones más anchas y prominentes que las pápulas, de un color blanco ó rosáceo que desaparece por la presión, redondeadas, fugaces, y rodeadas de una aréola congestiva roja, en todo lo cual hay colores fuertes é irresistibles. A veces llegan á tener el tamaño de un medio garbanzo, y aun la forma y tamaño de una haba grande, de donde les viene sin disputa el nombre vulgar español con que las describimos. Se forman con una rapidez que asombra, y con la misma desaparecen, durando algunas veces dos ó tres horas solamente una erupción, que dió lugar á fiebre y á otros fenómenos generales de mucha gravedad en la apariencia; son á menudo intermitentes, y pueden perder algunos de estos caracteres cuando se hacen crónicas; pero siempre quedan bastantes para distinguirlas de las pápulas y de los tubérculos, entre cuyas lesiones creemos deberlas colocar. Las diversas especies de *urticaria* son las únicas pero frecuentes dolencias que tienen esta forma elemental.

4.ª *Tubérculo* es, según Willan, un tumor pequeño, duro, superficial, circunscrito, permanente ó que supura de un modo parcial; pero en realidad estos caracteres son muy va-

(1) Aunque parece igual la significación de esta palabra y la de *tumefacción circunscrita*, no lo es en realidad, y es fácil comprender sus caracteres diferenciales.

riables, para que se den como regla fija y puedan servirnos de norma en todos los casos. Su tamaño mínimo es el máximo á que llegan las pápulas, salva la excepción que dijimos anteriormente, y pueden llegar á adquirir el de una gruesa avellana, y aún el de una nuez; también á veces no son superficiales, y sólo se notan por el tacto, pudiendo en otras desaparecer por resolución y no ser permanentes. No siempre son duros, y aunque raros, hay casos en que supuran totalmente.

Por lo dicho se ve que el diagnóstico del tubérculo tiene que hacerse en las especies más bien que en el género, ó por el conjunto de caracteres, sin hacer mérito de la falta de alguno de ellos (1); pero el ojo práctico distingue en seguida el tubérculo de las otras lesiones que se le parecen, como la pápula, el habón y el acné, por los caracteres marcadísimos de estas tres últimas lesiones. El picor, la coloración, la fugacidad, el sitio que ocupan, su agudeza ó las circunstancias especiales de su curso, duración y terminación, y algunos otros fenómenos subjetivos y los demás objetivos propios de las especies, es decir, de la naturaleza ó enfermedad que las produce, bastan al dermatólogo para sacarle de la duda que pudiera abrigar en el diagnóstico de la clase de lesión que tiene á la vista.

5.° El *acné ó eminencia criptosa* es, como dice su nombre, una lesión elemental, formada por el abultamiento morbo, ó excesivo desarrollo de las criptas ó folículos sebáceos, y se manifiesta por un tumor pequeño de la forma y tamaño de un cañamón, duro, elevado sobre la piel, aunque también es profundo, generalmente rojo y con una pustula en su ápice ó un orificio lleno de una sustancia negruzca que puede extraerse en forma de filamento por la doble compresión lateral (2).

Se diferencia de la pástula y del tubérculo por su mayor profundidad y dureza, así como por el orificio negruzco ó

pustuloso del ápice, y del habón, porque carece del picor especial y de la fugacidad característica de éste.

6.° *Eminencia y surcos acarianos*. La sarna no tiene por forma elemental, como creyó Willan, las vesículas. Tampoco podemos admitir con Devergie, que lo sean además las pápulas y las pástulas. Estas lesiones no son necesarias para la existencia de la enfermedad, y de seguro no se presentan en los primeros días de residencia del ácaro en nuestro cuerpo. La sarna tiene por formas elementales los cambios mecánicos del epitelio que produce el insecto, es decir, sus surcos ó caminos cubiertos, y sus eminencias celulares, ó cuevas donde se aloja. Los surcos son unos conductos rectos ó flexuosos, de media línea á una pulgada de longitud, abiertos por un extremo, numerosos en los espacios interdigitales, de dirección, por lo común, cruzada á la que tienen los surcos normales de la piel, frágiles entre las capas superficiales y las profundas del epitelio, de modo que su cubierta exterior es seca, furfurácea, con varios puntos á orificios que se llaman respiratorios, porque dejan penetrar el aire que respira el ácaro. Estos surcos pasan á veces por encima de pápulas, ó por entre las láminas epidérmicas que retienen el líquido de vesículas ó de pástulas, y terminan en un abultamiento grisáceo, brillante, más pequeño, sin embargo, que las vesículas, y que no es más que un ensanchamiento del surco, una especie de cueva, dentro de la cual está el animal.

7.° *Eminencia tiñosa*. La forma elemental de las tiñas varía según el vegetal que las produce; pero la principal es el *favus*, eminencia de tamaño variable porque crece paulatinamente, amarilla, umbilicada, atravesada por uno ó más pelos, implantada entre dos capas del epitelio, por lo que puede enuclearse sin dar lugar á erosiones ni hemorragias del dérmis, y cuyo carácter más notable es su composición, es decir, que desde que empieza á aparecer es sólida, seca, sin humedad ó exudación líquida alguna.

Este último carácter la diferencia de la pástula, de la vesícula y de la ampolla, que en su principio, antes de la desecación, contienen una sustancia líquida.

El color y la enucleabilidad sin lesión del dérmis la separan del acné ó eminencia criptosa, así como de todas las demás lesiones elementales, pudiendo decir que el *favus* es hoy la que tiene caracteres más precisos y más motivos para ser considerada como elemento. Las demás formas en que aparecen las tiñas no tienen caracteres tan marcados, si exceptuamos el examen microscópico, que es tan patognomónico como en la *favosa*.

8.° *Eminencia foruncular*. El forúnculo ó divieso no es una ampolla, una pástula ni un tubérculo; no puede en realidad incluirse en las formas elementales admitidas por los antiguos, y tiene caracteres bastantes para formar en primera línea al lado de éstas. Es un tumor inflamatorio, duro, profundo, y al mismo tiempo saliente y puntiagudo, rodeado de

(1) Los tubérculos que acompañan á la *lepra* de los *gringos* son blancos, salientes, triangulares y de color leonado. El *grano de Alago* está formado por un solo tubérculo grande, cono, con escumillas y cistitas en su ápice, que terminan por verrucos; son grandes, blancos y en forma de mero en la *fronadura*, y largos, aplastados y de un rojo vivo en el *lápex*.

Son blancos, cistitas y en cistitas, en la *altilia*; duros, indolentes, elevados y espesos de elevación en parte en los *epilomas* y *neoplasmas cutáneos*.

En *lepra*, verrucos, duros, blancos, sin apariencia de elevación parcial, en el *clavado*.

Son, en fin, varios, mucosos, indolentes, en forma de *callosos*, etc., etc., en las *epilomas*.

(2) Son muy numerosas las variedades admitidas por los autores en esta forma elemental ó lesión cutánea. Así, por ejemplo, se ha llamado al *acné pustulosa*, cuando va acompañada de una concreción negra del tumor segregado por los folículos sebáceos, la cual asoma en la piel formando una *gota* de puntos negruzcos; *infundibulada*, cuando la base de la pástula ó el tumorcito consiste en la inflamación total de las criptas, que antes de producir la supuración, dá lugar á una inflamación crónica ó muy duradera; *radical*, cuando la lesión que nos ocupa está rodeada de un círculo críptico; *adverso*, cuando el flujo sebáceo es tan abundante, que se encasca y adhiere á la piel formando una especie de capa continua, parecida á *aguietas*; *apocriptas*, *subcutáneas* ó *enclavadas*, cuando está formada por tubérculos grandes, indolentes, umbilicados, etc.

Estas son variedades de formas, que dicen *emulsores*, y que nosotros citamos en la *dermatología*, y no en la *nosología*, como se ha hecho hasta aquí, porque nos sirven de signos para buscar la naturaleza del mal.



una aréola lívida, erisipelatosa, que termina por supuración y esfacelo del tejido celular graso, y se abre al exterior por uno ó varios orificios por lo común insuficientes para dar salida pronta á los tejidos esfacelados ó á las falsas membranas que encierra. Puede ocurrir que este tumor, por lo común del tamaño de un guisante, llegue á tener el de una nuez, el de un huevo y aun el de una naranja, en cuyo caso no es puntiagudo, pero tiene en mayor escala los demás síntomas, y lleva el nombre de antrax ó abisero. Esta lesión pudiera confundirse con el acné, con los tubérculos inflamatorios y con los abscesos dérmicos; pero su aréola erisipelatosa, su dureza, y la especialidad de su contenido, la diferencian de todas ellas.

9.<sup>a</sup> *Vesículas*. Son unas elevaciones pequeñas del epidérmis, llenas de un líquido seroso y transparente, que se convierte poco á poco en opalino, lactescente ó amarillo, desecándose en forma de escamas delgadas ó pequeñas costras blancas, amarillentas y laminosas. El tamaño de las vesículas es generalmente el de un grano de mijo ó una cabeza de alfiler, exceptuando las afecciones conocidas con los nombres de zona y herpes flietnóides, en las cuales son tan grandes las vesículas, que se convierten en verdaderas ampollas; pero en estos casos, como veremos más adelante, se trata de una lesión elemental compuesta. La vesícula tiene por lo común un curso agudo, aunque sea crónica la enfermedad que representa en la piel, lo que depende de los nuevos brotes que aparecen ántes de desaparecer los antiguos por completo. Cuando se rompe la tenue capa epidérmica que las forma, se observa una erosión inflamada en la superficie del dérmis; y si la afección es crónica se engruesa ó hipertrofia la piel, reliquia que queda sin que se noten cicatrices, aun después de mucho tiempo de haber desaparecido la erupción. El mayor ó menor grado de cronicidad ó de duración influye en la forma consecutiva, observándose que las costras son más delgadas y más blancas cuanto más antiguo es el padecimiento.

La escuela inglesa ha admitido varias especies de erupciones ó lesiones vesiculosas. Cuando se presentan aisladas, discretas, pero numerosas, ocupando superficies extensas, sin rubicundez, sin inflamación en su base, globulosas, de un tamaño regular y tan brillantes que parecen gotas de agua, ó mejor de rocío, esparcidas por la superficie del cuerpo, constituyen la *sudamina* ó la *miliar*, segun que no vayan acompañando, ó que por el contrario acompañen á la fiebre grave de este último nombre.

Si las vesículas son también discretas en mayor grado, lo que las hace más generalizadas pero menos numerosas; si tienen la base ligeramente inflamada, y al octavo día se secan en una costra negruzca y muy ligera, al alrededor de la cual existe una aréola roja y con picor, forman la *varicela*.

Llábase *eczema*, á una reunión en superficies irregulares y no circunscritas, de vesículas muy pequeñas, aglomeradas irregularmente, globulosas, aplanadas y brillantes, que al

romperse dejan ver una série de puntos ó orificios á manera de criba, y al secarse, después de hacerse lactescentes ó purulentas, terminan por una descamación furfurácea, haya ó no inflamación en la piel en que descansan, lo que varía segun la especie (1).

El *herpes* difiere del anterior, en que es una reunión más ó ménos regularizada, formando á veces círculos concéntricos de vesículas pequeñas y puntiagudas, colocadas sobre superficies eritematosas, inflamadas, circunscritas y regulares.

Las vesículas pueden confundirse con las ampollas y con las pústulas en cierto periodo de su evolución, pero nunca en su periodo de estado ó de desarrollo completo. Fácil será en esos casos dudosos distinguir las de las pústulas, porque en éstas el líquido es desde luego ó primitivamente purulento, y en aquellas siempre es seroso á no haber una lesión compuesta (eczema impetiginoso), llegando cuando más á ser sero-purulento. En su último periodo ó de desecación, se diferencian porque las vesículas dan lugar á escamas ó costras delgadas y blanquecinas, y las pústulas á costras gruesas, amarillentas ó oscuras. La inflamación y ulceración de la piel son menores y ménos profundas en las vesículas. El primer periodo de evolución de las ampollas es en realidad una vesícula, y sólo un ojo experimentado podrá presumir que ésta se convertirá en ampolla por el conocimiento de los prodromos y demás circunstancias que acompañan á las enfermedades de que son manifestaciones externas.

El tamaño de ambas lesiones en el periodo de estado es muy diferente, para que sea posible confundirlas.

10.<sup>a</sup> *Ampollas*. Son elevaciones bastante grandes del epidérmis, redondeadas, de base ancha, circular, y un tamaño variable entre el de un guisante y una media naranja, llenas de un líquido seroso, transparente ó lechoso (2), crónicas ó desarrolladas sucesivamente en brotes subagudos, generalizadas en muchos casos, pero discretas y esparcidas en grandes superficies; su tamaño las diferencia de las vesículas: la naturaleza del líquido que encierran, su concreción laminosa ó pelucosa cuando sale de la cavidad que le retiene, ó aunque no salga, y las circunstancias del curso de sus especies y variedades, las distingue de las pústulas.

El *pénfigo* está constituido por ampollas aisladas, rodeadas ó no, segun su agudeza, de aréolas inflamatorias, y conteniendo un líquido seroso ó algo turbio, debajo del cual no hay más que una ligera erosión del dérmis. Termina por costras delgadas ó pelucosas.

(1) El *eczema* demuestra sobre grandes chapas inflamadas. El crónico llega al fin á producir inflamaciones crónicas de la piel subyacente. Sólo el *eczema* simple generalizado ó circunscrito y agudo, es el que no va acompañado de inflamación. (Cazeneuve.) Basta admitir otro género de vesículas, que constituyen lo que el Dr. H. B. H. llama *hidra*.

(2) A veces se hace osento ó negruzco por la mezcla con cierta cantidad de sangre que exuda la ulceración sobre que descansan, lo que forma la segunda variedad de que se hace mención después. No se nota cuando hay mucha inflamación (pénfigo agudo), que el líquido se haga rojo, y en ocasiones purulento.

La *rupia* está formada por ampollas aisladas, generalmente de curso crónico, llenas de un líquido sanioso, oscuro, sanguinolento, que se concreta en costras negruzcas, manchadas por lo común de sangre, más gruesas en su centro que en sus bordes, y debajo de las cuales existen úlceras cutáneas, redondas, profundas, que exudan sangre fácilmente y tienden á extenderse en superficie (1).

11.° *Pústulas*. Son unas elevaciones pequeñas ó del tamaño de un guisante, circunscritas, formadas por una colección de pus dependiente de la inflamación del corion ó de los órganos que contiene. Agudas ó crónicas, diseminadas, generalizadas ó agrupadas y limitadas á un reducido espacio, siempre terminan, desecándose el pus dentro de la capa epidérmica que le cubre ó fuera de ella, por la formación de costras más ó menos gruesas, más ó menos secas, y de diferente color y caracteres según las especies. Esta circunstancia bastaría para distinguirlas de las vesículas y de las ampollas, si no fuera posible diferenciar el líquido que estas tres clases de lesiones cutáneas contienen.

Sin embargo, es preciso para ello compararlas á todas en su período de estado ó evolución completa, y no en su principio ó en su declinación, pues la pústula en su origen parece una vesícula; y admitiendo como ampolla la lesión que hemos llamado *rupia*, la vemos terminar por costras tan gruesas ó más que las derivadas de pústulas.

La pústula se distingue fácilmente de la eminencia tiñosa, porque ésta siempre es seca y sólida, y nunca se encuentra, como aquella, constituida por un líquido; así como de la eripitosa ó acné, porque carece de la tumefacción redondeada, circunscrita y profunda de la lesión elemental que lleva este nombre.

Los antiguos admitían dos especies de pústulas, según que estuviesen ó no colocadas sobre una base inflamada y rodeadas de una areola roja. A las primeras ó inflamadas, las llamaron *flizicias* ó *flizaciadas*; á las segundas, *psidracias* ó *psidraciadas*. Prescindiendo de esta división, que puede ser de alguna aunque no mucha utilidad, indicaremos las variedades principales de pústulas que encontramos en la sintomatología de las afecciones cutáneas.

Son grandes, blanco-amarillentas, umbilicadas, rodeadas de una areola y sobre una base inflamada (*flizicias*); se desecan en costras parduzcas, y dejan cicatrices alveolares ó hundidas en la *circuna*.

Son blancas, anchas, umbilicadas, rodeadas de gran inflamación, localizadas, se desecan en costras negruzcas, y dejan cicatrices circulares extensas y poco profundas de color blanco inalterable en la *cacuna*.

Son también grandes, redondas, inflamadas, discretas, umbilicadas en ocasiones, y con un punto oscuro ó negruzco en el ombligo, seguidas de costras gruesas oscuras y cicatrices rojas en el *ectima*.

Constituyen el *impétigo* pústulas pequeñas, no inflamadas en su base ni en su circunferencia, no umbilicadas, agrupadas, amarillentas, que se desecan en costras gruesas, deformes por su agrupación, y de un color verde-amarillento amarino.

Pudieramos citar algunas otras pústulas, como las estibadas, las del chancro simple, las cadéricas, fénicas, etc.; pero su estudio pertenece mejor á la semeiología ó á la dermatografía que no á este lugar.

12.° *Alcesos dérmicos*. Son unas elevaciones, formadas por una colección de pus entre las mallas del dérmis, blandas, fluctuantes, y cuyo líquido no se transparenta como el de las pústulas ó ampollas á través del epitérmis. Pudieran confundirse con los tubérculos, con la eminencia acnéica y la foruncular; pero la fluctuación y la blandura de que estas lesiones carecen es suficiente para evitar el error.

13.° *Alteraciones del color de la piel*. La piel puede tener alterada la coloración, ya en totalidad, ya en parte. La falta total de coloración se llama *albinismo*; la parcial ó en forma de manchas blancas, *vitiligo*.

Puede tener un tinte amarillento, *pájizo*, verdoso ó violado más ó menos extenso, efecto de causas de que más tarde hablaremos; y finalmente, puede presentar manchas ya rojizas pequeñas, numerosas, generalizadas, que desaparecen por la presión y terminan por descamación furfurácea (*sarampion*), ya grandes, extensas, rojo-vivas, que terminan por esfoliaciones considerables del epitérmis (*escarlata*); ya más circunscritas y fugaces, por mudar de localidad (*erisipela*).

Es fácil en ciertas ocasiones confundir las manchas con las pápulas, por ser aquellas algo elevadas; pero éstas lo son siempre más y no se generalizan.

14.° *Escamas*. Son unas láminas delgadas, secas, blancas, brillantes ó nacaradas, más ó menos grandes y adherentes según las especies, que se desarrollan generalmente sobre puntos indurados ó inflamaciones crónicas hipertroficas ó elevadas del dérmis, que no van acompañadas de exudación ni humedad de ningún género, y parecen depender de una alteración excretoria ó del acto funcional que dá origen al epitérmis. Estas esfoliaciones del epitérmis, ó de esa sustancia que lo parece, aunque alterado, pueden confundirse con las costras finas y delgadas en que terminan ciertas pápulas (*liquen agrius*) ó ciertas vesículas (*eczemas*); pero la humedad que precede á éstas, la elevación circunscrita y precursora de aquellas, y la existencia simultánea de ambas formas elementales, en su período de estado con otras en su período terminal ó de descamación, que son las que pueden engañar á los prácticos, son datos suficientes para distinguirlas.

(1) Bateman, Elliot y algunos dermatólogos contemporáneos, entre los cuales se halla Blandin, no admiten esta especie de ampollas, considerando á la *rupia* como una variedad pustulosa, análoga á la que llamamos *ectima*.



Cuando estas esfoliaciones epidérmicas son tan pequeñas que se parecen al polvo ó parte más fina del salvado, y tan poco adherentes que se desprenden y caen al menor contacto, ora estén sobre una piel roja ó inflamada, ya sobre la piel, sin cambio de color, constituyen el *pityriasis*.

Si las escamas son adherentes, blancas, brillantes, grisadas, y están colocadas sobre chapas de diverso tamaño y forma irregular, en las que la piel está elevada, roja y tumefacta, forman el *psoriasis*.

Llámanse *lepra vulgar* ó *escamosa* á un *psoriasis* circinado ó circular, es decir, á una chapa redondeada de escamas, que tiene inscrito un círculo de piel sana. Finalmente, llámanse *ictiosis* á una reunión congénita de escamas gruesas, blanco-sucias, adherentes, sobrepuestas ó empizarradas, como las de las patas de las gallinas, colocadas sobre la piel alterada, pero sin inflamación ni tumefacción.

Concluida la exposición descriptiva de las formas ó lesiones elementales ó primitivas simples, veamos lo que son esas otras formas ó lesiones á las que ha denominado compuestas Devergie.

#### (B).—FORMAS ELEMENTALES COMPUESTAS.

Preséntanse á menudo á la observación de los prácticos afecciones cutáneas con lesiones, ó bajo formas en las que se ven varios elementos reunidos, vesículas con pástulas, pápulas con escamas, tubérculos con pástulas, etc., etc.

Limitado el mal á un espacio reducido, dependiendo todas sus manifestaciones de una misma causa, y cediendo á unos mismos remedios, no encontramos el motivo que ha guiado á algunos dermatólogos modernos á considerar como independientes unas de otras á estas lesiones, por más que su aspecto sea diferente; á ver complicaciones donde sólo hay un poco más de intensidad inflamatoria; y á oponerse á la admisión de las formas compuestas como elementos, cuando no son nada simples las lesiones que ellos tienen por tales, y sin embargo se les conserva su significación y se les deja su nombre.

Los principios filosóficos que nos guían y que más adelante expondremos, al tratar de las enfermedades, nada pierden por la admisión de estas formas elementales, pues poco importa la forma, si conocemos la naturaleza; y si hubo un tiempo en que la veneración y respeto á la obra de Biett, pudo detener á Cazenave y á otros discípulos de aquél en el camino de cualquier reforma, hoy ya se conoce su deleznable base, y descartada la cuestión nosológica, reducida á la apreciación de los síntomas, en una palabra, á los detalles, deben admitirse las ideas de Devergie, por ser resultado de la observación y hechos concretos que todos hemos visto en mayor ó menor escala.

Devergie admite el número de formas compuestas que copiamos á continuación (1):

Liquen urticado.  
Herpes eczematoso.  
Herpes liquenoiideo.  
Eczema impetiginoso.  
Pénfigo herpetiforme.  
Rupia impetiginosa.  
Impétigo ectimatoso.  
Sicosis impetiginosa.  
Sicosis herpetiforme.  
Liquen eczematoso.  
Lupus herpetiforme.  
Psoriasis herpetiforme.  
Psoriasis eczematoso.

No entraremos á discutir con este autor, como hacen algunos, si ha confundido ó no estas lesiones compuestas, si ha tomado la terminación de un eczema por un *psoriasis eczematoso*, un eczema rubrum circunscrito por un *herpes eczematoso*, un herpes tonsurante ó parasitario por un *sicosis herpetiforme*: nos limitaremos á admitir las formas compuestas que se han presentado á nuestra observación, dejando á otros dermatólogos el derecho de aumentar las que vean; pues volvemos á repetir que esto no es más que variación ó detalles sintomatológicos. Sin embargo, fuerza es que nos pongamos de acuerdo sobre lo que debe entenderse por lesión elemental compuesta, ó que por lo ménos expliquemos las diversas maneras con que éstas se presentan.

Así, por ejemplo, unas veces se desarrollan en un mismo grano dos lesiones diferentes á un mismo tiempo, un tubérculo pustuloso, un habon papuloso, etc.; otras, la lesión que empieza por una forma se convierte en otra pasados algunos días, pero dejando en las proximidades señales ó indicios de lo que fué, es decir, otros granos con la forma primera ó primitiva, en cuyo caso se ven mezcladas ó alternadas las dos especies (2); finalmente en algunas ocasiones se ven también mezcladas estas dos especies de erupción, pero siguiendo cada una de ellas su curso independiente, y sin convertirse la una en la otra como en el caso anterior.

En las dos primeras circunstancias, la forma elemental es *compuesta*, en nuestra opinión: en la última es *complicada*, y generalmente resultado simultáneo de dos causas también simultáneas en su acción, ya sean externas, ya internas, ó una externa y otra interna. Nos explicaremos más: supongamos por un momento que se dan alternativamente á un sujeto fricciones con la pomada estibada y con la hoja de la ortiga, en un mismo punto de su cuerpo, de manera que sal-

(1) Devergie. *Traité pratique des maladies de la peau*, pág. 36.

(2) Esta conversión de las formas se observa en el eczema impetiginoso y en el soro ó herpes ictionoides.



gon mezcladas, pero sin confundirse, las erupciones artificiales á que estas sustancias dan lugar. Esta es una lesión complicada. Las costras tiñosas van á menudo acompañadas de pústulas impetiginosas debidas á la irritación que el parásito produce en la piel, y que siguen su curso en un todo independiente del que sigue la costra vegetal en su evolución y desarrollo. Nada es más común, por el abuso que se hace del azufre, que ver en algunos enfermos que tienen un eczema simple y diseminado, ó un pitiriasis de la cara, desarrollarse al lado y aun encima de la erupción natural, las vesículo-pústulas que resultan de las fricciones sulfurosas. Por último, en un individuo que padezca un psoriasis herpético desde niño, pueden desarrollarse más adelante sífilides pustulosas ó exantemáticas en los puntos próximos á la primera dermatosis. Todas estas son formas complicadas.

De lo dicho resulta, que para considerar á una forma elemental como compuesta y no complicada, es preciso que la mezcla de los caracteres sea en cada uno de los granos, no que haya dos ó más erupciones diferentes en un mismo sujeto.

Parodiando el lenguaje de la química, podríamos decir: la forma complicada es una mezcla; la compuesta es una verdadera combinación.

Más adelante haremos notar que hay otras formas compuestas que expresan por la *hibridez* de sus caracteres sugestivos, la *hibridez* ó la combinación de dos causas internas ó enfermedades constitucionales. Pero ahora nos limitaremos á describir las cinco clases de formas elementales compuestas, por nosotros observadas.

1.ª *Pápula habon.* Esta lesión mixta ó compuesta es conocida desde hace mucho tiempo, habiendo sido ya descrita por Batteman, y después por todos los dermatólogos, al hablar de una variedad del líquen, que denominaban urticado. Es, en efecto, una combinación de las lesiones anatómicas del líquen y de la urticaria. Chapas rojas más extensas y elevadas en su centro que las de la urticaria, la constituyen en su principio. Este centro, que es blanquecino en la primera afección, aquí es más rojo que lo restante del habon, por ocuparle una pápula liquenoides, siéndole notar que el curso de cada lesión parece independiente. Los habones desaparecen en veinte ó treinta horas (1); pero las pápulas quedan persistentes durante ocho, diez ó más días, pudiendo, si la afección

es intermitente, desarrollarse en los accesos de nuevo la urticaria en la base y al rededor del líquen. Fácil será, por todos estos caracteres, diagnosticar ó diferenciar esta forma compuesta, de las simples con que pudiera confundirse.

2.ª *Vesículo-pústula.* También esta lesión es conocida desde la época de Willan, habiendo sido descrita por todos los dermatólogos antiguos y modernos, con el nombre de *eczema impetiginoso*. Está formado por vesículas generalmente agrupadas, pero á veces también diseminadas, que se desarrollan sobre una mancha inflamatoria. La serosidad de las vesículas no se concreta en escamas delgadas como en el eczema simple, porque siendo más intensa la inflamación del dérmis, el líquido se hace pronto sero-purulento, y al romper la película finísima que le envuelve se concreta en costras amarillo-verdosas, producidas por la exudación que sigue brotando, pero más pequeñas y menos deformes que las del impétigo.

No es raro encontrar acompañando ó rodeando á la forma compuesta algunas vesículas y algunas pústulas que siguen el curso de las elementales, sin sufrir transformación de ningún género.

3.ª *Vesículo-ampolla.* Aunque no tan frecuente como la vesículo-pústula, se vé muy á menudo en la práctica la forma compuesta citada.

Empieza por la aparición de puntos rojos, que pronto forman una superficie inflamada, cubierta de pequeñas vesículas, que dan lugar á dolores intensos. La mayor parte de las vesículas siguen su curso ordinario; pero otras adquieren mayor desarrollo, llegando á tener el de una ampolla globulosa del tamaño de una lenteja, cuyo líquido se enturbia, se hace lactescente, se concreta en una ligera costra, y deja una erosión dolorosa en el dérmis. Cuando estas vesículas flictenosas se hallan agrupadas en corto número en los miembros, y más rara vez en el tronco, constituyen el herpes flictenoides.

Si son más numerosas y forman una faja semicircular en el tronco, ya sea continua, ya constituida por varios grupos que indican la línea recta ó oblicua que tiende á rodearle, y todo acompañado y seguido de neuralgias intensas y pertinaces, la lesión toma el nombre de *herpes zona ó zoster*; finalmente, cuando en chapas inflamadas circulares, y limitadas por un rodeo elevado, se desarrollan intercaladas, ampollas repentinas y vesículas pequeñas, la lesión puede llamarse, imitando á Devergie, *penfigo herpetiforme*; aunque á decir verdad, se diferencia muy poco esta variedad del herpes flictenoides en grupos.

En estos casos, más bien que los sentidos, es la inteligencia la que presume el verdadero nombre de la enfermedad, porque la apreciación del objeto se halla entorpecida por multitud de obstáculos, y especialmente entre ellos por el aspecto de la erupción, que varía á cada momento por causas insignificantes.

(1) Los habones de la urticaria simple ó de la urticaria intermitente duran mucho menos tiempo que los del líquen urticado. Devergie considera á esta afección como simétrica. Este autor admite además dos formas papulosas compuestas, á las que llama *líquen exantemático* y *líquen herpetiforme*. Nosotros no las hemos visto todavía.

El primero, según Devergie, es frecuente: afecta la parte externa de los miembros en forma de placas redondeadas, diseminadas, segregantes; sobre todo al principio de la enfermedad, en cuya época exhalan (las pequeñas vesículas que la forman) una serosidad viscosa de la del eczema; después la serosidad se retiene poco á poco, y el estado papuloso se marca más distintamente.

El segundo se presenta en placas más perfectamente redondeadas y terminadas por un rodeo, sembradas de pápulas duras, numerosas, con ligera exudación y placas muy pronunciadas. (Devergie, pág. 492.)

4.° *Pústula tubérculo* (1). Esta lesion cutánea se vé tambien con mucha frecuencia en la práctica, constituyendo enfermedades de la mayor importancia por su gravedad ó por su rebeldía; dos modos diferentes conocemos de presentacion y desarrollo de la pústula tubérculo.

Unas veces aparecen tubérculos largos, indolentes, rojovinosos, agrupados pero distintos, y en su ápice se forma á los pocos días una pequeña pústula que se deseca á medias en una costra parda ó negruzca, por debajo de la cual se exuda una suies corrosiva, procedente de la ulceracion y destruccion de los tubérculos, y á veces de las partes que los rodean en mayor ó menor extension: cuando esto sucede, la afeccion lleva el nombre de *lupus exedens*; otras veces abre la escena una ó varias pústulas pequeñas, puntiagudas, colocadas entre los pelos de la barba ó atravesadas por ellos, que se secan en unas escamillas ténues y vuelven á reproducirse, dando lugar por último á tumefacciones circunscritas ó tubérculos profundos, que progresando la enfermedad se hacen superficiales, se ulceran y vuelven fungosos, lo que acontece en algunas especies del *sicosis ó mentagra* (2).

5.° *Escama vesícula*. Las vesículas propiamente tales, terminan desecándose en escamillas ligeras furfuráceas, que no son otra cosa que el epitelium que contenía el líquido, agrietado y seco; pero esto es muy distinto que la lesion que nos ocupa.

La escama vesícula, generalmente empieza por el desarrollo simultáneo de vesículas y de escamas alternadas; pero las segundas, en vez de estar secas y ser brillantes, están humedecidas por una exudacion abundante, procedente de ulceraciones debidas á la rotura de numerosos y pequeñas vesículas; y además de ser ménos adherentes y de mucho mayor tamaño que las del psoriasis simple, son de un color amarillento micáceo.

Esta lesion elemental puede recibir el nombre de *eczema psoriasiforme* ó *psoriasis eczematoso*; debiendo advertir, que

(1) Devergie admite, además de las formas pustulosas compuestas que he aquí indicamos, las siguientes: El *impetigo emetatoide*, el *ectimatoide*, el *psoriasiforme* ó *subtilis*, y el *repiforme* ó *superficial*.

El *impetigo emetatoide*, es el *ectima impetiginoso* ya descrito.  
El *impetigo subtilis*, es para él una erupcion con caracteres intermedios entre el *impetigo* y el *ectima*; sus pústulas son algo mayores que las del *impetigo*; tienen un punto negro central como las del *ectima*, pero ménos profundas. Su salida es tambien ménos profunda, lo que dá lugar á cicatrices ménos profundas; no sabemos hasta qué punto pueden autorizar estas diferencias para admitir este elemento.

El *impetigo repiforme* ó *subtilis* se confunde á menudo, segun el mismo autor, con el *lupus exedens*, y está caracterizado por pústulas mayores que las del *impetigo*, pero llenas de una serosidad viscosa, y mucho más crónicas y tenaces, aunque ménos rebeldes y ménos tan difusas como las de la *repia*.

El *ectima repiforme* ó *superficial* tiene, finalmente, por caracteres, pústulas más largas que las del *ectima*, y desarrolladas en lentos sucesivos, rodeadas de una areola roja-lilada de mal aspecto, y lina de una suela de pur y tomas que se resaca en contrastes insignificantes. (Devergie, obra citada, páginas 313, 320, etc.).

(2) En la mayoría de los casos, el *lupus* y la *mentagra* son lesiones compuestas, pero Devergie admite además la combinacion de ellas con el *impetigo*, herpes, etc., en lo que creemos se equivoca. Su *sicosis herpetiforme* es sin duda alguna el herpes circinado ó *tonsurante*, es decir, una especie ó variedad de las *ticis*.

aunque algunas veces se la vé formando círculos sanos en el centro, lo que ha dado motivo á Devergie para admitir un *psoriasis herpetiforme* ó *herpes psoriasiforme*, este modo particular de colocacion depende de la existencia de un filodermo, habiendo confundido este autor la *ticis tonsurante* con la lesion supradicha, que en nuestra opinion no existe. Tales son las formas elementales compuestas que hemos tenido ocasion de observar en las enfermerías de nuestro cargo en el Hospital de San Juan de Dios.

Casi siempre son crónicas ó inveteradas, y no es por lo tanto difícil verlas en la práctica.

Conocidas ya las formas elementales ó primitivas, simples y compuestas de las dermatosis, entremos en el estudio de la tercera clase de lesiones anatómicas de la piel.

#### (c) — FORMAS CONSECUTIVAS.

Llamamos formas consecutivas de dermatosis, á los resultados ó efectos, tanto inmediatos como tardíos ó lejanos, de las formas elementales ya descritas.

En realidad, las formas consecutivas inmediatas constituyen el período de declinacion de las formas elementales, al paso que las tardías ó lejanas se presentan despues de él, ya como medio curativo ó como reliquia ineludible, ya como complicacion nada favorable por cierto.

El modo de formacion de estas lesiones es variable.

Las inmediatas consisten en la concrecion, mediante la influencia del aire de los líquidos serosos, purulentos ó saniosos, contenidos en las formas ó lesiones elementales, y en las soluciones de continuidad del dérmis que suelen quedar debajo de estas concreciones.

Las tardías dependen de los infartos ó inflamaciones crónicas de la piel sobre la que existe ó existió la erupcion, y de las señales más ó ménos profundas, más ó ménos duraderas y permanentes que quedan despues del trabajo de reparacion, mediante el cual se cura ó desaparece la afeccion cutánea.

Las formas consecutivas se presentan con mayor frecuencia á la observacion de los prácticos que las elementales, porque generalmente cuando la erupcion empieza, no les llama á los enfermos la atencion tanto como cuando dá lugar á esas concreciones que les afean, á esas exudaciones que les debilitan, ó á esos estados dolorosos y repugnantes de la piel que exigen ya forzosamente los cuidados del médico por la gravedad, muchas veces aparente, pero real en otras, que les acompaña.

Esto hace que su estudio sea de la mayor importancia, porque casi siempre han de servirnos como datos para la semeiología, teniendo por consiguiente que fundar en ellos el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento. Alibert fundó además en ellas la nomenclatura de la ciencia, y aun hoy se oyen



con gusto y defienden algunos las denominaciones descriptivas y pintorescas que este sabio dió á la mayor parte de las afecciones cutáneas.

Nuestro contemporáneo Devergie se ha valido tambien de las formas que nos ocupan para establecer su clasificación semeyótica, ó sea su método de diagnóstico genérico.

Nosotros admitiremos cuatro formas consecutivas de dermatosis, á saber: costras, úlceras, hipertrófias, y cicatrices. Las exudaciones serosas, purulentas, saniosas, etc., son fenómenos que acompañan á las dos primeras, y no deben por lo tanto constituir una forma independiente.

#### 1.ª COSTRAS.

El sentido comun explica perfectamente lo que es costra; pero en nuestra opinion debe restringirse la significacion de esta palabra, limitándola á las *concreciones de los líquidos contenidos en los granos eruptivos húmedos*; de modo que siguiendo esta idea, sólo pueden ser consecutivas á las formas elementales simples, vesiculosas, pustulosas, ampollas y forunculosas, á las formas elementales compuestas de algunas de las anteriores, y raras veces á los abscesos dérmicos y á ciertas especies de acné.

Los granos ó dermatitis secas, las pápulas, habones, escamas, tubérculos, manchas y tumefacciones de la piel, no dan lugar á costras, á no estar combinadas con alguna de las húmedas, ó haber una causa exterior que las produzca artificialmente como sucede en los pruriginosos, que al destruir rascándose las pápulas características del mal, dan salida á pequeñas gotas de sangre, que se desecan en una costra negruzca. Por estas razones, tampoco debe llamarse costra á la eminencia fútil que no se origina de pústula, como se creyó en otro tiempo; pero es tal la costumbre adquirida de llamarla así, puede que por no caer en el descuido de llamarla pústula favosa, que acaso pronunciemos alguna vez la palabra que nuestra inteligencia rechaza. Los caracteres de las costras dependen de la naturaleza y caracteres de los líquidos ó exudaciones que las constituyen al secarse, así como de la forma, tamaño y modo de evolución de las formas elementales.

Las costras que siguen á las vesículas ó granos serosos pequeños (herpes, eczemas, miliar, etc.), son tambien pequeñas, circulares, delgadas y blancas en la circunferencia como si fueran escamas, algo más gruesas, prominentes y ligeramente amarillas en su centro.

Las que siguen á las pústulas psidriadas son pequeñas y cónicas, cuando aisladas; de un color amarillento, rodeadas de humedad que las hace brillantes y deformes, cuando se aglomeran; grandes, deformes tambien y parecidas á la miel, en otros casos. Lo primero se observa en el impétigo simple; lo

segundo en el eczema impetiginoso; lo tercero en el impétigo figurato. Las costras de las pústulas flicazadas (ectima, viruela, etc.) son grandes, aisladas, circulares, de un color amarillo-parduzco, con un punto negro central, y líneas sanguinolentas en lo restante de su masa.

Las que siguen á las ampollas pueden ser grandes, lamíneas y blanquecinas (pénfigo), ó deformes, elevadas, de color de sangre negra coagulada y rodeadas de una exudación saniosa (rupia). Las costras del acné sebácea son grisáceo-parduzcas, poco elevadas, pequeñas y adherentes. Las que siguen á ciertos forúnculos y abscesos dérmicos, son purasanguinolentas.

#### 2.ª ÚLCERAS.

Puede decirse, por regla general, que las úlceras, cualquiera que sea su clase ó su naturaleza, van precedidas siempre de un grano más ó ménos húmedo, y de una costra de condiciones variables que las cubre en su principio. Sin meternos en la teoría de la ulceracion, que no es de este sitio, por más que pueda incluirse en otros capítulos de nuestra ciencia; sin enredarnos tampoco en la definicion y division de estas soluciones de continuidad, y dejando á un lado la parte semeyológica de las úlceras, sólo debemos decir aquí cuatro palabras acerca de las diversas circunstancias que las acompañan cuando siguen á las formas simples ó compuestas elementales.

Algunas lesiones simples, como la rupia y el ectima, van siempre acompañadas de úlceras, cualquiera que sea su naturaleza ó la causa que las produce. Son circulares, profundas, rodeadas de una aréola violada de fondo rojo-oscuro sanguinolento, que exuda un líquido sanioso, cuyo contacto va corroyendo las partes próximas y agrandando la úlcera, que sin embargo de esto, dejada á sí propia, no causa dolores ni alteraciones notables de la sensibilidad local (picor, escozor, etc.).

Las úlceras que siguen al pénfigo son escoriaciones ó denudaciones del dérmis, que se presenta á la vista rojo, inflamado y doloroso. Generalmente son aisladas, discretas y pequeñas, á no ser consecutivas al pénfigo crónico, en cuyo caso son mayores, ménos inflamadas, más profundas, y tienen más exudacion y ménos dolor.

El eczema, el impétigo, la viruela, suelen dar lugar á escoriaciones (algo profundas en la última); pero que no se aprecian por lo comun, á no quitar intempestivamente las costras que las preceden, porque coincide su cicatrizacion con la caída de la costra, que sirve á la primera como de apósito natural.

Las úlceras forunculosas son profundas, sinuosas, deformes, formadas por un tejido eminentemente vascular, de un rojo vivo, y en cuyas mallas suelen encontrarse restos blan-



ros, filamentosos, del tejido anteriormente esfacelado. El todo de la úlcera está rodeado de una areola erisipelatosa difusa.

Las formas compuestas húmedas originan úlceras con mucha frecuencia, y con especialidad el tubérculo-pústula, que constituye el *lupus exulans*. Estas úlceras tienen por carácter más notable la rapidez en la destrucción de los tejidos, sin ser copiosa la exudación purulenta, y además los que dependen de su especial naturaleza.

Otras formas compuestas, como el eczema impetiginoso crónico, el psoriasis eczematoso, y el pénfigo herpetiforme, pero especialmente las dos primeras, sobre todo cuando existen en los extremos inferiores, dan lugar á úlceras asténicas, que se han confundido con las que Richerand llamaba atónicas, ó de las piernas de los trabajadores.

El syccosis tuberculoso presenta tambien fangosidades ulcerosas bastante características. La tercera forma consecutiva de dermatosis que admitimos, son:

### 3.ª HIPERTROFIAS.

Conviene no confundir estas hipertrofías consecutivas, con las hipertrofías primitivas de la elefantiasis árabe y las localizadas en el escroto, pene, clitoris, grandes labios, etc., que hemos colocado entre las tumefacciones de la piel como formas elementales simples.

Si no bastasen para distinguir las consecutivas los antecedentes de la existencia repetida de erupciones crónicas en el punto hipertrofiado, quedaria siempre un carácter constante y perfectamente visible aun para el ojo menos ejercitado.

Con efecto; el color y el aspecto exterior de la piel en las hipertrofías primitivas, en nada difiere del normal, al paso que están muy cambiados en las consecutivas (1).

Las erupciones crónicas repetidas pueden dar lugar á cicatrices, y aunque no las produzcan, á una inflamación crónica del dérmis, que se presenta injectado, tumefacto y cubierto por un epidérmis tirante, liso, sin surcos de ningún género; lo que le dá un aspecto lustroso y en ocasiones brillante; comprimiendo con el dedo desaparece algo la inyección; pero raras veces se ocasiona dolor, aunque haga poco tiempo que desapareció la última erupción.

El sitio preferente de las hipertrofías de que hablamos, es la piel de la totalidad de las piernas y parte dorsal de los pies.

Hemos visto muchas veces estas hipertrofías, verdaderas inflamaciones crónicas del dérmis sin erupción; pero siempre consecutivas á dermatosis crónicas que han durado muchos

años, ó que se han repetido accasionalmente por la primavera ó por el otoño.

Las hemos mejorado con la compresión gradual, sin conseguir nunca que desapareciera totalmente el aumento de coloración; y si el remedio antelicho dejaba de usarse, sobrevenia casi siempre un brote eruptivo psoriasiforme ó eczematoso.

No es necesario que acompañe á estas hipertrofías un estado varicoso; pero es frecuente que así suceda, sobre todo en las personas de una edad avanzada.

### 4.ª CICATRICES.

La última forma consecutiva que admitimos, son las cicatrices. El conocimiento de sus caracteres es de suma importancia para la semeiología.

Hay algunas erupciones que, ya que no dejan en pos de sí señales profundas, dejan manchas más ó menos tenaces, que debemos en realidad considerar como cicatrices de las capas medias ó profundas del epidérmis, en las que la única alteración apreciable es la de un aumento ó una disminución del pigmentum. Tanto estas cicatrices epidérmicas ó mucososas, como las dérmicas ó verdaderas cicatrices, son consiguientes á todo brote eruptivo seguido de *escoriación notable* ó de *verdadera ulceración*.

Todas las formas *accas* de dermatosis, las tumefacciones, habones, pápulas, escamas y manchas exantemáticas (1), carecen de estas reliquias, porque no se ulceran ni producen escoriación notable en el dérmis. Las cicatrices son subsiguientes sólo á las formas *húmedas*, siempre que den lugar á esas ulceraciones ó exulceraciones, y á los *tubérculos*.

Limitando poco á poco el terreno en donde deben fundarse los juicios, se puede, dada una cicatriz, averiguar con grandes probabilidades la lesión que la dió origen, y reuniendo estos datos con otros propios de la semeiología, encontrar tambien su naturaleza, es decir, además de la lesión, la enfermedad.

El acné y las vesículas (herpes, eczema simple, varicela miliar, sudamina, etc.), en virtud de la ley expresada, aunque son húmedas, no son causa de cicatrices; pero todas las demás formas, tanto simples como compuestas, dejan señales más ó menos duraderas, á no intervenir, para que otra cosa suceda, la naturaleza del mal (2).

Las cicatrices maculosas del eczema impetiginoso y del impetigo figurata, son pequeñas, redondas aisladamente, deformes en su conjunto, de un color moreno que se extingue len-

(1) En las *accas* inflamatorias agudas, que tanto suelen repetirse en algunas formas de elefantiasis árabe, hay tambien aumento de coloración; pero cuando el *accas* vuelve la piel á quedar con la normal. En la hipertrofia consecutiva se mantiene la inyección, *haya ó no* erupción.

(2) Excepciones de las formas *accas* los *tubérculos*, que producen deformidades y verdaderas cicatrices sin necesidad de ulcerarse en la lepra tuberculosa, y *shorins* en el *lupus* sífilítico. El *lupus exulans* ó *escoriación* no es excepción, por no tener forma elemental compuesta húmeda.

(3) Mas adelante veremos que el *herpetismo* y el *eczema*, en sus manifestaciones crónicas, no dan lugar á cicatrices aunque *accas* húmedas son dermatosis, porque en dos tiempos *hacen* á ulceraciones por sí solas.

tamente, aglomeradas en puntos limitados ó en uno sólo. Las acompaña en su principio una sensación especial de aspereza y dureza de la piel, que comprende todo el sitio que ocupó la erupción, y parece como si uniera en una sola las pequeñas motas cicatriciales, cuyo color es algo más subido que el fondo también morvino en que descansan.

Las del impétigo sparsa son redondas, aisladas, del mismo color, bastante difuso en su circunferencia, y ocupan con preferencia los miembros abdominales.

Las del ectima y la rupia son ya verdaderas cicatrices, porque son consecutivas á la destrucción más ó menos profunda del dérmis, y se presentan, si la ulceración ha sido muy extensa, con líneas alternadas blancas y rojas que simulan vasos superficiales, pero que no lo son, porque la presión no hace desaparecer esta inyección aparente.

La naturaleza del mal modifica en mucho los caracteres de estas cicatrices, no sólo en su coloración definitiva, sino en su alteración y profundidad, y en su forma (1).

Una cosa semejante sucede en las consecutivas á los tubérculos y á las formas tuberculosas compuestas.

Concluida la exposición sucinta de las formas consecutivas, hemos terminado también el estudio del primer grupo de síntomas de las afecciones cutáneas, es decir, las lesiones anatómicas de la piel; pero esta menbrana nos suministra otros que, sin ser eruptivos, no dejan de ser importantes, y se refieren á las alteraciones del modo de funcionar de todos y de cada uno de los órganos que contiene.

## SEGUNDO GRUPO.

### LESIONES Ó ALTERACIONES DE LAS FUNCIONES DE LA PIEL.

Las lesiones funcionales del tegumento externo no son siempre, como las anatómicas, síntomas objetivos, palpables ó visibles para el profesor: son algunas veces subjetivos ó de relación; pero tanto en uno como en otro caso, tienen más importancia, si cabe, que las formas de las dermatosis, cuando se trata de buscar en ellos los signos diagnósticos, pronosti-

cos y terapéuticos, tal y como nosotros los entendemos, es decir, los juicios que debemos formar para llegar á conocer la naturaleza del mal y sus medios adecuados de tratamiento.

Consecuentes con los principios de fisiología cutánea que manifestamos en uno de los capítulos anteriores, dividiremos estos síntomas ó lesiones funcionales en cuatro grupos, según dependan de las funciones de sensación, de las de circulación, de las de absorción, exhalación y calorificación, ó de las secreciones.

#### (A) LESIONES DE LA SENSIBILIDAD CUTÁNEA.

Los síntomas nerviosos que nos presenta la piel son todos subjetivos, y debe por lo tanto prevenirse el médico para no dejarse engañar en los casos especiales en que pueda sospechar ó temer un artificio. Tienen relación con las dos funciones sensitivas que desempeña la piel, la general y la especial ó táctil, pero principalmente con la primera.

Con efecto; la sensibilidad cutánea puede disminuirse hasta su abolición parcial pero completa, y puede por el contrario aumentarse hasta el último límite del dolor. La anestesia es rara, pero se la vé acompañando á ciertas manchas ó tubérculos y á otras enfermedades propias de los centros nerviosos.

La hiperestesia comprende diversas gradaciones del dolor y sensaciones especiales, que más bien se comprenden que se definen, y que se conocen con los nombres de tensión, picor, ardor, escozor, etc.

La *tensión* es una sensación dolorosa, sorda, continua, que se aumenta por el movimiento, por la presión ó el simple contacto con otro cuerpo, acompañada de peso, y en la cual la parte afectada está como tirante y sometida á una presión que obra como de dentro afuera. Acompaña al primer período de las inflamaciones agudas de la piel, como la erisipela, el pénfigo, la viruela, etc.; y cede luego que éste ha pasado, siendo sustituida por otra sensación especial, según cual sea su clase ó la forma de la dermatosis.

El *picor* es una sensación especial, dolorosa si es intensa, cruel si es continuada, y tolerable para algunos si es ligera ó fugaz, que va acompañada de una inquietud general y de una inclinación instintiva á frotarse ó rascarse el sitio en que reside, con lo que se siente cierto placer por mitigarse aquél ó convertirse en otra sensación preferible.

Acompaña á la mayor parte de las erupciones, especialmente si son papulosas ó vesiculosas en todos sus períodos; y á las pustulosas, eritematosas y ampollas en el último, ó sea cuando se convierte en costra ó en escama. También acompaña á todos los parásitos, á los habones, y algunas veces al acné.

La causa del mal influye mucho en las excepciones de estas reglas generales.

(1) El Dr. Behr, de Viena, admite siete formas consecutivas de dermatosis ó *glirescencias*, y son: *Escarificadas*; *Úlceras escitadas*; *Fleuras*; *Escaras*; *Cóstris*; *Cóstris leucinas*, y *Cicatrías*. En la página 21 de la traducción francesa, que ha hecho Dugay de su obra, se lee lo siguiente:

«Las particularidades de forma de cicatrías cicatrías, dependen más de la naturaleza del mal que las produce la piel de estancía, que de las circunstancias que han acompañado á la cicatrización.

De aquí resulta, que la cicatría no presenta ninguna señal positiva que permita establecer con certidumbre la naturaleza del mal que la ha ocasionado.

En otros términos, no hay cicatrías características.»

A pesar de la respetable opinión del Dr. Behr, no dudamos en asegurar la certeza, seguras de que el autor citado habrá cometido muchas veces que una cicatría era escarificada ó escitada, ó que una señal determinada del mismo era consecuencia del carácter simple ó del indurado. Esto no se quita á su primer párrafo, que está en armonía con el segundo, la importancia que seguramente tiene, sino advertir que este último es demasiado absoluto.



El *ardor* es también una sensación especial, caracterizada por la percepción de un aumento local de temperatura incómodo, que estimula á buscar ó descansar tópicos frescos y á huir del calor, que le aumenta ó le transforma en otra sensación más penosa. Unido á la tensión, se le vé en las inflamaciones agudas del dérmis y en las quemaduras.

El *excozor* es una variedad de dolor, que se presenta cuando se pone en contacto del aire atmosférico el dérmis desprovisto de su epidermis, ó cualquier otro tejido más profundo; por eso acompaña á todas las heridas y quemaduras, y al primer periodo de las úlceras, exceptuando las atónicas, cualquiera que sea su causa. En éstas también se presenta después de las cauterizaciones, ó de la aplicación de los tópicos irritantes que se emplean para su curación.

El *dolor* es propio de las afecciones agudas, especialmente del zona, pero influye en él mucho la naturaleza del mal.

La *tensión* y el *ardor* son fenómenos inflamatorios y dependientes del aflujo sanguíneo, que hasta para explicarlos satisfactoriamente.

El *excozor* debe consistir en la acción físico-química de oxígeno sobre los filetes terminales de los nervios, puesto que no se observa en las heridas subcutáneas.

El *pícor*, que en algunos casos parece dependiente de una titulación ó ligero roce de ciertos seres vivos y móviles con las extremidades de los filetes nerviosos, es efecto en otros de la inculación de ciertos venenos animales, ó de ciertas sustancias irritantes; pero es hasta hoy desconocida su causa en la mayor parte de las dermatosis, pues no está en relación con el grado de inflamación, ni con la forma bajo la cual se presenta, sino con la naturaleza del padecimiento (1), como probaremos más adelante. ¿Consistirá en la composición de las exudaciones que se fraguan en la superficie del dérmis, y en su contacto con las asas nerviosas de las papilas?

Respecto al *dolor*, nada podremos añadir á lo que se sabe por la fisiología, en asunto de suyo tan difícil de resolver.

El *tacto* sufre alteraciones cuando la dermatosis estorba la aplicación inmediata del órgano táctil sobre los objetos, ó cuando ha llegado á producir trastornos notables en la textura de la piel, hipertrofiándola ó endureciéndola.

Su teoría en estos casos, lo mismo que en aquellos de que se ocupa la patología interna, es bien fácil de comprender.

#### (B) LESIONES DE LA CIRCULACIÓN CUTÁNEA.

La circulación capilar del dérmis se altera notablemente en el curso y como consecuencia de las afecciones cutáneas.

(1) Si el *pícor* siempre pica, es porque no pueden producirse más que afecciones constitucionales que producen *pícor* en todas sus manifestaciones cutáneas, ó causas externas directas ó indirectas que obran de un modo manifiesto ó químico. El *pícor* no pica siempre, y lo mismo sucede en las demás formas de las dermatosis.

Estas alteraciones van siempre acompañadas de cambios de coloración que nos las ponen de manifiesto, y que varían según el grado de la inflamación y la cronicidad del padecimiento. Aumentándose la circulación, resultan dos clases de síntomas apreciables, el rubor y la extravasación.

El *rubor* depende de la acumulación ó del éxtasis del líquido sanguíneo en los capilares; y según sea una ú otra la causa (causas que corresponden á los fenómenos patológicos de la congestión ó inflamación), el rubor desaparece ó sólo disminuye por la compresión.

Acompaña á casi todas las dermatosis agudas, formando por sí sólo algunas de ellas. El eritema, la erisipela, los exantemas y pseudo-exantemas pueden servir de ejemplo; pero además se le observa en las aréolas inflamatorias que rodean ó que sirven de base al herpes, al eczema rubrum, al ectima y al *pénfigo* agudo.

La *extravasación* ó hemorragia intersticial de la piel se diferencia del rubor en que no desaparece ni disminuye por la presión, y constituye por sí sola la púrpura, las petequias, los trombus ó cardenales.

Las erupciones crónicas ó inveteradas dejan en pos de sí, además de la hipertrofia de que hablamos no hace mucho, dependiente de la inflamación crónica del dérmis, un aumento de circulación que se manifiesta por un estado intermedio entre el rubor y la extravasación, y que tiene algo de ambos síntomas porque apenas disminuye con la presión, es más oscuro que el rubor, y más difuso ó ménos limitado y circunscrito que la hemorragia. Este síntoma le vemos con mucha frecuencia en la práctica, ocupando con preferencia los miembros torácicos y abdominales.

#### (C) LESIONES DE LA RESPIRACIÓN Y CALORIFICACIÓN CUTÁNEAS.

Dejando para un momento después las secreciones, que á pesar de ser funciones respiratorias, merecen una separación á la que dá motivo su importancia sintomática, y cifándonos sólo á la absorción y exhalación, fácil nos será presumir y áon asegurar *á priori* lo que se observará en la piel, cuyas funciones absorbentes y exhalantes se trastornen, ya coincida esto con dermatosis más ó ménos graves, ya independientemente de ellas.

Prescindiendo de hablar de lo que sucede en el cólera y en otras enfermedades que influyen poderosamente (1) en la ab-

(1) Un profesor español ha presentado hace poco tiempo á la Real Academia de Medicina una Memoria interesante, en la que trata de probar que el cólera es una afección cutánea, y que el no aparecer ésta en la piel, es la causa de la mortalidad. Sin entrar despreciable, sino por el contrario, digna de estudio esta opinión, nos parece hoy por hoy hipotética ó no probada, pues las erupciones que hacen visto sobreviniendo al cólera después del primer período del cólera han sido verificadas, unas producidas por el excozor malol (malumina artificial), otras por los fricciones á aplicaciones irritantes, que por necesidad á sólida provocación se man en tan grave dolencia (ligam, plávido artificial).



sorcion y en la exhalacion cutánea, porque no es propio de este lugar, debemos hacer mención de la expresion fenomenal respecto á estas funciones, cuando existen erupciones cutáneas.

La piel alterada por ellas ni absorbe ni exhala, ó lo hace incompletamente, y de aquí el que cuando la afeccion es antigua sea negruzca y carbonosa la sangre de los capilares, lo que dá lugar á esa coloracion ó tinte especial que hemos considerado como un estado intermedio entre la extravasacion y el rubor. Una aplicacion de sanguijuelas en la parte afecta pondrá ésta de manifiesto, sobre todo si se pueden hacer comparaciones con otra emision sanguinea local en un punto sano.

La sangre, pues, de la parte afecta se altera, y á la larga sufre tambien la totalidad del liquido nutritivo, como se indicó al hablar de la fisiología de la piel, lo que puede tambien averiguarse por medio de una sangría general.

La calorificación, aumentada notablemente en las dermatosis agudas ó inflamatorias, y en el origen de los brotes sucesivos de las crónicas, disminuye en éstas cuando son inveteradas, y sobre todo muy húmedas ó exudativas, no siendo raro el ver algunos enfermos de eczema crónico y extenso de las piernas, ó de pénfigo crónico generalizado, con gran frialdad general, no sólo sensible para ellos, sino para el profesor.

Excusamos decir que este sintoma es más marcado en las gangrenas de la piel.

Algunos opinan que los olores especiales que acompañan á algunas dermatosis, dependen de la exhalacion de ciertos gases por la superficie cutánea; pero en realidad proceden de la descomposicion de los liquidos segregados, que se concretan y modifican por el contacto del aire, ó de la presencia de vegetales parásitos, sobre todo si están éstos mezclados con otras exudaciones.

Pueden servirnos de ejemplo el olor especial de la tiña fávosa y tonsurante, el del eczema escrofuloso de la cabeza (tiña amiantácea de Alibert), el del impétigo capitis, el del eczema escrotal, el de las afecciones todas exudativas de las piernas, etc., etc., la mayor parte de las cuales tienen su origen en la secrecion sebácea alterada. Se han comparado con mayor ó menor exactitud á otros olores, como el de ratones, de orina, etc.; pero basta percibirlos una vez para no olvidarse de ellos, al paso que no son suficientes muchas descripciones para darlos á conocer.

#### (D) LESIONES DE LAS SECRECIONES CUTÁNEAS.

Las alteraciones de las secreciones cutáneas que pueden manifestarse como síntomas, se refieren al sudor, al flujo sebáceo, á los pelos y á las uñas. Tambien el epidermis y el pigmentum dan lugar á varias manifestaciones sintomáticas.

4.ª *Alteraciones del sudor.* Aunque por lo común se presentan como efecto ó como sintoma de enfermedades viscerales graves, tambien suele ocurrir verlas acompañando á las dermatosis y como resultado de ellas, sin que por esto neguemos su esencialidad, es decir, el que puedan presentarse independientemente de los estados patológicos antedichos.

La cantidad de la secrecion sudorípara puede ser tan insignificante que sea tenida por nula, ó tan abundante que llame la atencion y produzca trastornos de gravedad.

La falta de secrecion lleva el nombre de *anidrosis*, y el exceso de secrecion el de *epidrosis*; pudiendo ser ambas generales ó parciales, segun sea la totalidad ó una parte de la piel el sitio de estas lesiones funcionales.

La anidrosis parcial la vemos constantemente seguir á las erupciones crónicas ó á las destrucciones profundas del dérmis por ulceracion, herida, quemadura, etc. En este caso se explica por la destruccion de los folículos, y porque éstos no vuelven á desarrollarse en el espesor del tejido cicatricial.

Cuando es consecutiva á erupciones crónicas, generalmente ocupa el sitio en que existió un eczema crónico, enfermedad ó lesion que pareco tener su asiento en los folículos del sudor. Sea que la inflamacion los destruya, ó sea que los inutilice para ejercer sus funciones, ello es que la piel se presenta seca, árida, tirante y reluciente, sin surcos ni orificio alguno de los que se observan en el estado normal.

La anidrosis generalizada á toda la extension de la piel es muy rara; casi siempre que se presenta es efecto de afecciones profundas, graves y agudas; pero algunas veces se observa como resultado de dermatosis secas y generalizadas, el psoriasis inveterado, por ejemplo, la lepra vulgar, la tuherculosa, etc.

Los sudores excesivos ó *epidrosis* se presentan acompañando á la miliar, á la sudamina, á las fiebres eruptivas, al pénfigo y eczema agudos y generalizados; pero en el mayor número de casos, sobre todo cuando son parciales, dependen de afecciones viscerales que no debemos citar en este sitio (1).

Los caracteres físicos y químicos del sudor tambien se alteran, ya de un modo esencial al parecer, ya acompañando á dermatosis, ó bien por enfermedades internas.

Las alteraciones de su olor, *osmidrosis*, son muy frecuentes hasta en el estado de salud más completa. En cada individuo puede decirse que es diferente el olor de la secrecion sudorípara, que tampoco es igual en todas las regiones del cuerpo; pero hay ocasiones en que es tan repugnante, que debe considerarse como una verdadera enfermedad, que exige el uso de remedios no siempre seguidos de resultados felices. No necesitamos ciertamente citar ejemplos de este sintoma que observamos muy á menudo en la práctica y en el

(1) Úntase esta y varias cosas de epidrosis mencionadas en el tomo V, página 211 y siguientes, á la cual remitimos al lector que desea mayores detalles.

trato social, que acompaña á la fiebre urínosa y purulenta, á la tisis y á otras enfermedades, y que es muy común vaya unido á ciertas dermatosis húmedas, como el eczema y pénfigo crónicos, cualquiera que sea su causa ó su naturaleza. Verdad es que el olor que se percibe en estos casos puede atribuirse á la exudación morlosa de la erupción; pero para nosotros, en los casos citados, esa exudación está formada en su mayor parte de sudor alterado.

Los ejemplos de osmidrosis localizadas esenciales podrían ser tan numerosos como quisiéramos; pero no creemos de una necesidad absoluta enumerarlos (1).

Las alteraciones del color de la secreción sudorípara pueden ser igualmente generales ó locales, esenciales ó sintomáticas de dermatosis ó de enfermedades internas del hígado, de los pulmones y de otras vísceras. Algunas pueden atribuirse al uso de ciertas sustancias metálicas solubles, venenosas ó medicamentosas.

Los sudores verdes ó azules (*chromidrosis*), los rojos ó sudores de sangre (*hematidrosis*), los amarillos, negros, etc., están probados hoy por observaciones, aunque escasas, bien recogidas; mas su historia debe referirse con mejor fundamento á las alteraciones químicas del líquido traspirado.

Éstas son muy variables, y como las físicas, pueden acompañar á dermatosis por lo común constitucionales y provocadas por remedios internos (oro, plata, cobre, mercurio, yodo), no siendo difícil encontrarlos por un análisis minucioso del sudor. Este líquido puede ser ácido, alcalino, azucarado, calcáreo, etc.; pero estas circunstancias, importantes para la semeiología, no lo son tanto en este momento. Baste saber que acompañan frecuentemente á dermatosis húmedas, y que será fácil reconocerlas con los papeles reactivos apropiados.

2.ª *Alteraciones de la secreción sebácea.* El humor sebáceo sufre transformaciones especiales en algunas variedades del acné.

La cantidad de esta secreción es á veces tan considerable, que dá un brillo á la piel, perceptible desde mucha distancia, y si la tocamos resbalan nuestros dedos como en el tegumento del negro ó del etíope de más pura raza. Es frecuente verla concretarse en una sustancia negra (melastearrea, acné punctata, etc.), que en ocasiones se endurece muchísimo y se adhiere á la piel, formando escamas ó dando lugar á prolongaciones cóncavas por su mezcla con las células del epitelium.

Finalmente, dentro de un saco glandular queda muchas

veces retenida, sufriendo modificaciones en su composición química, y mezclándose con células de pus, de epitelium ó de epidermis, y en ocasiones con pelos y otros cuerpos extraños [acné umbilicada ó tuberculosa].

*Alteraciones de la secreción de los pelos.* Si en las demás secreciones cutáneas hemos podido admitir lesiones funcionales sin alteración anatómica visible de las glándulas, en el caso presente casi todas las causas obran sobre el tejido de los folículos encargados de la secreción del pelo; en algunas ocasiones, sin embargo, falta esta lesión, y los cambios que se observan son dependientes pura y simplemente del aumento, disminución ó trastorno de la función secretoria.

La *hipertricosis* ó excesivo desarrollo del número y tamaño de los pelos depende, más que del aumento de vitalidad de los folículos, de su cantidad ó de su abundancia: puede ser general, como se observa en ciertos sujetos muy velludos, y aun en mujeres robustas y muchas veces estériles; ó parcial, constituyendo los nevos pilosos, especies de lunares ó manchas en las que se inserta un mechón de pelos numerosos, largos y gruesos. El desarrollo general, la pubertad, la herencia, son las causas más abonadas del síntoma cutáneo que nos ocupa.

La falta de actividad en la secreción de los pelos constituye la *atricosis* ó *madarosis*, en las cuales pueden incluirse la calvicie y la alopecia, que sólo se diferencian en que en la primera la caída del pelo es total en el sitio que ocupa, y en la segunda es parcial. Tal vez fuera mejor que llamásemos calvicie á la caída natural ó espontánea de los pelos, y alopecia á la pérdida del cabello ó del vello por la acción de causas externas.

De todos modos, y cualquiera que sea la causa, bien sea el curso de la edad, las afecciones morales, las enfermedades ó fiebres graves, la sífilis, el herpesismo, la tña, la erisipela, etc., etc., su modo de obrar consiste en debilitar ó destruir el órgano secretor, y alguna vez en estorbar solamente el buen desempeño de su función.

Los cambios de coloración de los pelos, cualquiera que sea la causa remota productora, tienen que depender del trastorno funcional de los folículos, en cuya papila dejan de depositarse ó de excretarse glóbulos pigmentíferos, como sucede de un modo general en el albinismo, y parcialmente en el vitiligo, afecciones que son coetáneas en la piel, y en sus apéndices; pero la canicie es casi siempre efecto de la debilidad ó atonía folicular.

El cambio de coloración que se observa en los pelos corroides por los vegetales parásitos, debe depender igualmente de la debilidad y del obstáculo que éstos oponen al ejercicio funcional de las glándulas.

Hay una lesión especial del sistema piloso, la plica, en la cual, aunque se encuentran estos vegetales, no sólo no hay

(1) En la misma obra se citan varios ejemplos verídicos, y entre ellos el que refiere Mr. Esquirol, de un joven que exhibió en olor anómalo de uno de sus miembros, refractario á todos los remedios, y que desapareció después de una enfermedad febril. Nosotros hemos visto recientemente á un oficial del ejército afectado de osmidrosis rebelle y muy repugnante. Consideramos el padecimiento como una manifestación reumática, y á beneficio del bicarbonato de sosa, á alta dosis, y de baños y lociones con disoluciones de la misma sustancia, conseguimos en poco tiempo librarle de una molestia que creía incurable.



debilidad, sino que por el contrario toman los pelos un desarrollo verdaderamente monstruoso (1).

Tales son los principales síntomas que el aparato piloso puede presentar á nuestra observación.

Respecto á las uñas, las vemos igualmente débiles ó atrofiadas, hipertrofiadas y encorvadas ó alarquilladas, pudiendo cambiar algo de dirección introduciéndose lateralmente en la piel que la rodea, lo que constituye el onixis, uñero ó uña encarnada, efecto muchas veces de causas locales, y no pocas del vicio sífilítico.

Finalmente, el epidermis presenta como síntomas las verrugas, los callos y el ictiosis, cuyas lesiones no necesitan definición, ni debemos ahora detenernos en su estudio.

### TERCER GRUPO.

LESIONES SIMPÁTICAS, SINTOMÁTICAS Ó COEXISTENTES EN OTROS ÓRGANOS Ó TEJIDOS, PERO DEPENDIENTES DE LA MISMA CAUSA PRODUCTORA DE LA AFECCIÓN CUTÁNEA, Y TENIENDO CON ELLA RELACIONES MARCADAS POR LA SIMULTANEIDAD Ó ALTERNATIVA DE PRESENTACIÓN.

Si las lesiones cutáneas constituyesen siempre por sí solas la enfermedad, estaba demás el que nos ocupásemos ahora de las lesiones de otros órganos, y podría decirnos que nos salíamos del terreno de nuestros estudios especiales para invadir el de las generalidades de la ciencia médica.

Esta objeción queda deshecha, en cuanto sea posible al que la hiciere, comprender el modo de existencia bajo el que pueden hoy admitirse las especialidades, cuya separación de la patología general sólo es convencional ó aparente, pues era, es y será imposible y verdaderamente utópico, el separar dos partes de una misma ciencia, enlazadas por su objeto, por su tecnicismo y por su filosofía, á no ser de la manera citada.

La dermatología forma su campo aparte en la observación minuciosa y detallada de las alteraciones cutáneas; pero no se aísla cuando quiere formar juicios, sino que por el contrario, busca y debe buscar en todo el organismo lo que se relacione con los síntomas que estudia en la superficie del cuerpo, los trastornos simpáticos ó sintomáticos que éstos pueden á su vez ocasionar en otros puntos, y las lesiones coincidentes ó coexistentes, producto de una causa común, general ó generalizada.

Los principales fundamentos de nuestra semeiología cutánea, estrictan precisamente en estos hechos que parecen estar fuera

de los límites impuestos á la dermatología; pero fácilmente se comprende que el que sólo vé síntomas en las dermatosis (en la mayor parte), es justo que para elevarse á la noción de enfermedad los reuna con otros, vengan de donde vengan, para que de su conjunto, de su síndrome, sea posible el juicio filosófico. Por no llevar la escuela inglesa este camino, ha caído en errores trascendentales, dando lugar á que se tomara por causa de dermatosis una afección visceral, por ejemplo, que era uno de tantos síntomas ó uno de los muchos trastornos producidos por una causa más general que tenía manifestaciones en varios puntos del organismo.

En el estudio semeiológico es donde podríamos manifestar con hechos la verdad de nuestro aserto; porque hoy, tratando de síntomas, sólo nos es permitido citarlos sin darles significación etiológica: pero hemos creído necesario anticipar estas ideas para que no choque la colocación de ciertos fenómenos que se presentan lejos de la piel, en el estudio sintomatológico de las dermatosis. Aun hay otros motivos para hacerlo así, y son la coexistencia de las erupciones cutáneas con las de las membranas mucosas; la relación íntima que ambas tienen con las afecciones nerviosas y viscerales y las lesiones orgánicas, y la imposibilidad que hay de fundar un juicio diagnóstico acertado, prescindiendo de alguno de estos términos del problema.

Ahora bien, los síntomas de estos órganos ó tejidos que tienen con los de la piel relaciones de causalidad y coexistencia, pueden ser muy numerosos. Nosotros los dividiremos en seis grupos principales, según se presenten en las membranas mucosas, en el sistema vascular sanguíneo, en el linfático, en el nervioso y en las vísceras, ó bien en cualquiera punto del cuerpo, constituyendo las lesiones llamadas orgánicas, ó las manifestaciones locales y profundas de esas enfermedades constitucionales conocidas con el nombre de diátesis.

#### (A) LESIONES DE LAS MEMBRANAS MUCOSAS.

Las lesiones de las membranas mucosas que tienen relación más ó menos íntima con las lesiones de la piel, son tan numerosas, que no se explica hayan estado tanto tiempo desconocidas, sin definir ni clasificar.

Pueden ser de tres clases; inflamaciones ó catarros, erupciones y ulceraciones, y áun podríamos añadir una cuarta clase que comprendiera los parasitismos ó los cuerpos extraños anidados que en ellas se implantan.

*Inflamaciones ó catarros.* Nada más común que este síntoma como fenómeno coincidente de las lesiones cutáneas, y siendo efecto de la misma causa que aquellas.

Ejemplos bien palpables tenemos en el sarampión, la viruela y la escarlata, y no creemos que nos negará nadie en estos casos el derecho que nos asiste para incluir en la derma-

(1) Entre las lesiones de secreción de los pelos, pueden incluirse el triquiasis y el districiasis, enfermedades que afectan los bulbos de los pelos, dando la primera mala dirección á estos apéndices, y presentándose en dos filas en la uña.



tología estos síntomas, sin los cuales sería muy difícil en su principio el juicio diagnóstico (4).

Los catarros pueden ser generales, es decir, pueden tener asiento en la totalidad de las mucosas, ó por el contrario, estar limitados á una pequeña parte de ellas.

Los catarros generales son los de las fiebres eruptivas; respecto á los localizados, se ven diariamente en las mucosas de las aberturas naturales, por propagarse á ellas la inflamación que rodea á una dermatosis más ó menos próxima.

Muchos habrán visto, por ejemplo, el catarro palpebral ó pálpbro-ocular, que acompaña á un pitiriasis ó á un eczema que ocupa la piel de las proximidades del ojo; el catarro nasal ó coriza, la estomatitis y otitis catarrales, que acompañan á las dermatosis agudas de los sitios próximos; y aunque en los demás no se hayan fijado, es indudable que existen afecciones catarrales de la uretra, de la vulva, de la vagina, de la matriz, de la laringe, de los bronquios, de la faringe, del estómago y de los intestinos; unas veces agudas, otras crónicas, en relación muy íntima, no con la forma, sino con la naturaleza de las dermatosis coexistentes, ya sean herpéticas, escrofulosas, sífilíticas ó reumáticas, ya tuberculosas, mucromos, y parasitarias ó difterias.

Los catarros crónicos enlazados con dermatosis por relaciones de causa ó de proximidad, tienen un curso semejante al de éstas. Unas veces son constantes, perennes, verdaderamente crónicos, como la afección cutánea de igual índole, y esto es lo común, si es mucha la antigüedad del padecimiento; otras, el catarro tiene, como la erupción, brotes sucesivos, cada vez más frecuentes pero de forma aguda, que haciéndose también cada vez más largos, acaban por enlazarse constituyendo un todo continuo, ya de forma crónica, circunstancia que observamos como regla en las dermatosis constitucionales, y que existe también en otras enfermedades propias de la patología interna.

**Erupciones.** Créese vulgarmente que son raras las erupciones de las membranas mucosas, pero es porque no se ven ó porque no se quieren ver. Algunos han admitido el herpes del glande, de la vulva y del cuello del útero, y han concedido la propagación á las mucosas de la boca, de la nariz y de los párpados, de las dermatosis que se presentan al rededor ó en la proximidad de estas aberturas naturales; pero en todas las mucosas pueden presentarse.

Véase la lengua y la garganta á un sarampiñoso en los primeros días de invasión del padecimiento, cuando todavía no están estos órganos uniformemente enrojecidos, y se observarán en ellos manchas rojas, pequeñas, circunscritas, idénti-

cas á las que existen en la piel; ¿no se han visto las pústulas variolosas en la boca, en la lengua y en las fauces, así como en la mucosa vaginal, uretral, palpebral y nasal?

¿De qué pueden depender en la viruela esos grandes fenómenos gástricos que parecen en su principio predominar sobre los otros, y que son á esta fiebre eruptiva lo que al sarampión los catarrales?

Háganse autopsias en los que mueren en este primer período, cuando apenas asoma la erupción cutánea, y se verán las pústulas en la mucosa gástrica; y lo mismo sucede en la escarlatina ó fiebre escarlatina, carácter notabilísimo de las llamadas fiebres exantemáticas que por sí sólo basta, científicamente hablando, para aislarlas en un grupo perfectamente natural.

También se observan erupciones artificiales, como las pústulas estibiadas en las mucosas de las fauces y aun del estómago en los pulmonarios tratados por el método contraestimulante ó de *Rasori*, y en todas las que se quieren producir á voluntad con los medios mismos que las originan en la piel por su acción local ó general.

Las erupciones más frecuentes y sin embargo menos apreciadas de las mucosas, son el eczema, el ectima, el impétigo, y esas inflamaciones glandulares comparables, aunque no semejantes, al acné de la piel. Las lesiones intestinales de la disenteria ó enteritis follicular, sin que por esto pueda creerse que constituyen toda la enfermedad, son erupciones de la membrana mucosa.

El eczema y el herpes son muy frecuentes en el velo del paladar, en las fauces, en la laringe, en la vulva, en el prepucio y en el cuello del útero, coexistiendo á veces varias de estas localizaciones internas con las externas ó cutáneas.

El impétigo y el ectima son muy comunes en la mucosa de las fosas nasales, y no es raro observar el primero en ciertas oftalmías.

La naturaleza de la causa influye poderosamente en los caracteres de las erupciones internas, lo mismo que en las dermatosis.

¿Existen erupciones análogas ó parecidas á las cutáneas en todas las demás membranas mucosas?

Hoy por hoy, faltan hechos prácticos que lo demuestren, y sólo por fundadas analogías podemos creer que existan, cuando vemos que dan lugar á síntomas relacionados con los que aparecen en la piel de una manera constante. ¿Dependerá de esta circunstancia la idea de la retropulsión, tan admitida por el vulgo? Es lo probable.

Las escomas no se presentan nunca en las membranas mucosas; en cambio son muy frecuentes los tubérculos, cualquiera que sea la causa que los produzca simultáneamente en la piel, pudiendo añadirse que, tanto la lepra como la escrófula y la sífilis, enfermedades de que son síntoma, los desarrollan en el tegumento interno con tanta frecuencia como en el externo.

(4) No siempre son cubiertos simples ó inflamaciones difusas de las mucosas, las que acompañan á los exantemas citados. Es más común, como decíamos más adelante, que la erupción cutánea se vea repetida con todos sus caracteres en el tegumento interno; pero en ocasiones no existe libre manifestada, y debemos sólo mirar á la lesión que se presenta á simple vista como un catarro.

**Ulceraciones.** Las ulceraciones de las membranas mucosas acompañan muy á menudo á dermatosis de causa constitucional escrofulosa, leprosa, sífilítica, cancerosa, muermosa, epitelial, etc., etc.

Su sitio preferente es el de las aberturas naturales, y su curso crónico, como el de las enfermedades de que son síntoma; pero no sólo se presentan en estos puntos, sino también en la faringe, en el exófago, estómago ó intestinos, y en las vías aéreas y genito-uritarias, como lo demuestran á cada paso las autopsias, y el examen clínico puede también hacer sospechar en muchos enfermos.

Hoy nadie duda que la sífilis y la escrófula, por ejemplo, pueda dar lugar á ulceraciones de la faringe y de los bronquios; que el cáncer pueda presentarse en la mucosa del estómago ó de otra viscera, á la par que en la piel, y que en el periodo ulcerativo de la lepra sufran las mucosas en general ulceraciones gravísimas por lo extensas y desorganizadoras.

(B)—LESIONES DEL SISTEMA VASCULAR SANGÜÍNEO.

Aunque no tanta como las vísceras, no es la piel la que tiene ménos influencia en las alteraciones simpáticas ó sintomáticas de la circulación general y de la circulación capilar. La misma causa de la dermatosis puede además originar lesiones graves de los centros circulatorios, de cuyo hecho nos ocuparemos al tratar de las lesiones viscerales, aunque lo mismo pudiéramos, sin faltar á la lógica, hacerlo en este sitio.

**Fiebre.** La circulación general se altera, si no en todas, en muchas dermatosis, y el modo más común de alteración es la fiebre, que unas veces las precede y otras las sigue y acompaña, según la naturaleza del mal.

Ejemplos de ello tenemos en los exantemas, en los brotes agudos del eczema, del impétigo, del ectima, del pénfigo, de los habones, de los forúnculos y abscesos dérmicos, por poco generalizados que sean ó independientemente de su causa.

Las dermatosis crónicas perturban la circulación de una manera distinta, y en casi todas pueden observarse la frecuencia y pequeñez del pulso, efecto de la debilitación general y de la lesión funcional respiratoria de la piel.

Algunas fiebres, además de las eruptivas, suelen acompañar á las dermatosis, y siendo efecto de igual causa general ó constitucional; tales son las fiebres graves pestilenciales, tifóideas, carbunculosas, etc., y las artificiales debidas al uso de ciertos medicamentos venenosos.

**Varices.** La circulación capilar se perturba también por efecto de las dermatosis ó de su causa, y los troncos venosos próximos á los sitios enfermos aumentan su diámetro y pierden la elasticidad de sus tónicas, constituyendo varices más ó ménos considerables, según la cronicidad del mal y el sitio que ocupa.

La dilatación de los vasos capilares en los puntos de residencia de una dermatosis crónica es un hecho demostrado por numerosas autopsias; y en cuanto á las varices verdaderas son muy frecuentes en las piernas y en el ano, constituyendo hemorroides, cuyo estudio pertenece á la dermatología, en cuanto tenga relación de causalidad morbosa con las afecciones cutáneas coexistentes.

El eczema es la afección cutánea que se vé más favorecida con el acompañamiento de las varices; pero en esto como en todo influye mucho la causa del mal, siendo posible ver enfermedades al parecer ligeras y de corta duración que presentan varices, y otras más graves y crónicas que no las tienen, por ser poco propensas á ellas las enfermedades constitucionales de que las dermatosis son síntomas.

No queremos exagerar tampoco la influencia de la causa, pues basta que un líquen, que un eczema ó que un simple eritema de las piernas se haga crónico para desarrollar un estado varicoso, más ó ménos permanente ó transitorio (1).

(C)—LESIONES DEL SISTEMA VASCULAR LINFÁTICO.

Las lesiones del sistema linfático, que son sintomáticas de las dermatosis ó de su causa, pueden reducirse á tres; la adenitis ó infarto simple agudo, la angioleucitis, y los infartos crónicos de los ganglios linfáticos.

**Adenitis.** Es raro que acompañe á las dermatosis, á no intervenir una causa específica; pero algunas veces se observa en la inmediación del eczema ó del impétigo, y sólo por propagación de inflamación. El ganglio inflamado forma en estos casos una tumefacción difusa (por confundirse con el infarto de la piel), dolorosa, con aumento de calor, etc.; el tamaño que llega á adquirir la glándula inflamada es poco considerable, y rara vez termina por supuración ó por inflamación crónica, pues como efecto de dermatosis aguda tiene un curso rápido, y se resuelve prontamente á beneficio de los antiflogísticos que se emplean.

**Angioleucitis.** En las dermatosis agudas, sobre todo si son específicas ó virulentas, se ven esas líneas rojas, duras, que siguen la dirección de los vasos linfáticos superficiales del tronco ó de los miembros, y que son efecto de su inflamación. Generalmente van á parar á un ganglio inflamado, y se hallan en la inmediación de un eczema, de un impétigo, y más comúnmente de un ectima, de un flemon ó de un forúnculo. Su curso siempre es agudo, cualquiera que sea su causa, y termina por resolución, ó dando lugar á un flemon difuso subcutáneo que produce un absceso de la misma clase.

**Infartos ganglionares crónicos.** La inflamación ó infarto

(1) Las erisipelas repetidas, las flictenas rebeldes y las grandes cicatrices pueden también dar origen, independientemente de su causa.



crónico de las glándulas linfáticas es muy frecuente, y sirve de un precioso signo diagnóstico para las dermatosis coincidentes. Sólo causas específicas (escrófula, sífilis, muermo, lamparones) pueden darles origen, y nunca son efecto simpático ó sintomático de las dermatosis por su influencia inflamatoria ó puramente local.

(D)—LESIONES DEL SISTEMA NERVIOSO.

Es tan frecuente la coincidencia de las afecciones nerviosas con las afecciones cutáneas, que parece imposible no haya chocado y haya pasado tanto tiempo desapercibida á la observación de los prácticos sin llegar á darla una significación filosófica.

La causa de este atraso depende sin duda de las ideas localizadoras que han reinado tiránicamente en la ciencia desde el origen de la especialidad. No haremos más que citarlas.

1.° *Neuralgias*. Aunque pueden ser efecto de la causa común de la afección cutánea, también pueden ser efecto local de ésta. El herpes zona, cuyo carácter esencial es la neuralgia, puede servir de ejemplo. El dolor que acompaña al cáncer no es en nuestra opinión más que una neuralgia que desaparece con la ablación de la manifestación cutánea cancerosa. En el primer caso, sin embargo, no sucede lo mismo, y la afección nerviosa persiste, aun después de sana la piel y curadas las costras consecutivas á las vesículo-ampollas del zona.

2.° *Satiriasis y minfomania*. Un eczema ó un herpes de los grandes labios, del prepucio ó de las membranas mucosas genito-uritarias, así como un liquen ó un prurigo de las mismas, sea su causa la que fuere, dan lugar á excitaciones tan fuertes como involuntarias de la sensualidad. Las erecciones que se observan en las blenorragias marcan la posibilidad de lo que decimos, y numerosos hechos prácticos que podríamos citar nos conducirían á la certidumbre. Es verdad que influye mucho la naturaleza de la erupción, porque es preciso que vayan acompañadas de picor; pero ello es que á consecuencia de dermatosis se presentan estas dos terribles perturbaciones nerviosas, que en vano intentaremos curar si no dirigimos nuestros tiros á la afección que las produce.

3.° *Insomnio y letargo*. El insomnio acompaña á todas las dermatosis cuyo dolor ó picor se exagera por las noches (cáncer, zona, herpétides, sarna), siendo tan terribles sus efectos como los de estas sensaciones pervertidas. El letargo también se presenta en ciertos exantemas agudos y en algunas afecciones filoparasitarias, como el *muguet*.

4.° *Marcos y alteraciones de los sentidos*. Estos síntomas se observan también en las afecciones cutáneas febriles y en la pelagra.

5.° *Epilepsia, manía, locura*. Hemos visto algunos enfermos de epilepsia coexistente con afecciones cutáneas crónicas, mejorarse con el plan que aliviaba la dermatosis, bien porque ésta fuese causa de aquella, bien porque ambas tuviesen una causa común. La manía y la locura de los pelagrosos es precisamente el síntoma más grave, pero más característico, del mal que les aqueja, y algunas veces las vemos también seguir á la desesperación que producen los picores terribles del prurigo, del eczema, etc., etc.

(E)—LESIONES ORGÁNICAS.

Las lesiones orgánicas profundas que, teniendo relación con las externas, se suelen observar simultáneamente con ellas, son el cáncer, los tubérculos, los tumores fibro-plásticos, los lamparones, el sífiloma y la melanosis.

Nada más común que la coexistencia del cáncer profundo con el de la piel, circunstancia que por lo mismo no nos entretendremos en probar.

En las raras veces que se han desarrollado los tubérculos en la piel ó en el tejido celular subcutáneo, siempre se han visto al mismo tiempo en alguna víscera importante. Los tumores fibro-plásticos son aislados en muchas ocasiones, pero en otras no.

Los lamparones presentan sus tumores especiales entre las vísceras del pecho, al mismo tiempo que en los ganglios y en la piel del cuello.

El sífiloma y la melanosis de las partes profundas se han visto acompañar á la sífilis y á la melanosis externa (1).

¿Es de extrañar que así suceda, siendo una la enfermedad?

(F)—LESIONES VISCERALES.

La mayor parte de los enfermos que padecen dermatosis crónicas é inveteradas ó incurables, mueren á consecuencia de lesiones también crónicas y poco francas, por la rareza de su curso y de su sintomatología, de vísceras importantes. Lesiones de corazón y de los pulmones de diagnóstico oscuro, hipertrofías ó inflamaciones crónicas del hígado, del útero y de los riñones, catarros ulcerosos é hipertróficos de la vejiga, del estómago y de los intestinos, meningitis crónicas lentas intermitentes en su curso, con ó sin locura sintomática, con-

(1) En la lámina de sífilis hepática que publicamos con los detalles histológicos de los gomas del hígado, del pulmón y de todos los ganglios, puede verse de una manera prietas la coexistencia del sífiloma y de la melanosis con la sífilis ulceroza de las piernas que padecía el enfermo objeto de la observación.



gestiones y apoplegias, tales son las causas más frecuentes de la muerte en estos sujetos. El que siga desde el principio hasta el fin la historia patológica que presentan á la observación científica, encontrará desde luego la relación estrecha que une á todas estas lesiones entre sí, por más que aparezcan como de naturaleza diferente, y sin necesidad por cierto de buscar estas relaciones en el hecho poco frecuente de la retro pulsión ó de la metástasis.

Los hechos que lo prueban son infinitos; pero lo que hacía falta era caracterizar esas lesiones profundas por su naturaleza, para que pudieran ayudarnos en el diagnóstico de las dermatosis y vice versa; diferenciarlas entre sí y de las lesiones francas de esos mismos órganos ó vísceras enfermas, y

ver de sacar partido de ese estudio para el tratamiento de todo el conjunto morboso (1).

Se necesitan muchas observaciones completas, es decir, seguidas de autopsias minuciosas, para llegar al objeto deseado; pero el bello ideal se realizará, siquiera no veamos próximo el día en que esto suceda.

Como resumen de las ideas expuestas, y para que sea posible con una rápida ojeada recordar lo dicho acerca de la anatomía patológica de la dermatosis, ponemos á continuación los cuadros sinópticos siguientes:

(1) Véase nuestra Memoria sobre el herpesismo, en el libro del Congreso médico de 1904.

# CUADRO 1.<sup>o</sup> LESIONES ANATÓMICAS DE LA PIEL.

## (A) FORMAS ELEMENTALES SIMPLES.

		Aguda..... (Simple..... Específica..... Crónica.....	
1.ª Tumección de la piel.....	Diffusa.....		Erisipela. Carbunco y pústula maligna. Eclodermia. Elefantiasis de los árabes. Hipertrofia ó elefantiasis del escroto, labios, brazos, etc. Tumores vasculares, verrugas, vegetaciones, lupias, etc.
	Circunscrita.....		Liquen. Príngido. Pápula inicial del chancro. Pápulas mucosas.
2.ª Pápulas.....	Elevación circunscrita, pequeña, puntiaguda, con exudación ligera en su ápice que se concreta en escamilla, entre línea y línea y media de ancho, con picor.....		
3.ª Habones.....	Elevación ancha, pesadamente, blanco-rojiza que desaparece por la presión, rodeada de aréola congestiva roja, con gran picazón y síntomas generales que remiten ó exacerban con la erupción.....		Urticaria. Etilia. Vegetaciones. Lupus. Lepra. Furunculosa. Grano de Alepo. Chancro. Cancroide ó epiteloma.
4.ª Tubérculos.....	Tumores pequeños, duros ó blandos, superficiales, circunscritos, permanentes, que supuran parcialmente, mayores que las pápulas; otras veces son profundos, otras blandos, pero nunca pican.....		
5.ª Eminencia acnéica ó criptosa.....	Tumor del tamaño de un cañamón, duro, profundo y elevado sobre la piel, rojo, con pústula en el ápice ó un orificio, lleno de una sustancia sebacea filamentosa.....		Acne pustulosa. Acne indurata. Acne rosacea. Acne subequea. Acne varioliforme.
6.ª Erucción y sursos acarianos.....	Sursos ó conductos flexuosos, de media línea á una pulgada, abiertos por un extremo, de dirección cruzada á los sursos normales, frágiles en el mismo epidermis. Su cara exterior es furfúrica con agujeros respiratorios. Pasan á veces por encima de pápulas ó de vesículas. Se ensanchan en un extremo formando la eminencia acariano.....		Sarna papulosa. Sarna pustulosa.
7.ª Eminencias tifosas.....	Con forma umbilicada, amarilla, atravesada por pelos, colocada entre dos láminas del epidermis, enclavable y con caracteres microscópicos de esporas vegetales..... Con forma vesículo-acneosa en círculos poco elevados y caracteres microscópicos de vegetal..... Con forma escamosa irregular y caracteres microscópicos diferentes de la anterior..... Con aglutinamiento ó hipertrofia de los pelos..... Blancas, laminares, parecidas á las falsas membranas del crop ó garrotillo.....		Tiña favosa. Tiña tonsurante. Tiñas pelada y vesicular. Pílea polaca. Difteria cutánea.
8.ª Forúnculos.....	Tumor duro, inflamatorio, profundo y saliente ó puntiagudo, rodeado de aréola erisipelatosa, que termina por escape del tejido celular-adiposo y se abre por varios orificios insensibles.....		Divieso y orejuela. Avispero ó antrax. Miliar. Sudamina. Varicela. Eczema. Herpes.
9.ª Vesículas.....	Elevaciones epidermicas pequeñas como canchales de alfiler, llenas de un líquido seroso que se deseca en escamas delgadas ó costras pequeñas, de curso agudo aunque con brotes sucesivos, que no dejan cicatriz al desaparecer, pero si duran ó hipertrofia.....		
10. Ampollas.....	Elevaciones epidermicas grandes, redondeadas, llenas de un líquido seroso, purulento ó sanguinolento, de tamaño variable entre un guisante y media naranja.....		Plafigo. Rupia.
11. Pústulas.....	Elevaciones pequeñas, circunscritas, llenas de pus, que se concreta en costra de color variable, agrupadas ó aisladas, con ó sin aréola inflamatoria.....		Chancro simple. Viruela. Vacuna. Ectima. Impétigo.
12. Abscesos dérmicos.....	Elevación formada por pus contenido en las mallas del dérmis, y cuyo contenido no se trasparenta como el de las ampollas.....		Abceso dérmico. Albunismo. Viriligo. Escarita. Eritema, erisipela. Sarampión, roséola, albuginosa. Ila, púrpura. Etilides, pitiriasis versicolor. Pitiriasis. Psoriasis. Lepra vulgar. Icteis.
13. Manchas.....	Falta general de coloración ó pigmentum..... Falta parcial..... Coloración roja general..... Coloración roja parcial..... Coloración roja puntada..... Coloración de café con leche.....		
14. Escamas.....	Láminas epidermicas secas, delgadas, blancas, brillantes, adherentes, sin excreción al tacto, previa, aunque sobre piel inflamada..... Secas, gruesas, imbricadas ó superpuestas como las de los pecados y sobre piel no inflamada.....		

## (B) FORMAS ELEMENTALES COMPUESTAS.

1.ª Pápula-habón.....	Pápula permanente en el centro de un habón fugaz.....		Liquen urticado.
2.ª Vesículo-pústula.....	Vesícula de eczema, de las cuales algunas se convierten en pústulas de impétigo.....		Eczema impetiginoso.
3.ª Vesículo-ampolla.....	Vesículas únicas ó aisladas y discretas que se acompañan de dolores neurálgicos y se convierten en ampollas.....		Herpes zona y flictenoides.
4.ª Pústula-tubérculo.....	Tubérculo profundo, pústula superficial encima de él, atravesada por pelos.....		Eryosia ó mentagra.
5.ª Vesículo-escama.....	Tubérculo superficial, que en parte supra formando una pústula con ulceración consecutiva.....		Lupus.
	Vesículas que terminan desecándose en escamas grandes unidas entre sí, simulando el psoriasis.....		Eczema psoriasiforme.

## (C) FORMAS CONSECUTIVAS.

1.ª Costras.....	Consecutivas á erupciones húmedas, á vesículas, pústulas, ampollas, acnes, ó forúnculos, vesículo-pústulas, vesículo-ampolla y pústula tubérculo.....	Las laminares y foliáceas á las vesículas y á la ampolla del plafigo. Las negruzcas, sanguinolentas, grandes, circulares, aisladas, elevadas en forma de pirámide con ulceración debajo, á la rupia y ectima. Las amarillas, pequeñas, aglomeradas, sin ulceración debajo, pero con exudación amarillina, al impétigo y al eczema impetiginoso.	
2.ª Úlceras.....	Consecutivas á la rupia, ectima, tubérculo, tubérculo-pústula, al forúnculo, chancro simple y sifilítico.....		
3.ª Hipertrofias.....	Consecutivas á erupciones muy crónicas, aunque no sean ulcerosas, diferentes de las lesiones primitivas por la coloración oscura de la piel que las acompaña.....		
4.ª Cicatrices.....	Consecutivas á las úlceras y dermatitis ulcerosas. (Rupia, ectima, lupus, tubérculos, forúnculos, etc., etc.)		

CUADRO 2.

Lesiones de las funciones de la piel y de los órganos en ella contenidos.

1.ª Lesiones de sensibilidad.....	General.....	Anestesia.....	Parcial completa. Parcial incompleta.
		Hiperestesia.....	Dolor. Neuralgia.—(Zona). Tensión.—Inflamación. Picazón.—Inflamación exudativa. Ardor. Esconor.—Ulceración. Pérdida del tacto.
	Esencial ó táctil.....		
2.ª Lesiones de circulación.....	Anemia.....		
	Congestión ó hiperemia.....	Generalizada.....	Exantemas congestivos. Pseudo exantemas congestivos.
	Inflamación.....	Localizada.....	Exantemas y pseudo exantemas inflamatorios.—Dermatitis por varias causas.
	Extravasación.....	Púrpura.—Dermatografía. Petequias.—Trombas.	
	Infarto crónico.....	Congestivo. Inflamatorio.	
3.ª Lesiones de la respiración y calorificación cutánea.....	Exalaciones gaseosas.—Olores especiales, de ratón, de orina.		
	Reanimación de la absorción cutánea.		
	Carbonización de la sangre de los capilares.		
	Disminución del calor.—(Gangrena, anestesia, etc.) Aumento del calor.—(Inflamaciones y congestiones.)		
4.ª Lesiones de las secreciones cutáneas.	Sudor.....	Anidrosis (falta) parcial ó generalizada. Eidrosis (exceso) ó hiperidrosis. Oxidrosis (mal olor) parcial ó generalizada. Hematidrosis (rojo ó de sangre). Crematidrosis (color verde ó azul). Galactidrosis (sudor lácteo). Uridrosis (sudor urínico).	
		Humor sebáceo.....	Seborrea ó flujo sebáceo.....
			Oleosa, acné punctata, miliar, tuberculosa, molluscum.
	Pelos.....	Disminución. Hipertricosis (exceso). Alopecia ó madarosis (defecto). Canicie. Alteraciones del color. Alopecia. Plica.	
		Uñas.....	Onixia. Exceso ó falta de crecimiento. Encarnamiento.
		Epidérmis.....	Callos. Verrugas. Leíosis.

CUADRO 3.ª

Lesiones anatómicas y funcionales simpáticas y sintomáticas de la afección cutánea ó sólo coincidentes pero de la misma naturaleza, y que deben estudiarse para establecer el diagnóstico de la unidad morbosa.

1.ª Lesiones de las membranas mucosas.....	Inflamaciones ó catarrros. Erecciones.
2.ª Lesiones del sistema vascular sanguíneo.....	Fiebre. Varices.
3.ª Lesiones del sistema vascular linfático.....	Adenitis. Angioleucitis. Infartos ganglionares crónicos.
4.ª Lesiones del sistema nervioso.....	Neuralgias. Zátrasis y rinfomanía. Insomnio y letargo. Marcos y alteraciones de los sentidos. Epilepsia. Manía y locura.
5.ª Lesiones orgánicas neoplásicas ó heteroplásicas....	Melanosis. Cánceres. Epiteliomas. Tubérculos. Tumores fibro-plásticos. Lampanones. Sifilomas. Degeneración grasosa y amiloidea de las vísceras.
6.ª Lesiones viscerales no bien caracterizadas de.....	Corazon. Estómago y pulmones. Hígado. Bazo. Riñones. Vejiga. Estómago ó intestinos. Cerebro y médula espinal. Músculos (atrofia progresiva).



## VII.

Si del estudio de los síntomas y de las lesiones pasásemos al de las afecciones y enfermedades de la piel, sin registrar la historia de la ciencia y las opiniones diversas que acerca de este punto han reinado en ella, sería muy difícil que pudiéramos hacernos comprender.

Cuando un ramo de los conocimientos humanos está formándose, y carece, por consiguiente, del completo de datos que necesita para la síntesis, no se puede expresar de una manera inteligible el estado actual de la ciencia, sin dar á conocer el origen y los progresos sucesivos de la misma.

Al hablar de las lesiones, vimos confundidas á éstas con las enfermedades, en la época enciclopédica de la Medicina, dividiendo sólo como norte para el porvenir la idea de Hipócrates, que las dividió en unas de causa externa y otras de causa interna, y el cuaternon de Galeno, adaptado á la explicación de todas ellas, con el simple criterio de la hipótesis.

Los árabes reunieron ya en un grupo perfectamente natural los exantemas ó fiebres eruptivas; pero aunque hicieron algunos descubrimientos de importancia, como el ácarus, no supieron encontrar las relaciones que éste pudiera tener con la enfermedad á que dá margen, y por lo tanto no crearon el grupo de los parasitismos, que es la conquista más notable de los tiempos modernos.

Las afecciones y enfermedades cutáneas han seguido en confusa mezcla con las lesiones hasta hoy mismo; pero en el siglo pasado y en el presente se han ido estudiando con esmero, y poco á poco se han formado agrupaciones naturales, que uniéndose á la de los exantemas, constituyen ya una clasificación digna de estudio. Prescindiendo de Lorry, que reproduciendo las ideas de Hipócrates en el último tercio del siglo pasado, dividió las dermatosis en generales ó depuratorias y en locales, atribuyendo á las primeras el oficio de emunctorios destinados á expeler la materia morbilica, y dejando á un lado, pero con la veneración que se merece, al fundador de la especialidad, á Mercurial, que las dividió según el sitio que ocupaban, dos escuelas importantísimas, que hemos denominado en otra ocasión, la anatómica y la filosófica (1), han sido las primeras que con su lento trabajo de análisis, mezclado á veces con hipótesis y no pocos errores, han entresacado la verdad y preparado el terreno de la síntesis más general, aunque de seguro incompleta, que hoy poseemos.

La filosofía está representada por Bauné, y principalmente por Alibert y sus discípulos. La anatómica ó organizada, fundada en los trabajos histológicos de Brechet y Rousset, por Rosenbaum, Carlos Baron, etc.

Rayer, Cazenave, Hebra y otros que citaremos más adelante, han tomado de una y otra con su individual eclecticismo los fundamentos de sus nosologías, y preparado en gran parte el trabajo á la escuela etiológica de Hardy y de Guirac, y á la filosófica moderna del doctor Bazin, que es, en nuestra opinión, la que tiene reservado el dominio del porvenir, pero que no vemos inconveniente en unir á la etiológica, á pesar de la repugnancia de este último autor, porque sus diferencias son de detalle ó de forma, más que de fondo.

Estudiando brevemente cada una de estas escuelas ó cada uno de estos hombres, veremos cómo se han ido formando las ideas que hoy dominan en la ciencia, y cómo de sus luchas científicas ha resultado la admisión unánime, tácita ó manifiesta de agrupaciones morbosas naturales, fundamentadas en la naturaleza del padecimiento.

*Escuela filosófica.* Alibert es el fundador de la dermatología en Francia.

No es el fundador de la ciencia, considerada en general; no es el primero que reunió los elementos dispersos de la antigüedad, pues esta gloria debe adjudicarse á Plenck; pero fué el primero que en su país propagó los estudios dermatológicos, y el primero que en toda Europa los hizo filosóficamente, tratando de crear una ciencia, mientras las otras escuelas se contentaban con crear un arte.

A Alibert es preciso estudiarle en dos épocas diferentes de su vida, cuando joven y cuando viejo; es preciso leer sus dos obras de dermatosis, y no ciertamente porque apostatase en la segunda de los principios que sentó en la primera, sino porque desarrolla la misma idea de un modo diferente. Sus enemigos aplauden más la de su juventud: sus amigos elogian con entusiasmo la de su vejez. En su primera época empieza por admitir dos palabras convencionales, genéricas, colectivas, que sirven de base á su clasificación, y que han sido atacadas fuertemente y con justo motivo.

Llama tiñas á todas las afecciones de cualquiera naturaleza que sean, siempre que tengan su asiento en la cabeza, y dartos á todas las que ocupen lo restante del cuerpo; división y palabras que han sido atacadas con justicia, porque es muy frecuente la tiña en el cuerpo, y porque todavía es mucho más frecuente la existencia de los dartos, ó como diría el vulgo español, de los herpes en la cabeza.

Pero prescindiendo de estas voces convencionales, y sobre todo de los errores en que incurre para establecer los géneros, admite además varias clases de afecciones cutáneas, algunas de las cuales están perfectamente caracterizadas. Incluyendo las dos referidas, son once: tiñas, herpes, sífilides, canceroides, lepras, escrófulas, psoriasis, plicas, efilides, ictiosis y pians.

Los nombres que acabamos de citar, á pesar de los graves defectos de esta clasificación, ya suenan mejor seguramente á nuestro oído, porque vemos en ellos un sabor más filosófico que en los de la escuela inglesa, y porque, al oír algunos, nos

(1) Véanse nuestras lecciones de dermatología, pronunciadas en la Academia Médica-quirúrgica madrileña.

damos ya cuenta de la mayor ó menor gravedad de las enfermedades que indican, del curso que han de tener, y del tratamiento que hemos de emplear. Sólo nos queda una dificultad que vencer, y es, tener un conocimiento preciso de los caracteres objetivos de cada una de esas clases de enfermedades, y llegar á distinguir bien los géneros, las especies y las variedades que se crea conveniente admitir; pero esto, por desgracia, no lo encontramos en Alibert.

Este sabio dió la idea, pero no pudo llevarla á cabo en sus detalles.

Ha dado también á las especies dermatológicas denominaciones tan descriptivas y tan bellas, que parecía un delito el atacarla; pero detrás de esos nombres se ocultaba la confusión más deplorable de varias y aun de muchas afecciones cutáneas de naturaleza completamente distinta.

Los nombres de herpes escamoso-húmedo, de herpes crustáceo, de herpes flictenoides y otros mil, creados por el ilustre profesor que nos ocupa, eran voces colectivas, y con ellas sólo hacía una descripción del mal, sin explicar la naturaleza del mismo.

Alibert en su segunda obra no abandona la idea que le ha guiado en la primera; pero prescinde de sus antiguas agrupaciones, prescinde de algunas clases mal caracterizadas, y cambia por completo, no sólo los géneros y las especies, sino hasta el tecnicismo, ó el lenguaje de la ciencia.

Ya no se ven como en su primera nosología una clase que comprende por junto una sola especie, ó mejor dicho, una sola lesión cutánea, y otra clase que comprende multitud de enfermedades diferentes y heterogéneas.

Alibert, en su árbol de dermatosis, coloca doce grandes ramas, que para librarnos del lenguaje poético y figurado que usaba, llamaremos órdenes ó grupos, y son los siguientes:

**PRIMER GRUPO. Dermatitis eczematosa.** Este grupo, cuyo nombre ha sido mal escogido por Alibert, corresponde á las dermatitis ó dermatosis inflamatorias de otros autores, y comprende doce géneros: el eritema, la erisipela, el pónfigo, el zoster ó herpes zona de los modernos; la fliccia, que es el eczema de la escuela inglesa; el enlólisis, que es lo que conocemos con el nombre de urticaria; el epinitide, que no es más que una variedad de la misma enfermedad; el ololletide, que es el herpes de la escuela inglesa; el ofitide, que son las aftas; el pirofletide, que es la pústula maligna; y finalmente, el forúculo y el carbunco.

Prescindiendo de la rareza de algunos nombres, cuya creación no era necesaria, vemos que este grupo está bien caracterizado, y corresponde á algunos de los admitidos por dermatólogos modernos, entre ellos Cazenave, yendo la inflamación cutánea aumentándose en su intensidad ó en sus complicaciones desde el simple eritema al forúculo y á las dermatitis gangrenosas específicas, como el carbunco y la pústula maligna.

**SEGUNDO GRUPO. Dermatitis exantemáticas,** ó sean las fiebres eruptivas. En ellas admite este autor nueve géneros: la viruela, la vacuna, la clavelia, la varicela, el nife, que no es otra cosa que un sarampion papuloso, la reséola, el sarampion, la escarlatina y la miliar.

Este grupo, creado por los autores árabes, es muy natural; y prescindiendo de algunos detalles, se conserva hoy todavía como independiente, no sólo en las obras de dermatología, sino en las de patología general y patología interna.

**TERCER GRUPO. Dermatitis tífosas.** Las tífias eran para Alibert afecciones depuratorias, propias de la niñez, que tenían su asiento en la cabeza, y consistían en una inflamación crónica del tegumento craneal.

En este grupo, que sería también muy natural, considerado de la manera que hoy se considera, teniendo la palabra una significación precisa, la enfermedad caracteres bien marcados, y que uno de los alibertistas modernos, Duchesne du Parc, ha creído mejorar su denominación cambiándola por la de gurnas, comprende Alibert cuatro géneros: el *decora* (usagre y costra láctea en nuestro país), el *pórrigo*, el *favea* y el *tricoma*, ó *plica polaca*, que de la categoría de clase que tenía en su primera clasificación, descendió á la de género que tiene en la segunda.

**CUARTO GRUPO. Dermatitis dartrosas ó herpéticas.** Alibert comprende en este grupo perfectamente natural todas las afecciones esencialmente crónicas y dependientes de una causa interior, profunda, á la que llama vicio orgánico, afecciones de naturaleza especial pero desconocida, que ocupan generalmente grandes superficies, cambian de sitio ó de forma, recidivan con mucha facilidad, y son rebeldes á los tratamientos mejor combinados.

Esta definición puede hoy mismo conservarse, prefiriéndola á muchas otras modernas que se dan por mejores, puesto que expresa con claridad los principales caracteres del herpetismo; pero desgraciadamente el autor coloca entre los géneros, enfermedades que lo mismo pueden ser herpéticas que no serlo, y aun algunas que nunca lo son.

Los cuatro que en ellas admite son: 1.º, el *herpes*, que no es sólo como en la escuela inglesa una afección vesiculosa, sino que comprende el *eczema* y dos dermatosis escamosas, el *pytiriasis* y el *psoriasis* (1); 2.º, el *varus*, que es lo que llamamos *aene*; 3.º, el *melitrago*, que es el impétigo; y 4.º, el *estionemo*, que comprende las diversas especies de lupus.

**QUINTO GRUPO. Dermatitis cancerosas,** caracterizado por la formación de un tejido accidental que dá lugar á ulceraciones corrosivas, y que se reproduce después de la ablación; comprende para Alibert dos géneros: el *carcinoma* ó *noli me tangere*, y el *keloides*; y en verdad que poco más puede añarse.

(1) Los dartros de Hardy corresponden exactamente al herpes de Alibert.



dirse hoy á los caracteres y á la division de este orden de la clasificación que nos ocupa.

**SEXTO GRUPO.** *Dermatosis leprosas*; es decir, afecciones cutáneas graves, profundas, generalmente exóticas, que producen degeneraciones y ulceraciones gangrenosas, y terminan por la muerte, y en éstas admite cuatro géneros: el *leuce*, que es la lepra blanca de Moisés, afección que describe de oídas; la *gileptaxia*; la *elefantiasis* de los griegos y los árabes, y el *ralesige*, ó lepra del Norte; division de lepras aceptable, si se tiene en cuenta que aún hoy mismo es difícil reemplazarla, á menos de que no se prefiera hacer lo que Bielt, dedicarle á cada una de estas enfermedades un puesto separado é independiente.

**SÉPTIMO GRUPO.** *Dermatosis sífilíticas*; que comprende las sífilides y el mycosis, ó pian, es aceptado por todos los dermatólogos modernos; siendo de notar que el sabio Bielt, á pesar de seguir los principios de la escuela inglesa, no sólo le ha admitido sin prever lo ilógico de esta admisión que socavaba los cimientos de su edificio filosófico, sino que le ha dado con sus brillantes descripciones derecho de domicilio en la ciencia.

**OCAVO GRUPO.** Le forman las *dermatosis estrumosas* ó *escrofulosas*, en las que admite dos géneros: la *escrófula cutánea* y los *lamparones*; division incompleta, mal caracterizada por el autor, pero natural y admitida por la escuela filosófica contemporánea.

**NOVENO GRUPO.** *Dermatosis escabiosas*, ó afecciones cuyo sintoma predominante es el picor. Le constituyen dos géneros: la *sarna* y el *prurigo*, enfermedades de naturaleza muy diferente, por lo que han servido de motivo para fuertes y justas objeciones de los críticos, tanto amigos como enemigos del autor, y cuya agrupación sería sin embargo disculpable, atendiendo al estado de los conocimientos de su época, si no se hubiese separado en ella de la idea filosófica de su nosología.

**DÉCIMO GRUPO.** *Dermatosis hematóxicas*, ó *hemorragias cutáneas*. Le forman otros dos géneros: el *petiosis* ó *purpura*, y las *petequias*, y está admitido por todos los dermatólogos modernos, incluso Cazenave y Verregio.

**UNDÉCIMO GRUPO.** *Dermatosis discromáticas*, ó alteraciones del pigmentum, y en su consecuencia del color del tegumento externo, adoptadas con especialidad por los sectarios de la escuela anatómica, y en las que admite dos géneros: el *paño* ó *efélides*, y la *acromía* ó *vitiligo*; y finalmente, el

**DODÉCIMO GRUPO.** Constituido por las *dermatosis heteromorficas*, ó *incerta sedis*, llamadas así porque no pueden colocarse en los grupos anteriores, y que comprenden la ictiosis, el tilosis ó callos, las verrugas, las onicosis ó enfermedades de las uñas, la dermatolysis y el nevus.

Tal es la nosología de la segunda época de Alibert, ó sea su árbol de dermatosis.

Dirijamos una mirada sintética á las ideas y á la nosología

de este ilustre dermatólogo, lamentándonos de paso del poco aprecio que han hecho de él los modernos, que sin fijarse bien en las tendencias filosóficas de su maestro, le abandonaron para inscribirse bajo la bandera de otra escuela, cuyos defectos hemos manifestado.

Que la idea de Alibert era buena, nadie se atreve hoy á negarlo; que el llevarla á cabo con perfección era el bello ideal y el desideratum de la ciencia, nadie lo pone en duda; pero que el modo de desarrollarla su creador no ha sido feliz, todos están también conformes en ello.

¿Qué era lo que debían haber hecho sus discípulos? Corregir los defectos de detalle en que incurrió su maestro, y aprovechándose de los estudios de la escuela inglesa y de los trabajos micrográficos modernos, distribuir los géneros de una manera más acertada, suprimir los grupos que no tenían razón bastante de existencia, mejorar su tecnicismo, y dar forma, ilación y método á la brillante concepción del primer dermatólogo francés.

En vez de esto, los hemos visto significarse como enemigos irreconciliables, dispuestos, no á corregirle y mejorarle, sino á criticarle de una manera injusta, procurando hundir el edificio que á tanta costa levantara, para poner en su lugar el que fundaba Willan.

Aunque la escuela de Alibert no hubiera conseguido más que dirigir la atención de los prácticos hacia la investigación de la causa y naturaleza de las erupciones cutáneas, base principal de todo tratamiento, que es lo que más interesa á la humanidad, bastaba para preferirla á cualquier otra secta que no tuviera este objeto, por más que fuesen seductores sus trabajos, y admirables sus adelantos.

Precisemos, sin embargo, algunas de las objeciones más importantes que se la han hecho, y así podremos manifestar mejor el juicio crítico que de esta escuela hemos formado, despejando al mismo tiempo nuestra situación, que puede definirse del modo siguiente: no somos completamente alibertistas; pero creemos injusta la preferencia casi unánime de los modernos por la escuela de Willan.

La primera objeción que se ha sentado con ciertos visos de fundamento, es: «que los grupos no están bien caracterizados, ó lo que es lo mismo, que sus caracteres objetivos no son suficientes para distinguirlos.»

Esto no es cierto de un modo general, y sólo puede aplicarse á dos ó tres divisiones de poca importancia. Los exantemas, los dartros, las sífilides, los cánceres, las hemorragias, las discromías y hasta las lepras, tienen en este autor señalado un conjunto de síntomas bastante para conocerlos; y si esto no sucede en los demás, no olvidemos lo que puede pedirse á las ciencias cuando están en su infancia, y sobre todo lo que podemos exigir á un hombre, que es el primer explorador de un terreno desconocido.

Colon no pudo descubrir todos los pueblos del nuevo con-



tinente; pero bastante hizo con enseñar á otros el camino. La perfección relativa de las ciencias, es imposible en su principio.

Se ha criticado también á Alibert el que haya confundido en un mismo grupo enfermedades, no sólo de forma, sino de naturaleza muy diversa; y en efecto, le vemos colocar el lupus entre los dartros, el usagre entre las tiñas, el carbunco al lado del eczema, y el pródigo con la sarna.

Reunir enfermedades de naturaleza tan diversa es un error de fatales consecuencias, si no pudiera corregirse; y sin embargo, todavía encontramos en las mismas razones que ántes dimos, motivos de disculpa.

¿Cómo exigir de Alibert que separase la sarna del pródigo, cuando el descubrimiento de Avenzoar no había sido demostrado por Renacci, y estaba completamente olvidado? ¿Cómo exigir de Alibert, respecto á las tiñas, lo que hoy cuesta trabajo, después de los recientes descubrimientos de Gruby, Schenlein y Audouin, y los estudios micrográficos comparativos de Bazin, Lebert, Robin y Devergie?

Y respecto á la confusión de un mismo grupo de enfermedades de forma elemental diversa, la objeción es contraproducente y de ninguna importancia para la práctica de la medicina.

Nosotros, examinando un discípulo delante de un enfermo afectado de escrófula, de herpesismo ó de sífilis cutánea, le perdonaríamos el que ignorase si la erupción era un eczema, un impétigo ó un pénfigo; pero no podríamos disculparle si no conociese que se trataba de una escrófula, de una herpesíde ó de una sífilide.

La creación de nombres nuevos, tan difíciles de retener en la memoria como innecesarios, es la objeción más justa que se ha hecho á este célebre profesor.

Viendo la preponderancia que iba tomando la escuela de Willan, y la aceptación de su tecnicismo, quiso, por una de esas debilidades humanas tan frecuentes, no tomar nada de él, sin contar con que el lenguaje admitido es muy difícil de cambiar, y que sólo por esta circunstancia podían desacreditarse sus trabajos, como en efecto sucedió; pero si la vanidad muchas veces ciega, también el deseo de ser original en todo hace caer en el ridículo á los hombres más eminentes.

Otra observación de mucha importancia se ha hecho á la escuela de Alibert, y es, que ha clasificado unos grupos por la naturaleza del mal, y en la formación de otros se ha olvidado completamente de ella.

Así en efecto sucede en el 1.º, 3.º, 9.º y 12.º, ó sean las dermatosis eczematosas, tífosis, escabiosas y heteromorfas, y este será siempre el principal defecto de su nosología.

Algunos willanistas critican á Alibert porque se ha servido para la designación de las especies y variedades, más de las formas secundarias que de las elementales, según ellos las entienden; pero ya sabemos á qué atenemos respecto á este

punto; y aunque hubiera sido preferible que imitase á Willan, tampoco creemos que deban desecharse como inútiles las formas secundarias en todos los casos (1).

Bazin, finalmente, ha vuelto contra Alibert las mismas armas que esgrime contra los willanistas, diciendo que, como ellos, confunde la lesión con la enfermedad, reproche que tiene fundamento en muchos casos, pero del cual le creemos también disculpado, no por los hechos, sino por la intención, que seguramente se diferenciaba muy poco de la que guía actualmente al sabio reformador de la dermatología contemporánea.

En resumen, la gran figura de Alibert sobresaldrá siempre muchos codos por encima de la de sus discípulos y contemporáneos; su elevado talento, su elegante palabra, su genio creador, su recto juicio, y la belleza misma de sus observaciones, serán el mejor galardón de que pueda gloriarse la dermatología francesa; y su escuela, hoy resucitada con otro nombre, después de un abandono deplorable, será, como es justo, respetada á pesar de sus defectos, por haber sido la primera que introdujo en la ciencia el espíritu filosófico de que carecía.

La creación del grupo de las sífilides bastaría para eternizar su memoria, si además no hubiese admitido otros que, mejor comprendidos y estudiados, tienen hoy en ella su puesto definitivo.

Tales son los exantemas, las lepras, las escrófulas, los cánceres, los dartros, las discromías y las hemorragias.

Baumés de Lyon, que es otra de las grandes figuras de la escuela que hemos llamado filosófica, merece por su originalidad que nos ocupemos de sus ideas, fundadas *á priori* en un principio abstracto, creado por él, y que por lo tanto no existe.

Ignorando en su época la naturaleza de la mayor parte de las dermatosis, se creyó autorizado para crearla; pero juzgándolas á todas iguales, la creó única y la llamó *fluxion*.

«Llamemos, dice, *fluxion* á esa causa próxima, inmediata, incógnita de las dermatosis, á esa X de la dermatología, y con esta palabra convencional que nada significa ni prejuzga, dejemos á un lado muchas controversias, y podemos fundar la nosología.»

Los secuaces de Baumés han tomado por lo serio lo que su jefe mismo llamaba una creación ontológica, y para ellos las diversas especies de *fluxion* que admitía no son seres abstractos

(1) Las sífilides y las escrófulas retienen ó padecen, se designan generalmente por sus formas secundarias á por su aparición en el momento de observarse, á imitación de Alibert. Como la importancia es mayor si es sífilide ó escrófula, los autores ya no discuten sobre si siendo pustulosas deben llamarse impétigo, eritema ó sífilide pustulo-eritematosa etcétera.

Por otra parte, en estas dermatosis casi siempre las lesiones elementales son compuestas, y no es posible clasificarlas bien como lesiones, siguiendo las ideas de la escuela inglesa.

tos: son hechos verdaderos, palpables, concretos. En este error gravísimo, en esta hipótesis gratuita, descansa todo el edificio de la secta dermatológica de Baumés de Lyon.

Este autor siguió para la designación de los géneros y de las especies nosológicas, la tecnología de la escuela inglesa; ménos exclusivista que Alibert, al que hemos visto caer en el ridículo, creando una infinidad de nombres raros por no tomar nada de esa escuela, Baumés se aprovecha de lo que cree conveniente, pero dá y con razon poca importancia á estos detalles, que nada valen para la terapéutica, aunque pueden ser útiles á la semeiología, y forma con su ente imaginario, ó como él diría, con el *trabajo anormal* que produce la afección cutánea, siete clases diferentes de dermatosis.

La primera comprende todas las que proceden de una *fluxion* por causa externa, ó lo que es lo mismo, todas aquellas que deben su existencia á la accion directa sobre la piel, de las influencias ó agentes exteriores, sean éstos los que fueron, como por ejemplo la sarna.

La segunda, todas las dermatosis á que dá lugar una *fluxion* refleja ó simpática, es decir, todas aquellas que tienen relacion con afecciones viscerales más ó ménos graves y crónicas, de las cuales son solamente un epifenómeno simpático, como acontece en ciertas lesiones del hígado, del pulmón y del estómago (1).

La tercera clase la forman las afecciones cutáneas dependientes de una *fluxion trasladada*, palabra que representa la idea de una *crisis* ó de una *metástasis*, es decir, la traslacion de una fluxion interna á la piel, por cuya virtud se curan muchas afecciones viscerales, ó coden los fenómenos febriles, como sucede con los *exantemas*.

La cuarta la constituye la fluxion exocéntrica, es decir, «el efecto de una reaccion que se verifica en la piel á consecuencia de una causa mortosa, que obra sobre todo el organismo, pero sin afectar de una manera fija ningun órgano especial,» idea que todavía no hemos podido comprender.

La quinta clase la forma la fluxion por diátesis, ya sífilítica, ya escrofulosa ó escorbútica.

La sexta es la fluxion idiopática, en la cual las dermatosis se presentan espontáneamente á consecuencia de una disposicion hereditaria y sin alteracion orgánica, general ó local, á la que podemos atribuírla.

Finalmente, la séptima es la reunion de algunas de las anteriores, la que para el autor constituye una *fluxion compleja*.

(1) Aunque se creía algo prematuro, quisimos hacer aquí una observacion. Acompañando á lesiones orgánicas profundas, existan erupciones que todos los prácticos habrán tenido ocasion de observar. Ya son perennes, ya fugaces, y en este caso puede suceder que coincidan con la agravacion ó mejoría del padecimiento principal, á que no tengan relacion alguna con estos estados de la enfermedad. Cuando esto sucede, en nuestra opinion, la lesion visceral es de la misma naturaleza, salvo raras excepciones, que la erupcion que la acompaña, generalmente léptica ó remittente. Por esta circunstancia no reconocemos otras erupciones, formando grupo aparte en nuestra clasificacion.

Las ideas abstractas tienen el inconveniente de la confusion á que dan lugar en los que las estudian ó las leen, cuando no van acompañadas de una explicacion clara y al alcance de todas las inteligencias, ó cuando con ejemplos ó parábolas no se pone de manifiesto la intencion del autor, velada casi siempre por la forma de la diction, que no se adapta bien á las ideas filosóficas.

Si, desterrando la malhadada palabra fluxion, decimos para traducir el pensamiento de Baumés, que las siete clases de dermatosis que admite son: 1.ª, de causa externa; 2.ª, simpáticas; 3.ª, críticas; 4.ª, exocéntricas; 5.ª, diatésicas; 6.ª, idiopáticas; 7.ª, complejas, ya se disminuye aunque no desaparece la confusion, porque no podemos en la práctica hacer muchas veces aplicacion de estas ideas.

Pero como Baumés no dá á sus grupos caracteres diferenciales; como no nos enseña los datos en que hemos de apoyarnos para distinguir las simpáticas de las idiopáticas ó críticas, por ejemplo, y como la sospecha de la causa no es ni puede ser motivo suficiente de una clasificacion hasta que se convierta en realidad y se caracterice bien su expresion fenomenal, de aquí el que las ideas de Baumés hayan tenido pocos adeptos y estén abandonadas por completo en la actualidad.

Su mérito consiste en haber llamado la atencion de los prácticos hácia un género de causas poco estudiado, y del cual nos olvidamos hoy más de lo conveniente.

De la exposicion de principios que acabamos de hacer puede deducirse la tendencia de la escuela filosófica á fundar la especialidad, más que en el conocimiento de las lesiones, en el de las enfermedades; pero faltando los estudios necesarios su objeto no pudo cumplirse, y otras escuelas más analíticas, aprovechando la oportuna coincidencia del nuevo giro dado á la Medicina por Bichat y Broussais, la derribaron con estrépito, y trataron de hacer olvidar hasta la bondad de su filosófico pensamiento (1).

*Escuela anatómica.* Llamamos escuela anatómica á la que, dirigiendo sus estudios hácia la investigacion del asiento ó sitio anatómico de las dermatosis, ha fundado en él su nosología.

(1) Otros muchos autores notables y posteriores han estudiado filosóficamente las dermatosis, ya tratando de clasificarlas por su naturaleza, ya absorbiendo en unos grupos á ésta, y en otros al modo patogénico, ya, en fin, reuniendo estos elementos con el sitio anatómico en la constitucion de una nosología mixta, y por lo tanto falta de lógica y llena de inconvenientes.

Las más principales son las que pensamos á continuación:

José Frank divide las dermatosis en agudas ó crónicas, y en cutáneas ó ímpetiginosas. Las cutáneas son para él sistémicas, ya patogénicas como el antrax y el carbunclo, ya febriles como la erisipela y la sarna, ó primitivas como las fúnculos erisipela, las induraciones y las hemorragias cutáneas. Las ímpetiginosas son primitivas ó locales, como las deformidades, ulceraciones gangrenas y abscesos de la conformacion de la piel, ó secundarias, es decir, sistémicas de las diátesis. Las ímpetiginosas secundarias comprenden nueve delicias: 1.ª *Impetiginosa*, 2.ª *Granulosa*, 3.ª *Artrítica*, 4.ª *Escrofulosa*, 5.ª *Escarbútica*, 6.ª *Escorbútica*, 7.ª *Fúngica*, 8.ª *Nerviosa*, 9.ª *Complexa*. La clasificacion de este sabio profesor alemán es de lo mejor que pudo hacerse en su época, y la que ha debido servir mucho á Berlin para formar la idea de la sarna; pero influyó poco entonces en el curso de los progresos



Los dermatólogos han llamado anatómica á la que hemos estudiado anteriormente con el nombre de semeiología ó germen-inglesa, es decir, á la de Willan, por lo que es necesaria esta advertencia.

La escuela anatómica empieza á desarrollarse cuando se deja sentir la influencia de Bichat en la patología.

Las dermatosis, hasta él, habían sido estudiadas en sus manifestaciones y en sus causas; pero nadie se había detenido en averiguar con precisión el sitio anatómico ó histológico que ocupaban. Considerando el tegumento como una cubierta ó envoltorio del organismo, cuyo destino era solamente defender nuestro cuerpo de las influencias exteriores, y mirado por la mayor parte de los anatómicos, hasta Malpigio, como una membrana homogénea, no se le concedió la importancia que

en realidad tiene, hasta que el microscopio ha descubierto su complicada estructura y el número prodigioso de funciones que tiene que desempeñar.

Malpigio, colocando entre el dérmis y el epidermis una membrana intermedia, á la que llamó *cuerpo mucoso* ó reticular; Bichat, negando la existencia independiente de esta membrana, y admitiendo en su lugar una capa formada de pequeños vasos encargados de tres funciones importantes, la exhalación, la absorción y la secreción de la materia colorante; Gaultier, dividiendo en cuatro membranas distintas el cuerpo mucoso de Malpigio, negado por Bichat; Chaussier, negando á su vez todo lo que afirmaban los anteriores; Leuwenhoek, contando, armado de su lente, los 14.000 orificios que tiene la piel en cada línea cuadrada; Stenon, descubriendo las glándulas sudoríparas; y Monró, Fontana, Mekel y Albino, dando á conocer el género de adherencias que existen entre el corion y el epidermis, contribuyeron mucho entre todos á fijar la atención de los prácticos en el modo de padecer de un tejido tan complicado; pero observaciones tan aisladas, tan imperfectas ó incompletas, no podían dar lugar sino á trabajos, también incompletos, acerca del asiento de las enfermedades cutáneas. Era preciso que el microscopio llegase á su más alto grado de perfección, y que hombres más hábiles se encargasen de manejarle, para que del estudio anatómico completo del tegumento pudiera deducirse su fisiología, y darse estrecha cuenta de sus estados patológicos.

A Brechet y á Roussel les estaba reservada la gloria de dar cuerpo con sus trabajos microscópicos á la escuela dermatológica que nos ocupa, y los sabios profesores de enfermedades de la piel que la constituyen no han hecho otra cosa que acomodar las lesiones á sus órganos, y ver de colarar filosóficamente la patología con la anatomía y la fisiología normal del tegumento.

Diremos en pocas palabras lo que, según Brechet, existe en la piel de la especie humana.

1.° *El dérmis*, es decir, el esqueleto de la piel, dentro del cual funcionan esa multitud de órganos de que vamos á ocuparnos, trama célu-fibrosa, resistente, elástica, flexible, llena de orificios ó de conductos, de elevaciones y de depresiones, y adherida á las partes profundas por un tejido célu-grasiento.

2.° *El aparato papilar*, en el cual reside el sentido del tacto, formado de una multitud de elevaciones piramidales del dérmis, llamadas papilas, dentro de las cuales terminan en asa, bien un vaso sanguíneo capilar, ó bien un nervio, de donde viene la división de las papilas en vasculares y nerviosas.

3.° *El aparato sudoríparo* ó *diapirético*, formado de pequeñas y numerosas glándulas, colocadas en lo más profundo del dérmis, y en ocasiones en el tejido celular subdérmico, glándulas que se terminan en un conducto excretor, largo,

dermatológicos, por no dar caracteres bastantes para diferenciar entre sí cada uno de sus grupos. Se dice, sin embargo, puede consultarse hoy con fruto, y será, como todos los de este autor, un monumento grandioso que eternizará en memoria.

Falta aducir la clasificación siguiente con diez grupos de enfermedades:

- 1.° *Quemaduras y hemorroides*; eritema, púrpura.
- 2.° *Micodermis*; ronela, escarlatina, sarampión, viruela, miliar.
- 3.° *Trinitosis*; vacuola, sifilis, carbunclo, yistela maligna.
- 4.° *Hereditarias*; escrofula, eczema, sifilis.
- 5.° *Epilepsias y opilias*; sarna, favus, unguit.
- 6.° *Críticos*; erisipela, herpes, autax.
- 7.° *Quemaduras*; eritema, rupia, pitiriasis.
- 8.° *Dipnatrias*; impétigo, eczema.
- 9.° *Reformaciones de varios consistidos*; aza, montañas, de forma papulosa; orfria, lupus, prurigo; y de forma oncosas; pilosidad, parosis, lechada, pitiriasis.
10. *Heteromorfias*; folículo, moluscos, elefantiasis, virilismo.

Una mirada sobre las dos últimas clases, basta para conocer los defectos de esta clasificación. Además, es un error el considerar como enfermedades los géneros *sifilíticos*, como el *eczema*, *impétigo*, etc., que pueden ser de naturaleza muy diversa.

Fuella, profesor de Gotinga, admite tres grupos de dermatosis, según son debidos á causas exteriores, ó efecto de la organización de la piel (*dermatomores*); á causas internas diseadas, ó constitucionales (*dermatomores*); ó á causas epidémicas, como el sarampión, etc. (*dermatomores*). El autor resuelve en esta última clase enfermedades muy diversas, y con la creación de nombres nuevos, cuya utilidad no vemos, dá lugar á confusiones.

Ismael, profesor alemán, divide las dermatosis en *protopáticas*, tales como las *vacuolas*, *leishmanias* de la *piel* y *peridosis*; y en *dermatopáticas*, como las *hipertrofias*, *atrofias*, y dependientes de un estado diseadado ó constitucional.

La clasificación de Plummer contiene cuatro divisiones, según las dermatosis tienen en causa en su estado particular de la piel, sea relación con otras enfermedades ó causas; son originadas por una congestión ó inflamación vascular de la terminación de los capilares en el dérmis; son críticas ó derivativas de afecciones orgánicas profundas, ó complicas y sostenidas por dos ó más de estas causas.

Walton Daulty, profesor inglés, admite un grupo aunque pequeño de enfermedades propias de la piel, y otros de afecciones cutáneas sintomáticas de estados constitucionales ó de lesiones de órganos ó viscera importantes, *opilias* muy generalizada hoy, y en la que fundamos también parte de nuestra nomenclatura.

Wilson debe ser colocado en la escuela anatómica ó en la retórica, á pesar de que en sus divisiones secundarias busca la naturaleza del mal. Su primera clase comprende las dermatosis que afectan todos los elementos de la piel, ya dependan de una causa general, como el eritema, impétigo, etc., ya de causas especiales externas, como la sarna, ya de causas especiales internas, como el lupus, ya de causa epidémica, como la sifilis, ya de causas miasmáticas, como el sarampión. Su segunda clase contiene todas las dermatosis que afectan á uno sólo de los elementos anatómicos de la piel, como los vasos, nervios, glándulas, etc.

Storer, profesor de Dublin, admite diez y siete grupos de dermatosis, fundados la mayor parte en la forma *morfológica*, algunas en la causa, y otras en el sitio anatómico; pero así someterlas es tan difícil, que no debemos siquiera mentarlo en este sitio.

Sería injusto que no dedicásemos algunas líneas al doctor profesor español, el doctor Alfaro, que ha escrito un tratado completo de dermatología, en el cual, además de un lenguaje sencillo y elegante, se encuentran ideas más filosóficas que las que mislman en su época localizadora.

En su obra se ve la influencia, indudable á la sazón, de las escuelas *semeiología* y *anatómica*; pero también se encuentran un grupo de enfermedades constitucionales, perfectamente natural; otro de inflamaciones cutáneas, parecido al que hoy admite Comenro; y otro de afecciones exantemáticas, natural también, pero por desgracia confuso, por la agregación de diversas enfermedades que no lo son.



flexuoso, y que atravesando todo el espesor de la piel, viene á abrirse en los surcos interpapilares.

4.º *El aparato exhalante*, formado de numerosos y finísimos vasos linfáticos.

5.º *El aparato blenógeno* ó secretor del epidérmis, constituido por pequeñas glándulas, colocadas en la cara profunda del dérmis, al nivel de las sudoríparas, y cuyos conductos, atravesando esta membrana, vierten en su superficie un humor blanquecino, que llena los espacios interpapilares, formando el cuerpo mucoso de *Malpighi*, y que desecándose en su porción más externa por la influencia del aire, constituye el epidérmis.

6.º *El aparato cromatógeno*, encargado de la secreción del pigmentum, ó de la materia colorante de la piel, formado por muchas ó por pocas glándulas, segun las razas, que se hallan colocadas inmediatamente por debajo de las papilas, y cuyos orificios vierten en el cuerpo mucoso ó en la superficie del dérmis pequeños glóbulos colorantes, que se mezclan con esa otra sustancia epidérmica profunda, segregada por el aparato blenógeno.

7.º *El aparato glandular sebáceo*, secretor de la sustancia oleosa de la piel, formado por glándulas, que generalmente se abren en los conductos pilosos.

Y 8.º *El aparato piloso*, formado de folículos encargados de la secreción del pelo.

Esta descripción del tegumento correspondía tan perfectamente á las varias clases de afecciones cutáneas observadas, que los más sabios dermatólogos no dudaron en fundar sus nosologías en estas ideas anatómicas.

Las afecciones papulosas, el líquen y el prurigo, acompañadas casi siempre de picazon, podían ser lesiones inflamatorias ó nerviosas del *aparato papilar*, ó lo que es lo mismo, de las asas en que terminan los vasos capilares sanguíneos y los nervios cutáneos.

Las afecciones vesiculosas y ampollosas serían lesiones de secreción é inflamatorias á la vez del *aparato sudoríparo*, ó sea de las glándulas subdérmicas encargadas de la secreción del sudor, explicando por esta causa la considerable exudación del eczema y del pénfigo.

Las afecciones escamosas, como el psoriasis y el pitiriasis, dependerían de una lesión semejante del *aparato blenógeno* ó secretor del epidérmis; las pustulosas de Willan, como el eczema, el impétigo, el acné y la tina, de lesiones del *aparato sebáceo*; las discromías ó alteraciones de la coloración, de lesiones del *aparato cromatógeno*, ó sea de la falta y diversos grados de actividad funcional de esas glándulas infrapapilares que creyó Bouchard haber descubierto, y que nadie ha visto después; y finalmente, las afecciones de los pelos, alopecia, plica, etc., de lesiones del *aparato folicular piloso*.

De esta manera se adaptaba tan perfectamente la patología á la anatomía y fisiología (*parcial*) del tegumento, que hubo

un tiempo en que se olvidaron las ideas de Alibert y de Willan, y se dirigieron todos los estudios á la investigación del asiento anatómico de las dermatosis.

Prescindiendo de Jackson, que á fines del siglo pasado trató de fundar en él su sencilla nosología, vemos seguir este camino á Gerdy, Grimaud d'Angers, Rossembaum, Carlos Barron y Erasmo Wilson (1).

Pero estos mismos estudios hicieron entender poco á poco los inconvenientes de una localización que aislaba en la piel á cada órgano, y separaba á aquella de sus grandes relaciones con todo lo restante del organismo.

Se vió primero que las papilas no se presentaban nunca en sitios donde las papilas son más abundantes, que no seguían la dirección lineal de éstas, y que no podía explicarse la erupción intermitente del prurigo, del líquen ó de la urticaria.

Se buscaron las alteraciones de los folículos sudoríparos en el eczema, y no se encontraron; se trató de comprobar la observación de Bouchard acerca de la existencia de glándulas encargadas de la secreción del epidérmis y del pigmentum, y nadie ha podido dar con ellas; y al quedar en la ciencia como únicas verdades debidas á esta escuela el conocimiento de las lesiones de los folículos sebáceos (*acné*) y pilosos (*sycosis*, *alopecia*, etc.); se hallaron concusos tan opuestas, dando lugar á la misma lesión, que tuvieron que buscar la naturaleza en los géneros, ya que no se atrevían á fundar en ella sus clases.

El sitio del mal en dermatología no nos conduce á resultados prácticos; y esto no quiere decir que sea supérfluo su conocimiento, porque en las ciencias todos los estudios, cualquiera que sea el derrotero que en ellos se siga, tienen su utilidad relativa; pero en la ciencia de Alibert y de Willan, en la ciencia médica en general, lo que se quiere, lo que se debe procurar es, hallar el camino que de un modo más pronto y más seguro nos conduzca á la curación de las enfermedades.

Bueno es saber el órgano que está enfermo; pero si no sabemos más que esto, si ignoramos la manera como lo está y la causa que originó y sostiene el padecimiento, la terapéutica será siempre vacilante y el objeto final de nuestra ciencia quedará sin cumplirse, por caminar nosotros al acaso y sin la luz de la filosofía por entre las tinieblas de la duda.

(1) Jackson, en 1791, admitió tres grupos de enfermedades; las de los vasos de la piel, las de los pelos pilosos y las de las glándulas sebáceas. Gerdy, en 1837, ha admitido otros tres; las enfermedades del epidérmis, las del pigmentum y las de los folículos.

Grimaud d'Angers, por la misma época, igual número; enfermedades del cuerpo reticular, de las papilas y de los folículos.

Rossembaum, célebre profesor alemán, las divide en siete grupos; enfermedades del epidérmis y cuerpo mucoso; del acné y del cuerpo papilar, de los vasos, de los nervios, del tejido adiposo, del celular y subcutáneo, y de las glándulas sebáceas.

Finalmente, el médico Carlos Barron, identificado con las ideas de Bouchard, las divide en diez clases, que son: afecciones del aparato vascular cutáneo; del aparato papilar; del sudoríparo; del blenógeno; del cromatógeno; del sebáceo; del piloso; de las uñas; de la trama celular-vascular, dejando otra última clase para las afecciones complejas.

¿Será suficiente el saber que el acné es una inflamación con hipersecreción estancada ó no, de los folículos sebáceos?

Pues esa inflamación de los folículos sebáceos cederá algunas veces con los remedios más sencillos; otras exigirá el uso interno de los mercuriales, y en algunas sólo podremos curarle con los alcalinos, porque unas veces será la enfermedad puramente local, ya espontánea ó provocada, y otras será un síntoma de la sífilis ó del reuma.

¿Será bastante el saber que el eczema es una inflamación secretoria de las glándulas sudoríparas?

Pues sucede lo mismo. Este eczema será unas veces local, producido por una causa exterior, ó por la irradiación de alguna irritación próxima; otras será sífilítico, herpético ó escrofuloso, y según la enfermedad de que sea síntoma, así llegaremos á curarla por uno ó por otro tratamiento.

Esto es lo útil, lo verdaderamente práctico, lo que se necesita saber en dermatología; y el que quiera seguir otro camino, el que mire cada grano de una erupción, ó cada brote separado de una afección cutánea como enfermedades distintas, sin la unión, sin el enlace que tienen ó pueden tener por proceder de la acción de una causa común; el que no quiera ver en esas lesiones de los innumerables órganos que en la piel se alojan, la influencia de esos estados constitucionales que las producen y sostienen en la mayoría de las ocasiones, está en el error más craso, como sucede á muchos sectarios de la escuela anatómica. Llaman enfermedad á lo que no es más que un síntoma; confunden ambos con la lesión material, que unas veces puede ser causa y otras ser efecto, y caminando á riegos en el tratamiento, perjudican notablemente á los intereses de la ciencia.

*Escuela ecléctica.* Incluímos en esta escuela los respetables nombres de Rayer, Cazenave, Hebra y Devergie, al lado de otros menos importantes, porque la idea que ha presidido á la formación de sus nosologías ha variado en cada grupo, ó porque han mezclado en ellas la causa, el modo patogénico, el asiento histológico y la forma de la lesión.

A esta escuela, en la que también podríamos incluir á Biett, que adicionó á la clasificación de lesiones de Willan los grupos de sífilides y otras enfermedades, se la deben grandes adelantos y utilísimos descubrimientos, estudios profundos acerca de las lesiones y de su asiento anatómico, y obras teórico-clínicas que legarán á la posteridad *recuerdos imprescindibles* de sus autores.

Colocados en la Edad Media de la especialidad, es decir, entre su origen y su estado actual, á sus trabajos y á su práctica debemos hoy casi todo lo que sabemos, no sólo respecto á la descripción de las dolencias cutáneas, sino á los diversos medios de tratamiento que tienen eficacia reconocida. Cazenave, que al principio mejora y perfecciona á Biett, siguiendo el mismo camino que Willan, después se inclina á la escuela anatómica, hace estudios sobre el asiento de las dermatosis,

y por último, en 1854 se hace ecléctico, dando á luz en todo este tiempo obras notabilísimas y llenas de erudición, colecciones inmensas de hechos clínicos, y atlas que figuran como los primeros en su género.

Sus annales de dermatología y sifiliografía, su primera obra de dermatosis, su patología cutánea general, su diccionario, su higiene de la belleza, y sobre todo, su obra grande *Leciones teórico-clínicas sobre las enfermedades de la piel*, constituyen otros tantos monumentos levantados en honor de la dermatología por el más fecundo de sus escritores y el más ardiente propagandista de estos estudios especiales.

El diagnóstico de las lesiones cutáneas, las infinitas variedades de forma que éstas pueden presentar, el curso que llevan, y los detalles del tratamiento que él considera oportuno, están descritos de una manera tan completa y exacta, que causaría admiración si no viésemos que al elevarse á la noción de la enfermedad, y al exponer sus ideas generales, confundía lastimosamente la naturaleza del mal con su modo patogénico, y que al oponerse de una manera ruda y sistemática á las ideas modernas sobre el parasitismo y las unidades morbosas, empleaba los grandes recursos de su talento con una acritud y un menosprecio que ciertamente no merece la idea, ni la persona que la sostiene.

La lectura simple de su clasificación (1) basta para dar á conocer los errores de su doctrina. Su primer grupo, *inflamaciones*, contiene enfermedades de naturaleza tan distinta,

(1) Véase la clasificación de Cazenave:

PRIMER GRUPO.—INFLAMACIONES.

*Primer género.*—Erupciones no específicas que pueden ser agudas ó crónicas: Eritema, urticaria, urticaria, estrófula, herpes, eczema, pústulas, impétigo, eczema, etcétera.

*Segundo género.*—Erupciones no específicas y crónicas simples: Rápia, lepra, psoriasis, pitiriasis, etcétera.

*Tercer género.*—Erupciones específicas agudas: Roséola, sarampión, escarlatina, viruela, varicela, variola, milium.

*Cuarto género.*—Erupciones específicas crónicas: SÍFILIS.

SEGUNDO GRUPO.—LESIONES DE SECRECIÓN.

*Primer género.*—Lesiones de secreción foliolar: Acné, pústulas, faveolas.

*Segundo género.*—Lesiones de secreción de la materia epitelial: Fiebre, producciones elementales.

*Tercer género.*—Lesiones de secreción de la colorante: Dermatitis; alidismo, vitiligo, coloraciones; tinte bronceado, sifilides, nevos pigmentarios.

TERCER GRUPO.—INFESTACIONES.

*Desarrollo normal de las partes afectas:* Ectoparásitos de los ámbros, mohos, furunculosis, verrugas, nevos vasculares.

CUARTO GRUPO.—EMERGENCIAS.

*Tendencia á destruir las partes afectas:* Ectoparásitos de los gusos, boten de Alago, leishmania, lepra, etcétera.

QUINTO GRUPO.—REMERGENCIAS.

Piqueras, sudamina.

SEXTO GRUPO.—LESIONES DE SENSIBILIDAD.

Hiperestesia general ó local, herpes, pústulas, Anestesia.

SÉPTIMO GRUPO.—CERROS EXTRAÑO.

Amor, polidoma, pinta.

OCTAVO GRUPO.—INTERMEDIOS DE LOS ANTES.

Enfermedades de los pelos, alopecia, canicie, plica. Enfermedades de las uñas, onicosis.



que parece imposible hayan podido sumarse; y al colocar en él á la pelagra y á la sífilis, cosa que hoy no se hubiera atrevido á hacer Broussais, demuestra su decidido empeño de oponerse á los adelantos modernos, porque en su claro talento no cabe el considerar á la pelagra como una simple inflamación crónica y no específica, y á la mancha y al tumor gomoso sífilítico como una inflamación también, siquiera añadida, específica y crónica (1).

Si los grupos de sífilides y de fiebres exantemáticas son tan naturales que todo el mundo los acepta y aplaude su formación, ¿por qué tratar de oscurecerlos, colocándolos en una misma llave al lado de las lesiones cutáneas más simples? ¿Qué idea guía á Cazenave al usar la palabra *lesiones de secreción* tratándose del acné y de la tina, mientras pronuncia la más grave de enfermedades de los pelos al hablar de la alopecia, en que no existen, ó de la canicie, en que están buenos?

¿Es posible comprender la unión de la simple verruga con la elefantiasis de los árabes, en un mismo grupo nosológico? ¿Es por ventura la melanosia una hemorragia?

Esos parásitos animales que él llama cuerpos extraños, y á los que no considera como causa, sino como efecto ó complicación de una dermatosis, ¿por qué le sirven para fundar un grupo, si debiera estudiarlos como una cosa accesoria de tal ó cual afección cutánea?

Si quitar al decano actual de la dermatología el gran mérito que todos le reconocen, nos parece su eclecticismo mal fundado, y su clasificación, aunque no tan completa, semejante á la de Rayer.

Este último autor, veinte años ántes que Cazenave, admitió en las afecciones propias de la piel un grupo de inflamaciones, en el que incluye las sífilides, las fiebres exantemáticas, las quemaduras, las congelaciones, y las degeneraciones, como el lupus, el cáncer y la elefantiasis de los griegos, al lado de las inflamaciones simples, como la erisipela, ordenadas según el método de Willán, y otros cinco grupos que denomina secreciones morbosas, congestiones y hemorragias, anemia, neurosis y vicios de conformación congénitos ó adquiridos, dejando para tres secciones separadas el estudio de las enfermedades de las dependencias ó anejos del tegumento, el de los cuerpos extraños animados ó inanimados, y el de la elefantiasis de los árabes, que considera como una enfermedad primitivamente extraña á la piel.

Colocando juntos los cuadros de clasificación de ambos der-

matólogos es como puede verse la analogía de sus divisiones (1), y al observar las diferencias de detalles, comprender la identidad de la idea filosófica que preside á sus respectivas nosologías.

Es verdad que Rayer divide las inflamaciones cutáneas como lo hizo Cazenave en su primera época, según la forma elemental que afectan, y en cambio éste las divide por su curso y por la naturaleza de su causa; es verdad que el cáncer, la lepra de los griegos y el lupus, están separados por

(1) Clasificación de Rayer:

		1. Exantemáticas.—Eritema, erisipela, scarum, roseola, scarlatina, urticaria, artificiales.
		2. Ampelosas.—Pústula, rupia, artificiales.
		3. Vesiculosas.—Herpes, eczema, hidrogénia, sarna, sudor miliar, eczema, artificiales.
		4. Pustulosas.—Viruela, varicela, vacuna, sarna, escarrosa, siceola, impétigo, favus, setina, artificiales.
		5. Furunculosa.—Onicé, dírrese, antrax.
		6. Gangrenosa.—Fístula maligna, carbunco, gangrena tifóidea.
		7. Papulosa.—Estrófulo, liquen, urticaria, pápulas artificiales.
		8. Escamosa.—Filitis, psoriasis, lepra vulgar, pelagra, artificiales.
		9. Tuberculosas.—Lupus, elefantiasis de los griegos, cáncer, tubérculos artificiales.
		Quemaduras.—Exantemáticas, ampelosas y gangrenosas.
		Congelaciones.—Exantemáticas, ampelosas y gangrenosas.
		Sífilides... Exantemáticas, ampelosas, vesiculosas, pustulosas, escamosas, papulosas, tuberculosas y vegetantes.
SECCION 1. <sup>a</sup>		
Inflamación de la piel...	1. <sup>a</sup> Con una forma elemental...	
	2. <sup>a</sup> Con varias formas elementales...	
	3. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	4. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	5. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	6. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	7. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	8. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	9. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	10. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	11. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	12. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	13. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	14. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	15. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	16. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	17. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	18. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	19. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	20. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	21. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	22. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	23. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	24. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	25. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	26. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	27. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	28. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	29. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	30. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	31. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	32. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	33. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	34. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	35. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	36. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	37. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	38. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	39. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	40. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	41. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	42. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	43. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	44. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	45. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	46. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	47. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	48. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	49. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	50. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	51. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	52. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	53. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	54. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	55. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	56. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	57. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	58. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	59. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	60. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	61. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	62. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	63. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	64. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	65. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	66. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	67. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	68. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	69. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	70. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	71. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	72. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	73. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	74. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	75. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	76. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	77. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	78. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	79. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	80. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	81. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	82. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	83. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	84. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	85. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	86. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	87. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	88. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	89. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	90. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	91. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	92. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	93. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	94. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	95. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	96. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	97. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	98. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	99. <sup>a</sup> Inflammaciones...	
	100. <sup>a</sup> Inflammaciones...	

(1) A juzgar por los últimos escritos de Cazenave y de sus discípulos, su principal afán en la actualidad es oponerse con todos los grandes recursos de su talento á la adopción de los dos sistemas más importantes de la ciencia médica moderna: el dualismo en fisiología, y el paracelsismo en dermatología. Como Cazenave posee una tradición famosa, y como entre sus discípulos hay disertadores muy hábiles, han podido luchar por algún tiempo, y si no han vencido porque la verdad tiene al fin y al cabo que sobreponerse al error, han contribuido, combatida en toda regla, á que aparezca más brillante, articulada por la discusión.



Cazonave en un grupo distinto, *degeneraciones*; pero prescindiendo de estos ligeros detalles, ambas clasificaciones tienen tanto parecido, que se vó en ellas la misma idea, ligeramente modificada y mejorada por los adelantos de la histología patológica, dados á luz en el tiempo que media entre las publicaciones de estos dos eminentes dermatólogos.

Rayer, sin advertirlo, ha creado uno de los grupos más naturales de afecciones cutáneas, el de las *dermatosis artificiales*, y á esto le tiene que estar muy agradecida la ciencia: 1.°, porque las ha estudiado con perfección y detenimiento; y 2.°, porque al ver en su descripción, bajo la misma apariencia morbosa que en las no artificiales, un curso diferente y distintas indicaciones, se deduce que hay algo más que la lesión en dermatología, y que la causa y la naturaleza del mal entran por más en la terapéutica, que el sitio anatómico y la forma de la alteración material.

Devergie, profesor distinguido del Hospital de San Luis, es, entre todos los que incluimos en esta escuela, el que menos lógica tiene en su eclecticismo nosológico.

Habíl discutiador, manejando la frase con gracia, y á veces con cruel sarcasmo, pero colocado entre lo antiguo que no le agrada, y lo moderno que él no ha inventado ó descubierto, todo lo critica, y al fin, fluctuando entre lo que ha juzgado como malo de todas las escuelas, escoge un poco de cada una, y forma un índice de catorce capítulos de dermatosis, clasificados, según él dice, por *asimilación y sin homogeneidad*.

Sus grupos de afecciones exantemáticas, vesiculosas y ampollas, pustulosas, papulosas y escamosas, ó sean el 1.°, 2.°, 4.°, 5.° y 6.°, deben esa asimilación ó semejanza á la forma elemental simple ó compuesta que tiene la erupción. El 9.° y 10.°, ó sean las escrofulides y sífilides, están fundados en la naturaleza del mal. El 7.° y 8.°, que los constituyen las dermatosis con parásitos vegetales ó animales, en una complicación ó efecto del mal, pues para él los parásitos no son la causa de las tiñas ni de la sarna. El 11.°, ó afecciones exóticas, se funda, como se vé, en una circunstancia independiente de la enfermedad y del enfermo. El 3.°, ó por alteraciones de la sangre, en la causa presunta y no definida de ciertas dermatosis. El 12.°, ó producciones anormales ó accidentales del pigmentum y del epitelium, en el tejido enfermo. El 13.°, ó enfermedades de las uñas, en el sitio del mal; y finalmente, el 14.°, ó dermatosis de los niños de pecho, en la edad del paciente.

Difícilmente se encontrará un conjunto más abigarrado de bases nosológicas que el que acabamos de citar; y no era de esperar tal confusión del claro talento de Devergie, que tanto en la primera como en la segunda edición de su obra, dá pruebas evidentes de ingenio, de espíritu observador, y de conocer bien el progreso y el estado actual de la ciencia.

Sus estudios sobre el parasitismo vegetal están hechos con fe, como si él fuera partidario de corazón de las ideas de

Bazin, y sin embargo le combate, no presumiendo que con aquellos ha contribuido más que otros dermatólogos á la adopción de un grupo tan natural de enfermedades.

Su método de diagnóstico por las lesiones ó formas secundarias es tan notable, que desde luego le preferimos á su heterogénea clasificación; porque, ¿qué objeto puede tener una clasificación, sino el conducirnos por el método inductivo ó Baconiano al conocimiento de la verdad, ó lo que es lo mismo, aplicándolo al caso actual, al conocimiento del género y de la especie dermatológicas? (1)

Pues esto que no es posible con su índice, puede alguna vez suceder con su método de diagnóstico por las formas secundarias, y por lo menos con él llegamos á conocer los géneros, siquiera no se alcance la especie, que es la que indica la naturaleza del mal.

Devergie ha probado la existencia y tratado de fijar el número de las formas ó dermatosis compuestas; ha probado también que las enfermedades de la piel son idénticas en su naturaleza y modo patogénico á las de otros órganos, y que exigen un tratamiento análogo, debiendo sus diferencias sin-

(1) Devergie divide las enfermedades cutáneas para el diagnóstico en segregantes y no segregantes. Yo las llamaría *hómeas* y *acras*. Su cuadro es el siguiente:

#### Enfermedades segregantes ó que segregan.

Sensibilidad.....	Eczema.—Pírtisula rubra aguda. Eczema líquido.—Herpes Rhizocidica. Zona.—Sarna serena, pruriginosa. Intertigo segregante.
Sensibilidad persistente.....	Eczema impetiginosa.
Sensibilidad persistente y anémica.....	Rupia. Eritema caquelético.
Fus.....	Acne parulisada.—Sarna pustulosa. Sycondia pustulosa.—Impetigo, ectima.
Materia gruesa.....	Acne sebacea. Acne pustulata.

#### Enfermedades no segregantes ó que no segregan.

Rubor fugaz.....	Eritema.—Urticaria, roseola. Intertigo no segregante.—Capitulum erythematosa.
Rubor persistente.....	Pápulas.—Escarabato.
Rubor rodeado con escamillas.....	Herpes circinado. Herpes nummular.
Rubor difuso con furfuraciones.....	Pitiriasis.
Coloración amarillo-verdosa.....	Pitiriasis versicolor.
Coloración oscura.....	Pitiriasis negra.
Discoloración.....	Acromia.
Escamillas.....	Pitiriasis.
Escamas con rubor é infarto exudativo.....	Dercidosis.—Legra vulgar.
Escamas sin rubor.....	Ichtioida.
Pápulas con rubor.....	Líquor agudo.—Scitfolias.
Pápulas con rubor y escamillas.....	Líquor pilaris.
Pápulas sin rubor.....	Líquor exudado. Pírtis.
Tubérculos.....	Sycondia tuberculosa.—Lupus.
Producciones vegetales.....	Paras.—Herpes leucorhiza.—Pírtis dermalis.
Producciones animales.....	Polipo.—Polipo penetrante.—Acromia.

tomáticas á la especial organizacion de cada uno de ellos; ha llamado la atención de los prácticos hácia el temperamento y constitución de los enfermos, como base del tratamiento, por creer á estas condiciones orgánicas capaces de modificar las condiciones del mal; con lo cual, á pesar del error de la idea, tal vez haya contribuido más que ninguno á modificar el tratamiento de las dermatosis de los niños, lastimosamente descuidado ó anulado por el miedo de la depuración ó de la metástasis; ha hecho descripciones bellísimas, como la del *pérrigo decalcans*; ha creado métodos de tratamiento, que, como el del *lupus*, merecerán siempre la preferencia de los clínicos; ha manejado la hidroterapia, y explicado en su obra este recurso terapéutico con claridad y extensión; y finalmente, ha contribuido al adelanto analítico de la especialidad en medio de su indecisión sintética, con todos los datos que ha podido recoger.

¡Lástima que el espíritu de emulación, tan laudable en las ciencias, se haya convertido á veces en sus labios en odio de localidad, y que su pluma, feliz al ocuparse de las cosas, haya sido tan cáustica para las personas!

Helbra, profesor de Viena, debe colocarse, á pesar de su excesivo anatomismo, en la escuela ecléctica, porque, según él mismo confiesa, funda una de sus clases en la causa (Parásitos vegetales y animales), y las restantes en el modo del proceso morboso (1), que puede ser hiperbémico, anémico, secretorio, exudativo, hemorrágico, hipertrófico, atrófico, neoplásico, pseudoplásico, ulceroso ó nervioso. Encarñado con la piel hasta el punto de criticar á los patólogos que apelan á los revulsivos y la mortificación, sin conseguir por eso revelar ni mejorar las afecciones profundas, le falta poco para negar rotundamente las relaciones del tegumento con los demás ór-

ganos, y para él la mayor parte de las dermatosis son debidas á influencias exteriores ó causas puramente locales, por lo que deben combatirse pronto y localmente, mejor que con los numerosos brevajes de que hacemos uso los que tenemos opiniones opuestas.

No habiéndose terminado la traducción francesa de la obra de este distinguido profesor alemán, no podemos juzgar con acierto de lo que no hemos llegado aún á leer en su conjunto; pero tal vez más adelante podamos hacerlo, y tendremos en ello singular cuidado.

Del estudio comparativo de los eclécticos, así como del estudio de todas las escuelas anteriores, resulta que el progreso científico ha seguido lentamente su curso en medio de los errores doctrinales que le han rodeado casi siempre.

A la diseminación caótica de las dermatosis en la patología general que reinó en los primeros tiempos de la medicina, ha sucedido la agrupación exagerada, que intenta hasta el aislar la especialidad de sus relaciones filosóficas con la madre ciencia.

De la oscuridad más profunda hemos visto pasar á la dermatología á una claridad tan intensa, que no nos sorprende el que haya deslumbrado y aturrido á ciertos dermatólogos.

Los descubrimientos han sido tantos, y los caminos para conseguirlos tan diversos, que no debe causar extrañeza la dificultad de ordenarlos, y la vacilación en la elección del método preferible para llevarlo á cabo.

En medio de este desorden se ven salir flotantes por encima de las diversas teorías y sistemas algunos grupos naturales de dolencias cutáneas, que tienen igual causa, curso semejante, manifestaciones características, indicaciones precisas y tratamiento sancionado por el tiempo.

Los árabes crean la clase de fiebres eruptivas ó *exantemas*, y lácita ó ostensiblemente todas las escuelas las admiten.

Alibert indica las *sifilides*; Biett las caracteriza, y siguen en la ciencia oscurcidas por unos, diseminadas por otros, á pesar de su convicción (1), pero admitidas en la práctica y aún en la mente de los organicistas y anatomo-patologistas, como eterno recordamiento de sus ideas.

Rayer crea, como hemos dicho, las dermatosis *artificiales*; y aunque los demás autores no las clasifican ni estudian de una manera independiente, tratando por el contrario de hacer caso omiso de ellas, para que pasen desapercibidas, lo cierto es que todos las aceptan, y las aceptarán mejor después de los trabajos de Bazin y sus discípulos.

Las *leproides* ó manifestaciones cutáneas de la elefantiasis

(1) En 1843 admitió nueve clases de dermatosis. Hipertrofia, Atrófia, Anomalia de secreción, Proceso (seroso, puriforme, coagulable, hemorrágico), Hemorragia, Úlcera, Fiebre formacion, Formaciones vegetales y Formaciones animales; pero en la última edición de su obra, traducida al francés por Doyon, hace la siguiente clasificación, y pone la nota que copiamos, porque el autor juzga en ella su metodología del mismo modo que nosotros:

(\*) Clase I. Hipertrofia cutánea.—Afecciones hipertroóficas de la piel.  
 II. Anomalia cutánea.—Afecciones anómalas de la piel.  
 III. Anomalia de secreción de las glándulas cutáneas.—Condiciones morales de estas secreciones.  
 IV. Exudaciones.—Erandiciones y afecciones exudativas.  
 V. Hemorragias.  
 VI. Hipotrofia.  
 VII. Atrófia.  
 VIII. Neoplasmas (Hemoplasmas).  
 IX. Pseudoplasmas (Heteroplasmas).  
 X. Ulceraciones.  
 XI. Neurosis.  
 XII. Parasitos.

(\*) «Para la denominación de las otras primeras clases, dice Helbra, empleo el nombre de un proceso patológico, es decir, de una cosa que, siendo solamente una consecuencia del espíritu é inevitable, no puede reconvenir sino por sus efectos, ni pasa que la doctrina tome su origen de la causa de la enfermedad, cosa que es positiva, y cuya existencia es real. Si quiere está obligado á admitir una falta de lógica en el principio de la clasificación que adopto, me es imposible remediarlo sin quebrantar la utilidad práctica de mi sistema».

Es decir, estudiosos nuestros, que Helbra clasificaba todo por las causas, si las encuentran tan positivas como los parasitos vegetales, que sin embargo niegan Cazzavari, Davergie y los demás de su colegio ecléctico.

(1) Gilbert, para ser lógico con las ideas de Willan, ha creído que debía volverlos á discurrir, y hasta rasca bajo el punto de vista de su doctrina.



de los griegos son tácitamente admitidas como grupo natural é independiente desde los tiempos de Moisés.

Las escrofulas, indicadas también por Alibert, han sido confundidas por él, por todos los sectarios de su escuela y por muchos anatómicos y ecléticos, con las dermatosis que hoy se llaman herpéticas; pero Baumès, Devergie, Alfaro y otros ántes de Hardy, de Gintrac y de Bazin ya las aceptan, aunque no las caracterizan como estos últimos profesores.

Lo curioso en estas luchas doctrinales es, que los opositores más ardientes de las ideas modernas y que niegan la existencia de la escrófula cutánea, tratan el lupus y ciertas dermatosis infantiles con aceite de hígado de bacalao; los que niegan las sífilides, las tratan con el mercurio; y los que se oponen á la admisión de las dermatosis herpéticas y parasitarias, coinciden con los autores de la escuela etiológica ó filosófica moderna, de que nos ocuparemos en seguida, en el tratamiento de dichas dolencias por los arsenicales y parasiticidas.

Lentamente se han ido predisponiendo los ánimos; los hechos y las circunstancias por un lado, y la casualidad, que á veces ayuda á los hombres eminentes, por otro, han hecho dar pasos agigantados á la ciencia en estos últimos años, y contribuido poderosamente á la adopción de los nuevos grupos naturales creados por los dermatólogos modernos.

*Escuela etiológica ó filosófica moderna.* En medio de la descomposición de las escuelas antiguas y de la lucha de detalles que sostenían sus sectarios, un hombre modesto y laborioso empezaba á echar los cimientos de una nueva escuela.

Estudiando las enfermedades de la piel bajo los diferentes puntos de vista en que puede hacerse, y auxiliándose para ello de todos los recursos de la ciencia moderna, el Dr. Bazin, pues este es el profesor á que nos referimos, empieza la fundación de la escuela etiológica en 1855, época en que inaugura sus lecciones clínicas en el Hospital de San Luis.

Profundo pensador, hábil clínico y dotado á la vez de un lenguaje tan sencillo como elocuente, aunque inferior al de Alibert, y de un ojo práctico tan certero como rápido para el conocimiento de los efectos cutáneos, Bazin, ántes desconocido, se levanta á una altura prodigiosa. Sus magníficas lecciones empiezan á dar resultados, y encontrando eco en el mundo médico, producen lo que era de esperar, la admiración y el respeto de ininidad de alumnos, la envidia y la lucha sin tregua de algunos de sus compañeros. Uno sólo de entre éstos, el venerable Hardy, se coloca á su lado: Gibert y Cazenave le atacan; el sarcástico Devergie trata despiadadamente al fundador de la nueva escuela.

El campo de batalla es el mismo hospital en que nació la dermatología francesa, el mismo sitio en que todavía resuenan las palabras sublimes de Biett y Alibert. La lucha continúa, la lucha aún sigue; pero la victoria ya se ha inclinado hácia el innovador, y las ideas que tanto combatieron sus encarnizados enemigos, son hoy verdades adquiridas que ellos mismos

pregonan, que ellos mismos confiesan y admiten, si bien tratan de expresarlas á su manera para no parecer inconsecuentes.

Bien quisiéramos poder pintar este palenque científico, sostenido hace diez años en el primer hospital dermatológico de Francia; pero tenemos precisión de concretarnos si hemos de concluir pronto con el estudio de la escuela etiológica contemporánea, cuyos principales fundamentos se deben al doctor Bazin, y al cual consideraremos por lo tanto como jefe de ella, por más que militen á su lado personajes tan ilustrados como Hardy, y tan eruditos como Gintrac y Bardeos.

Séanos permitido, sin embargo, ántes de dar á conocer las ideas filosóficas de su escuela, seguir brevemente al Dr. Bazin en el curso de sus notabilísimos trabajos, designando sus principales descubrimientos.

El estudio microscópico de las dermatosis fué el primer punto de la ciencia á que dirigió su atención este sabio profesor de dermatología. Comprendiendo que los trabajos microscópicos iniciados por Gruby, Schoenlein y Andouini sobre la botánica microscópica en relación con la patología, podían ser de mucha utilidad, toda vez que se comprobasen y llegase á conseguirse el que los prácticos fijasen en ellos su consideración, se hizo lugar entre los micrografos más distinguidos, y compitiendo con Lebert y Robin, verdaderas eminencias en este género de estudios, y armonizando el resultado de sus observaciones con el resultado de su práctica clínica, llegó á establecer sobre bases sólidas la naturaleza parasitaria de ciertas enfermedades de la piel, ántes desconocida, y perdía por consiguiente en la oscura región de las hipótesis.

Su trabajo no fué perfecto al principio; tampoco fué completo. Se limitó en 1853 á publicar un folleto con láminas, sobre la naturaleza y tratamiento de las tiñas; pero este opúsculo fué ya bastante para darle á conocer y para conseguir que le atacaran sus propios compañeros, á pesar de que no habían hecho como él observaciones microscópicas detenidas y minuciosas.

La manía de ciertos profesores de criticarlo todo, aún aquello que no entienden, no existe sólo en España; existe también en todas las demás partes del mundo.

Esto le obligó á profundizar más sus estudios, á corregir algunas faltas y completar su obra, dando en 1855 un curso público sobre las afecciones parasitarias, que excitó la admiración de sus compañeros, no sólo por la novedad de las ideas, sino por los felices resultados prácticos en que se apoyaban.

La lógica más severa no podía censurar el tratamiento de las tiñas, propuesto por el autor; pues una vez probada la naturaleza parasitaria de esta enfermedad, y habiendo Bazin dado á conocer con sus caracteres precisos el vegetal microscópico que produce cada una de sus especies ó variedades, las indicaciones terapéuticas brotaban espontáneamente de la conciencia de todos los médicos, y sólo podían modificarlas las circunstancias también conocidas del sitio anatómico que ocu-

paba el vegetal y de la naturaleza del terreno que le nutria.

Hasta él, fuerza es decirlo, las afecciones cutáneas residentes en la cabeza, eran lastimosamente confundidas: las afecciones fitoparasitarias, es decir, las tiñas, eran consideradas como enfermedades sostenidas por un vicio general, muchas veces refractarias á todos los recursos de la terapéutica, y alguna vez curables, pero después de muchos meses ó de muchos años de tratamiento. Hoy las tiñas se curan con sólo dos meses de una terapéutica sencilla y exenta de inconvenientes.

Hasta él las afecciones zooparasitarias, es decir, la sarna, se curaban después de quince ó veinte días de fricciones sulfurosas parciales. Hoy, conocidas ya las costumbres de los aradores, animales nocturnos que salen de sus cuevas cutáneas para pasearse por la superficie de la piel y establecer en otros puntos sus reales ó los productos de su generación sexual, esta enfermedad se cura en pocas horas con las fricciones generales, con los baños sulfurosos ó con otros medios de que no debemos ocuparnos en este momento, y que han bastado para suprimir las salas de sarnosos en los hospitales, porque se dá el alta á los enfermos á las dos horas de haber entrado en sus departamentos balnearios.

El curso público sobre las afecciones parasitarias dado por Bazin en 1855, y publicado tres años después por uno de sus alumnos, hubiera sido suficiente para eternizar su memoria; pero este sabio profesor ha continuado desde esta época sus cursos clínicos, y dando á luz sus alumnos cada año una ver-

dadera monografía sobre alguna clase de dermatosis, nos han puesto en el caso de conocer todas las ideas y todos los adelantos que ha llevado á cabo en esta especialidad el fundador de la escuela filosófica moderna.

Nada más digno de estudio que el curso de semeiología cutánea que dió Bazin el mismo año en el Hospital de San Luis.

Los caracteres diferenciales de las lesiones cutáneas, divididos por él en comunes ó genéricos y específicos, ó propios de la especie nosológica, las diferencias que marca entre la lesión y el síntoma y entre la afección y la enfermedad, y los juicios diagnósticos, pronósticos y terapéuticos que forma, hacen de esta obra sencilla y breve un libro lleno de utilidad; y como para buscar el sitio del mal y la forma de la lesión tenemos que valernos de esas llamadas clasificaciones anatómica y semeiología, que no son otra cosa que métodos deductivos de diagnóstico, ó lo que es lo mismo, métodos para llegar al conocimiento y distinción de los géneros nosológicos, comprendiendo que eran muy incompletas y defectuosas, aun para este objeto secundario á que deben destinarse, ha hecho modificaciones de tal naturaleza, que no podemos menos de dar una noticia sucinta de ellas.

Bazin sustituye la clasificación de la escuela inglesa ó semeiología con la que mencionamos anteriormente al hablar de las lesiones de la piel.

Respecto á las clasificaciones de la escuela anatómica, creo poderlas sustituir ventajosamente por la que á continuación copiamos:

#### CLASIFICACION ANATÓMICA DE LAS LESIONES DE LA PIEL.

Soluciones de continuidad.....	Heridas, desgarraduras, úlceras.
Cuerpos extraños.....	Animados..... Picos, ácaros, fitodermos.
	Inanimados..... Magre, etc.
Lesiones del dermis.	Exantemáticas..... Eritema, roséola, urticaria, sarampion, escarlatina, erisipela.
	Ampollasas..... Píngulo, rupia.
	Vesiculosas..... Miliar, hidroa, sudamina, varicela, eczema, herpes.
	Pustulosas..... Ectima, impétigo, miliar blanca, viruela, vacuna.
	Forunculosis..... Orzuelo, divieso, antrax.
	Flegmonosis..... Absceso óptico.
	Gangrenosis..... Pústula maligna, carbunco.
	Papulosas..... Strafulus, líquen, prurigo.
	Tuberculosas..... Tubérculo inflamatorio.
	Equimosis, petequias, púrpura, dermatorragia, víbices.
Hemorragias.....	Lupus, carcinoma, tubérculo elefantásico.
Lesiones de nutrición.....	Hipertrofia, atrofia, nevos vasculares, verrugas, nevos hipertróficos.
Vicios de conformación.....	Tina pedala ó decalvante.
Lesiones del pigmentum.....	Acromia..... Nevos pigmentarios, manchas sífilíticas, nigricia, melasma.
	Hiperacromia..... Vitiligo.
Lesiones del epidermis.....	Ictiosis, apéndices córneos, fúlsia.
Lesiones de los pelos y de sus anejos.....	Canicie, caída de los cabellos y de los pelos, líquen por hipertrofia, líquen por alteración funcional de las papilas pilosas, tña.
	Ace congestivo..... Roséola.
Lesiones de las.....	Inflamatorio..... Miliar.
	Con retención de los productos de secreción..... Pustuloso.
	Con excreción de los productos segregados..... Indurado.
	Con hipertrofia ó atrofia de la glándula..... Punctata.
	Glándulas sebáceas..... Seborrea.
	Con hipertrofia ó atrofia de la glándula..... Córnea.
	Glándulas pilosas..... Acne sebacea.
	Glándulas sudoríparas..... Pinjo sebáceo.
	Glándulas sudoríparas..... Varioliforme.
	Glándulas sudoríparas..... Hipertrofia.
	Glándulas sudoríparas..... Atrofia.
	Glándulas sudoríparas..... Acne pilaris.
	Glándulas sudoríparas..... Acne elefantásico.
	Glándulas sudoríparas..... Acne sebacea de las regiones velludas.
	Glándulas sudoríparas..... Absceso tuberculoso de la axila, cancerides.



Estas clasificaciones, que no son más que modificaciones de las que produjeron las escuelas antiguas, indican un profundo conocimiento de todas las lesiones cutáneas; pero no contento Bazin con semejantes trabajos de corrección, emprende otros de tal importancia, que han contribuido á cambiar por completo la faz de la dermatología.

Hasta él sólo se admitía un grupo natural de enfermedades cutáneas perfectamente caracterizado, que eran las sífilides; pero desde la publicación de sus lecciones sobre las dermatosis sistémicas de las enfermedades constitucionales, podemos admitir otros grupos con caracteres objetivos tan marcados como los de aquellas, y con un tratamiento casi tan seguro y tan eficaz.

En su grande obra sobre la escrófula, hallamos todos los datos que pueden desearse para el conocimiento y para la curación de las innumerables afecciones cutáneas que dependen de esta enfermedad.

En sus lecciones sobre las artritis y herpétides, publicadas en 1860, aprendemos á distinguir las afecciones cutáneas, dependientes del reuma, de la gota y del herpetismo, no sólo por el conmemorativo del enfermo, ó por las afecciones concomitantes de otros órganos, sino por los caracteres exteriores, tanto objetivos como subjetivos, es decir, por el color, por la forma, por el sitio que ocupan, por su simetría ó asimetría, por su picor ó escozor, por su duración, curso, extensión, etc.

En sus lecciones sobre las afecciones cutáneas, diatésicas, leprosas y artificiales de la piel, publicadas en 1862, encontramos también medios para distinguir estos tres grupos de afecciones de los demás; y finalmente, en su obra sobre las afecciones genéricas, publicada en el mismo año, y la segunda parte en 1863, podemos comparar en el terreno práctico, en el terreno concreto de los géneros y especies dermatológicas, las ideas de los principales autores con las del ilustre profesor que nos ocupa.

El gran mérito de Bazin consiste, no en haber adivinado, si es que se nos tolera esta frase, la naturaleza y las causas verdaderas de las dermatosis, sino en haber puesto en relación estas causas con los fenómenos aparentes, tangibles del mal, dándonos, por consiguiente, medios precisos para elevarnos á la noción de esa incógnita antigua, de esa X de la dermatología, como diría Baumés, y sobre todo á la noción más importante de las indicaciones terapéuticas.

¿De qué nos serviría, por ejemplo, que Baumés ó Alibert nos hablasen de las dermatosis que pueden depender de esta ó de la otra causa, si no nos decían qué manifestaciones visibles las acompañaban, y por medio de qué caracteres generales podíamos llegar á diferenciarlas de otras más ó menos parecidas aunque de distinta naturaleza?

¿De qué nos serviría hoy, por ejemplo, el saber que la sífilis dá lugar á afecciones cutáneas, si no nos dijesen en seguida

que las sífilides tienen este color, aquella forma, y en fin, todos los caracteres que existen para conocer este grupo tan importante de dermatosis?

Pues esto, que desde Biett y aún desde Alibert existía ya en la ciencia respecto á las sífilides, es lo que ha hecho Bazin respecto á las enfermedades escrofulosas, herpéticas, leprosas y reumáticas de la piel, ó como él dice, á las escrofulides, herpétides, lepróides, artritis, etc. (1).

Véase, pues, si la ciencia debe sólo por esto al Dr. Bazin el pequeño homenaje que en su nombre le rendimos gustosos con la imparcialidad propia de nuestro carácter y sin la envidia que algunos al juzgarle manifiestan en sus hipócritas palabras, y estamos seguros de que fijando bien la atención en todo lo que va dicho, ó lo que sería mejor, estudiando en las mismas fuentes, se presentará á la vista de todos la figura de este sabio dermatólogo, más grande que la del mismo Alibert, y más digna de alabanza que la de todos sus contemporáneos.

Seguendo las ideas prácticas del Dr. Bazin, resultan indicaciones precisas, y cada uno de los grupos principales que admite tiene sus remedios de utilidad reconocida é indudable.

Basta llegar á tener el conocimiento de que se trata de una afección artificial, parasitaria, sífilítica, herpética, reumática, escrofulosa, etc., para formar verdaderas indicaciones, sin necesidad de saber la forma ni el sitio del padecimiento, ni si es un impétigo, ó un eczema, un psoriasis ó un liquen, cuestiones de importancia secundaria, una vez hallada la naturaleza, ó como quiere el autor que se diga, la enfermedad, y vencida por consiguiente la mayor y más principal de las dificultades.

Veamos ahora cuáles son las ideas de la escuela etiológica, los principios que sustenta, la mayor ó menor razón de sus apreciaciones filosóficas, y finalmente, la nosología que puede presentar á la consideración de los críticos. Procuraremos concentrar en breves palabras y de una manera aforística sus principales dogmas.

1.ª *Las llamadas enfermedades cutáneas no lo son en la mayoría de los casos, y sólo deben considerarse como tales las que dependen de una causa local ó externa, á las que añadiremos nosotros los pseudoxantemas y las dermatosis espon-táneas locales.*

Con efecto, en las dermatosis de causa externa, todo lo que sucede se verifica solamente en la piel; y si alguna vez pasa de sus límites, es partiendo de este órgano las irradiaciones simpáticas á los demás. Sobre la piel obra la causa; en ella

(1) Si hubo un tiempo en que pudo decirse por algunos dermatólogos casanovenses, que la nomenclatura de las dermatosis (afecciones herpéticas) era imprecisa, hoy puede decirse que ya lo están, si no todos, la mayor parte de las afecciones cutáneas, incluso los mismos diatésicos.

empiezan á aparecer, siguen apareciendo y terminan los efectos (1). Ella es la única que presenta lesiones ó síntomas. A ella sólo debemos dirigir nuestros remedios. Si la intensidad de la causa ó la intensidad de los síntomas produce reacción general ó síntomas simpáticos en otros órganos, esto no será razón bastante para no admitir la idea de enfermedad cutánea, pues lo mismo ocurre en las enfermedades de los demás órganos.

Por lo demás, la prueba de la primera parte de esta proposición va envuelta en la conclusión siguiente.

2.ª *Las dermatosis dependientes, ó sostenidas por una causa interna, deben considerarse, ó como síntomas de la enfermedad que las produce, ó como parte de la enfermedad constitucional, de la que son una manifestación local, con lesión más ó menos profunda de las funciones, ó de los órganos colocados en el tegumento.*

Esta opinión es precisamente la opuesta á la de la escuela de Willan, que defiende la autonomía patológica de todas las erupciones, cualquiera que sea su causa productora; idea que hemos combatido en otra ocasión por oponerse al establecimiento de la unidad morbosa en las enfermedades constitucionales. La sífilis constitucional no es más que una enfermedad, por muchas que sean las manifestaciones locales que se presenten á la par en un individuo, tanto en la piel, como en las membranas mucosas, en los huesos, vísceras, etcétera; por eso las sífilides no son enfermedades, sino síntomas de la sífilis, ó mejor, parte de esa sífilis constitucional que entonces se manifiesta en la piel, pero que existe en la totalidad del organismo.

Lo mismo sucede con la escrófula, que puede simultánea, ó sucesivamente, tener manifestaciones en la piel, en las mucosas, en los ganglios, articulaciones, etc.; con el herpetismo, que las produce en ambos tegumentos, en los nervios y en las vísceras; con el reumatismo, que las origina en estos mismos puntos y además en los tejidos fibrosos, y con todos esos estados constitucionales ó diatéscicos, según algunos los llaman, cuyos efectos se presentan en todos los tejidos orgánicos.

En estas circunstancias sería un error considerar cada uno de esos síntomas como enfermedades diferentes, pues todos dependen de la misma causa morbosa, y reclaman una terapéutica completamente idéntica, si bien á veces exigen algunas modificaciones por la gravedad que les acompaña.

3.ª *La lesión, el síntoma y la enfermedad son cosas, pues, diferentes, en la mayoría de los casos; y como la dermatología se ocupa muchas veces sólo de los primeros, convendría*

en la especialidad sustituir la palabra *enfermedades* por la de *afecciones* de la piel (1).

La lesión es la alteración anatómica que observamos en la piel; esta alteración constituye en ocasiones toda la enfermedad, y otras veces sólo es un síntoma; cuando es debida á una causa externa, es al mismo tiempo que lesión, enfermedad; y cuando es efecto de una causa interna, sólo es un síntoma. El síntoma no siempre está constituido por la lesión, como sucede con el picor, dolor, escozor, etc., y demás alteraciones de la sensibilidad, que sólo son fenómenos subjetivos.

La palabra *afección* debe reservarse para el síndrome cutáneo; es decir, para la reunión de las lesiones y los síntomas que observamos en el tegumento; y la palabra *enfermedad* para el estado morboso colectivo, que comprende la afección cutánea y los demás síntomas y lesiones de otros órganos ó tejidos.

4.ª *Es conveniente destinar en el estudio de cada afección cutánea, cuándo ésta constituye por sí sola toda la enfermedad, ó cuándo sólo es un síntoma ó una lesión sintomática. En el primer caso (dermatosis artificiales), como ya hemos indicado, la enfermedad, la lesión y el síntoma son una misma cosa; en el segundo (dermatosis de causa interna) no lo son, y en la resolución de este problema, tan difícil en ocasiones de resolver, estriba la adopción del tratamiento conveniente y todos nuestros juicios sobre lo futuro, ó lo que es lo mismo, el pronóstico.*

El no haber tenido datos suficientes para determinar esto, ha sido la causa de perder lastimosamente el tiempo, dando refrigerantes á los sarnosos, y tónicos á los tífosos, mientras se olvidaba el tratamiento local, y vice versa, dando fricciones sulfúreas á los herpéticos que exasperaban su padecimiento, mientras se descuidaba el plan interno necesario.

5.ª *La forma de la erupción cutánea importa poco para el conocimiento de la naturaleza del mal; nada sirve para establecer la principal indicación terapéutica; pero debe tenerse en cuenta para presumir el sitio anatómico de aquél, y para completar ó modificar la terapéutica, pues en ocasiones la lesión de la piel, aunque sea sintomática, tiene por sí, intrínsecamente, tanta gravedad, que es necesario detener sus progresos.*

No podemos cruzarnos de brazos ante una sífilide serpiginosa, ó ante un lupus escrofuloso, esperando la acción segura si, pero tardía, del protoyoduro de mercurio ó del aceite de hígado de bacalao tomados interiormente, conforme lo pide la indicación de la naturaleza del mal, porque para cuando esa acción llegase, podían estar destruidos órganos importantes.

Esta misma consideración es la que nos impele á extirpar

(1) La continuidad y analogía de tejidos hace que algunas causas que obran sobre las membranas mucosas den lugar á afecciones cutáneas, como le son todas las comprendidas por Bazin bajo el nombre de patogenéticas; pero una misma continuidad y analogía nos autoriza para admitir la idea que ha dado margen á esta nota.

(1) Bazin.



el tumor canceroso, y procurar detener la gangrena de las úlceras por medio de los cáusticos; y no por esto se nos debe llamar localizadores, pues siempre aconsejaremos el uso del plan interno, que positiva ó probablemente sirva para atacar ó destruir la causa muchas veces conocida, y otras ignorada, de estas dolencias.

6.<sup>a</sup> La causa de las dermatosis, no es ni puede ser única. Es múltiple y en ocasiones compleja; es decir, hay una reunión de dos ó más causas para producir la afección, y de su conocimiento dependerán también las indicaciones y sus modificaciones.

Que la causa es múltiple, ó lo que es lo mismo y expresa mejor nuestra idea, que la causa eficiente necesita de otras que la auxilien ó la presenten ocasión de manifestar sus efectos en la piel, puede probarse en todos los casos que son objeto de nuestra observación.

¿Por qué si no un individuo herpético tiene limpia su piel durante el invierno, y llena de erupciones en el verano? ¿por qué aunque sea verano no aparecen éstas en algunos casos hasta que otra causa más ó menos ligera excita directamente la piel, ó indirectamente por el intermedio de la mucosa gastro-intestinal?

¿No se vé que un individuo herpético, á consecuencia de la organización de su piel presenta siempre brotes eruptivos de forma escamosa, y otros cuya piel es más fina y delicada no presentan sino cerezas ó pústulas, siendo igual la causa interna ó esencia de la enfermedad?

¿No se vé en los individuos de idiosincrasia gastro-hepática muy pronunciada ensuciarse con facilidad el fondo de las úlceras, sobreviniendo la gangrena, y cómo favorece la presentación, sostenimiento y agravación de las dermatosis diatélicas ó constitucionales un estado general de depauperación orgánica?

Pero la proposición arriba sentada envuelve otra idea más profunda y hoy muy controvertida, la de la mezcla ó reunión de dos ó más estados constitucionales para producir dermatosis complejas, no sólo en su naturaleza, sino en sus síntomas ó caracteres objetivos y subjetivos. Bazin se opone con energía á esta combinación mortosa, á esta hibridez de las enfermedades, sostenida por Pidoux, é iniciada ya anteriormente en la sifilografía por el célebre Ricord, cuando pronunció las gráficas palabras de escrofulato sifilítico; admite la coexistencia; admite el que unas puedan reaccionar sobre otras; pero desecha la fusión, desecha la hibridez, porque vé hoy inmutables y con los mismos caracteres á las dermatosis pintadas por Moisés y por Aretio; porque vé idénticos los dartros hereditarios á pesar de la diferente constitución de las generaciones y de la multiplicidad de enfermedades por que han pasado; y porque, en fin, la razón le dicta que el admitir esta hibridez, es destruir la inmutabilidad de la patología y admitir épocas diferentes en la nosología.

Estas razones parecen convincentes; pero la duda fluctúa en nuestro ánimo, como en el de otros profesores, porque les falta mucho á las ideas del sabio Bazin para estar completamente probadas.

La lepra de nuestros días carece del contagio directo de la de Moisés, y todos los dermatólogos han tenido ocasión de observar, no sólo la coexistencia de erupciones de diversa índole, sino la mezcla de síntomas que corresponden á varios grupos nosológicos en una misma erupción.

¿No existen algunas sífilides acompañadas de picor, sin tener su asiento en regiones cubiertas de pelo?

¿No se vé con mucha frecuencia á los bubones y á los infartos poliganglionares sífilíticos, sostenerse muchos meses, tomando el tinte escrofuloso más marcado?

¿No se observan también ciertas escrofulides, acompañadas de picor, y colocadas en puntos simétricos como las herpéticas?

Por nuestra parte podemos decir, que en muchas ocasiones hemos vencido con un plan mixto afecciones sífilítico-herpéticas, que no pudieron vencerse anteriormente con los tratamientos antisifilítico y anti-herpético separados.

La cuestión, por lo tanto, está en tela de juicio y no puede darse por resuelta como lo hace Bazin, sin duda por no parecerse en nada á su compañero Devergie, partidario de la complejidad hasta en las lesiones elementales, complejidad de lesiones, de enfermedades y de tratamientos que no podemos negar, porque presumimos haber visto las primeras y haber usado con éxito los segundos; porque no tenemos como él motivos para mirar con prevención las ideas de alguno de sus compañeros; porque es probable la degeneración de algunas enfermedades, incluso la misma lepra que él cita, y la sífilis, que no es hoy como era en el siglo xv, variación patológica que nada debe chocar, después de vista la modificación anatómico-fisiológica de las razas humanas, tan diferentes hoy unas de otras, á pesar de ser hijas del único tronco formado por nuestros primeros padres; porque hay épocas nosológicas, en atención á que hay enfermedades que existieron y ya no existen, como la famosa aerodinia de París, especie de meteoro dermatológico, y porque la patología no necesita para vivir de esa inmutabilidad, ni la nosología de ese quietismo, contrario al progreso científico.

7.<sup>a</sup> Las afecciones cutáneas son enteramente semejantes á las afecciones ó enfermedades de los demás órganos, no sólo por sus causas y su naturaleza, sino por sus síntomas, por su curso, por su terminación y por el tratamiento que exigen; y si parecen diferentes, es porque no se tiene bien en cuenta la complicación de estructura del tegumento, el número infinito de órganos que contiene, el considerable número de funciones que desempeña, y sus relaciones sinérgicas y simpáticas con todos los órganos de la economía.

En la piel, como dice Devergie, lo mismo que en los demás órganos, hay flujos, hemorragias, dolores, etc.; sus en-

fermedades pueden ser agudas ó crónicas, y sus períodos el de invasión, incremento, estado y declinación.

El cáncer de la piel tiene los mismos caracteres que el de las vísceras más profundas; la materia tsarbática de los tubérculos cutáneos leprosos es igual á la que se encuentra en los tubérculos de las mucosas y en la sustancia de los huesos; el sífiloma es idéntico en la piel que en los pulmones; ¿quién sabe si el herpes tiene una lesión primordial idéntica en todos los tejidos? ¿No se cura la sífilis cutánea con los mismos medios que la sífilis de otros órganos? ¿No vemos al arsénico y á los preparados solubles de azufre dar lugar á curaciones del herpes cutáneo lo mismo que á curaciones del herpes mucoso?

Esta precisamente es una de las pruebas mayores que podemos dar acerca de las unidades morbosas tan combatidas por los anatómo-patologistas, y no comprendemos el por qué Bazin se opone á admitir las ideas de Devergie, que ayudan en este asunto á sus ideas doctrinales.

Por todo lo dicho anteriormente se debe deducir que la dermatología no puede aislarse de la patología general, y si existe y debe existir como especialidad, no es porque se divorcie de la filosofía que preside el estudio práctico de la medicina, sino porque así podemos, dividiendo el trabajo, profundizar más en su estudio.

Las nosologías de la escuela etiológica ó filosófica moderna, son indudablemente las más completas y las más útiles para el objeto principal de todo médico.

Gintrae, Hardy y Bazin, á los que reunimos bajo la bandera de esta escuela, á pesar de que el último ataca duramente á los primeros, porque cree que no llevan igual camino filosófico ni comprenden como él la enfermedad en dermatología, merecen por sus trabajos en este asunto la gratitud de todos los prácticos.

Todas ellas tienen defectos que haremos notar y juzgaremos, por si podemos evitarlos en la nuestra; pero cualquiera es preferible á las anatómicas ó ocléticas ya descritas.

El ménos importante de estos tres autores, á pesar de su grande autoridad como práctico y como filósofo, es el venerable anciano que hoy dirige la facultad de medicina de Burdeos, el ilustrado doctor Gintrae.

Autor de una obra de patología interna, que todos consultamos por los tesoros de erudición que encierra, Gintrae, aficionado á la dermatología y temeroso de introducir en la especialidad la división y el desorden, la coloca toda entera á la cabeza de su nosografía, é inmediatamente después de las fiebres esenciales, sirviendo como de lazo de unión entre este grupo de enfermedades y las afecciones cutáneas, esas otras fiebres llamadas eruptivas ó exantemáticas.

El primero y principal defecto de la clasificación de Gintrae se encuentra en su primera división.

Dividir las afecciones cutáneas en agudas y crónicas para

la formación de los primeros grupos, es, aunque otra cosa parezca, olvidar la naturaleza del padecimiento, separar dos cosas que con mucha frecuencia son una dependiente y consecutiva á la otra, y partir por lo tanto en dos trozos una misma enfermedad.

En su primer grupo, ó sea el de afecciones agudas, describe este autor las fiebres eruptivas, y después todas las erupciones cutáneas inflamatorias y febriles, á las que llama exantemas agudos, como el herpes, eczema, pénfigo, erisipela, eritema, liquen, ectima, divieso, etc.; y su segundo grupo, ó sea el de afecciones cutáneas crónicas, no atreviéndose á dividirlas ó á clasificarlas bajo un solo punto de vista, lo hace primero anatómicamente y después etiológicamente; y aquí es donde Gintrae comete errores de mayor trascendencia.

Bajo el punto de vista anatómico, Gintrae estudia lo primero las enfermedades del epidérmis y de las uñas, y al pronunciar estas palabras se comprende bien la ventaja de usar la voz afección, porque desde luego suena mal la de enfermedad, aplicada á productos de secreción como los indicados. Después estudia las enfermedades del sistema piloso, de los folículos sebáceos y sudoríparos, del pigmentum, de la red vascular, del sistema nervioso cutáneo, y finalmente, del dérmis.

Bajo el punto de vista etiológico, Gintrae sólo estudia dos clases de afecciones cutáneas crónicas, las parasitarias y las diatélicas. Las parasitarias pueden ser animales ó vegetales. Las diatélicas, si dependen de una diátesis *poligénica*, pueden ser herpéticas, sífilíticas, escrofulosas, cancerosas y reumáticas; y si derivan de una diátesis *monogénica*, pueden constituir las enfermedades que encontramos en los demás autores, en el capítulo de las afecciones exóticas, es decir, la *plaga*, la *pelagra* y las diferentes lepras, que con nombre y con sintomatología variable existen en diversos puntos del globo.

El error principal de Gintrae consiste, como hemos dicho, en haber separado las afecciones agudas de las crónicas, incluyendo en el último de estos grupos muchas que tienen un curso agudo, pues no es de necesidad el que las afecciones constitucionales sean siempre crónicas.

¿No existe un grupo de sífilides llamadas exantemáticas, porque van acompañadas de fiebre y siguen el curso rápido de las fiebres eruptivas? ¿No vemos ciertas erupciones escrofulosas de la infancia, febriles también y agudísimas en su curso? ¿Podemos llamar con algún vislumbre de lógica, crónicas ó agudas á las afecciones parasitarias? La sarna que hoy se cura en tan pocas horas, y que hace algunos años exigía muchos días de tratamiento, ¿la colocaremos entre las crónicas por su historia, ó entre las agudas por los resultados presentes? Y por otra parte, si es que se quiere llevar el principio hasta sus últimas consecuencias, ¿qué motivo hay para colocar en una ó en otra de estas dos clases de afecciones cutáneas á un mismo género de dermatosis, al impétigo escrofuloso?



loso, por ejemplo, llevando á la una el agudo y dejando en la otra al crónico?

Bien sabemos que la idea de Gintrac no ha sido esta; pero él, creando una clase de afecciones cutáneas crónicas, y describiendo en ellas después muchas que tienen un curso agudo, ha demostrado la ineficacia de esta división, que de ninguna manera concuerda con las ideas de la escuela etiológica ó filosófica moderna.

Sus afecciones cutáneas diatélicas se hallan perfectamente caracterizadas; pero es indudable que Gintrac abusa de la palabra diátesis, y lo que él llama diátesis poligénicas son las enfermedades constitucionales.

Pasemos ya á examinar las ideas nosológicas de los dos sabios profesores del Hospital de San Luis, que hoy enarbolan triunfante la bandera de la escuela etiológica. Hardy y Bazin siguen el mismo derrotero (1). Sectarios de una misma idea filosófica, ambos han procurado desarrollarla con la perfección á que han podido alcanzar respectivamente sus fuerzas. Hay sin embargo entre ellos diferencias.

Bazin es más completo; pero no queriendo dejar brecha alguna por donde pudieran sus enemigos atacarle, se ha hecho difuso, y esto trae en pos de sí la confusión.

Hardy, por el contrario, es más sencillo, más breve, más conciso; pero es incompleto, y su obra parecería un resumen de lo más importante que encierran las de Bazin, si no se separase en los detalles, es decir, en la formación de los géneros nosológicos, del camino que éste ha trazado y sigue con poderosa iniciativa.

Hardy admite diez clases de afecciones cutáneas.

1.ª *Manchas y deformidades*, afecciones generalmente congénitas ó hereditarias, que sólo de un modo accidental se elevan al rango de enfermedades, y que no exigen ningún tratamiento médico; y en esta sección coloca todas las alteraciones del color de la piel, las verrugas y demás lesiones del epidérmis.

2.ª *Inflamaciones locales*, afecciones ó enfermedades febriles por lo común y agudas, como el eritema, el herpes, ectima, pénfigo, etc., que sólo exigen un tratamiento antiflogístico.

3.ª *Enfermedades parasitarias*, afecciones puramente locales y debidas á la presencia de un sér parásito animal ó vegetal, y cuya terapéutica reposa en la destrucción de éste, como la sarna y las tiñas.

4.ª *Fiebres eruptivas*, escarlatina, sarampión, etc., cuyo tratamiento consiste en la expectación racional.

5.ª *Erupciones sintomáticas*, como las manchas rosáceas, petequias, sudamina, etc., cuya curación depende del tratamiento de su causa.

6.ª *Dartros*, afecciones dependientes de una diátesis, que exigen una terapéutica especial y forman sólo cuatro géneros: el eczema, el líquen, el sporiasis y el pitiriasis.

7.ª *Escrfulides*, afecciones sintomáticas de la diátesis escrófulosa, curables ó modificables por los remedios que exige esta diátesis.

8.ª *Sifilides*, afecciones sintomáticas de la sífilis, id. id.

9.ª *Cánceres*, afecciones cutáneas que exigen la ablación de la parte enferma.

10.ª *Enfermedades exóticas*, ó propias de otros climas, y que rara vez se observan en los nuestros, como las lepras, etc.

Esta clasificación es sencilla, pero sus defectos saltan al momento á la vista. Empezando por su último grupo, parecen que es impropio de un sectorio de la escuela etiológica, porque lo que es exótico en un país, es indigeno en otros, y esto no puede servir de norma en las clasificaciones de la ciencia médica, ciencia que es una para todos los países, porque su objeto es la salud de la humanidad. Respecto á las afecciones, que él llama *dartros*, á imitación de Alibert, creemos también que ha sido poco feliz para la admisión de los géneros; porque si es verdad que las manifestaciones principales del herpes son el eczema, el líquen, el pitiriasis y el psoriasis, únicas que él admite, también lo es que hay otras de mucha importancia, como la urticaria, el impétigo, el forúnculo, el prurigo y el pénfigo, que pueden depender de esta misma enfermedad constitucional, al paso que esas cuatro enfermedades exclusivamente herpéticas para él, pueden ser de otras naturalezas por depender de la escrófula, de la sífilis, del reuma, ó de una causa exterior más ó menos especial. El grupo que él llama de inflamaciones locales no es tan verdadero como pretende, porque en el mayor número de casos estas inflamaciones son dependientes de una causa interna y no locales, en el sentido que quiere darse á esta palabra. Finalmente, y para concluir, el primero de sus grupos, manchas y deformidades, no está clasificado según los principios de la escuela filosófica moderna, atendiendo á la naturaleza de la lesión cutánea, porque las manchas pueden también depender de infinitud de causas.

Llegamos ya al doctor Bazin, que es el que presenta á nuestra consideración el cuadro más completo y más acabado de afecciones cutáneas.

Para este profesor, las afecciones de la piel se presentan en dos estados diferentes, ó bien en vía de evolución, ó bien sin evolución; sin curso patológico, es decir, estacionarias. A las primeras las llama *afecciones patológicas*; á las segundas ó estacionarias, las llama *deformidades*.

(1) Bazin trata, sin embargo, de separar sus doctrinas de las que profesan todos sus compañeros de hospital y en la primera lección del segundo volumen de su obra de *Afecciones genéricas de la piel*, publicada en 1865, hay en párrafo que vamos á copiar, y que indica las diferencias filosóficas que existen entre los profesores todos del Hospital de San Luis.

«En résumé, si nous voulons caractériser par un seul mot, dans une sorte de tableau synoptique, les diverses doctrines professées à l'Hôpital Saint-Louis, nous dirons, par M. Gibert, la forme classique; par M. Devèze, le mode pathologique; par M. Guéneau, le siège anatomique; par M. Hardy, les causes, la nature, les lésions; pour nous, la méthode.»

Tanto unas como otras pueden depender de causa *externa* ó de causa *interna*, y esta es la división más principal de la nosología de Bazin, división que, iniciada por Lorry en los albores de la ciencia y que siendo altamente filosófica, no ha sido, sin embargo, bien desarrollada hasta la época actual.

Las afecciones patológicas de causa externa las divide en dos secciones. La primera comprende todas las lesiones físicas de la piel. La segunda todas las afecciones provocadas ya directamente por las influencias higiénicas, por la aplicación de sustancias corrosivas ó irritantes, por la inoculación de venenos ó por la presencia de parásitos; ya indirectamente por ciertos medicamentos ó agentes tóxicos que, aunque vienen de fuera, obran sólo sobre el tegumento, después de la absorción por las vías gástricas.

Las afecciones patológicas de causa *interna*, forman ocho secciones:

4.° *Afecciones pestilenciales*, ó sintomáticas de las pestes, como las *petequias*, *carbunco*, etc.

2.° Las *febriles*, ó sintomáticas de las fiebres graves, como la *sudamina*, las manchas rosáceas de la fiebre tifoidea, etc.

3.° *Afecciones exantemáticas*, como la *viruela*, *sarampión*, etc.

4.° *Id. pseudo-exantemáticas*, como la *urticaria*, *roséola*, *zona* y *penfigo febriles*.

5.° *Id. flegmáticas*, como la *erisipela*.

6.° *Id. hemorrágicas*, como la *púrpura*.

7.° *Id. constitucionales*, ó sintomáticas de las enfermedades constitucionales, subdivididas en cinco órdenes. *Herpéticas*, *artríticas*, *escrofulides*, *sifilides* y *leproides*.

8.° *Id. diatélicas*, subdivididas en tres órdenes, las que dan lugar á *productos de inflamación*, como las *piústulas* de la infección purulenta; las que dan lugar á *productos homeomorfos*, y las de *productos heteromorfos*, ya *fibro-plásticos*, como la *esclerodermia* y los tumores de este nombre; ya *tuberculosos*, como el *tubérculo cutáneo*; ya *fangoides*, como ciertos tumores erectiles; ya *epiteliales*, como los *carcinomas*; ya *cancerosas*, como los verdaderos *cánceres cutáneos*.

La segunda clase de afecciones cutáneas, ó sean las *deformidades*, pueden ser de causa externa, como las *efélides* y ciertos tintes de la piel, debidos á la absorción de algunas sustancias, ó por el contrario, depender de una causa interna. Estas deformidades pueden ser *maculosas*, ó alteraciones del color de la piel; *granulosas*, como ciertas verrugas, *nevus* ó *hipertrofias cutáneas*, entre las que coloca la *elefantiasis* de los árabes; *esfoliáticas*, como el *ictiosis*; y finalmente, *cicatriciales* (1).

La clasificación de Bazin es bastante completa; comprende todas las alteraciones que pueden observarse en la piel, desde

las heridas y cicatrices, desde la más pequeña é insignificante deformidad, hasta la dolencia más grave ó complicada; pero tiene algunos defectos de detalle que puede ser que no lo sean, aunque nosotros así lo creemos.

Uno de ellos es el considerar el *ictiosis* y la *elefantiasis* de los árabes como deformidades; lo que, si pudiéramos tolerar para la primera de estas afecciones, no debemos para la segunda, enfermedad terrible que nada tiene de estacionaria, sino que por el contrario, va progresivamente alterando todos los tejidos y órganos de los miembros que ataca, sin que pueda detenerse por la acción de ningún medicamento.

Otro es considerar la *pelagra* como afección provocada por causa externa indirecta, dando ya por seguro lo que tiene muchas probabilidades de ser incierto, es decir, que esta enfermedad es siempre producida por el *verdete del maíz*, opinión que tiene en España numerosas pruebas en contra, á pesar de lo que hayan podido decir ciertos extranjeros que últimamente han recorrido nuestra patria, viendo tantas ilusiones como enfermos (1).

La escuela etiológica ó filosófica moderna es en nuestra opinión la que, sintetizando los trabajos de las demás escuelas, y uniéndolos filosóficamente al estudio profundo de las causas y de la naturaleza del mal, ha contribuido más al progreso de la ciencia é influido muy poderosamente en la dirección que debe darse á los conocimientos médicos.

Esta escuela, á la que pertenecemos de corazón, no rechaza, sino que aprovecha mejor que Willan sus trabajos de anatomía patológica y su *nosología cutánea*; conserva todos los nombres de sus lesiones y de sus síntomas; admite el *impétigo*, el *ectima*, el *eczema*, el *líquen*, el *prurigo*, etc., tales como los describió la escuela inglesa; pero no siendo esto suficiente, estudia más, busca la relación que tienen con sus causas, y las modificaciones que éstas imprimen en los caracteres objetivos y subjetivos de aquellas (2); busca la relación que tienen también con las lesiones de otros órganos ó tejidos, y enlazándolas por la observación de infinitos hechos, por la comparación y por la analogía, presenta á la consideración

(1) Bazin, en la primera clasificación, colocó la *pelagra* en el sitio que debía, en las afecciones constitucionales; pero dando luego, en nuestra opinión, más valor del que tenían á las observaciones del doctor Landouzi y de Costallat, la colocó en las afecciones de causa externa, clasificándola en *grave* y *leve*.

El doctor Landouzi, que recorrió poca tiempo antes de su prematura muerte nuestra provincia, haciendo prueba en favor de su opinión, fué engañado por algunos palleganos del hospital General, que contestaron que si á todo lo que preguntaba, ya por no entenderlo, ó porque los dejase en paz, como después confesaron; y en otros casos, ésa que por esta prematuna vulnera la memoria de tan sabio como dedicadamente profiere, cuya *pelérida literaria* siempre, tendrá por su parte le que no lo era.

(2) La *pápula del líquen*, según sea su causa, así se aguda ó crónica, intermitente ó continua, acompañada de *placazo* intenso ó sin ella.

El *líquen* *artrítico* se limitó en el desarrollo de cada una de sus *pápulas* y no más, mientras que el *herpético* ó el *exantemático* púrpura horriblemente, ha estado que los partidarios de otras doctrinas no dan á estas diferencias la importancia sensible que para toda persona imparcial tienen.

(1) Véase para mayores detalles cualquiera de las obras del doctor Bazin, pues en el principio de todas ellas pone su clasificación.



del práctico, entre otras cosas de importancia, las unidades morbosas, con el curso de sus edades ó periodos, advirtiendo de antemano la época en que se presentará ó reproducirá tal ó cual manifestación cutánea ó profunda, y el término que tendrán, no solamente estas, sino la enfermedad de que proceden.

No desprecia los trabajos de los anatómicos que le dicen el asiento orgánico ó histológico de las lesiones, sino que por el contrario los admite, así como los de la escuela anterior, para la fundación de los géneros nosológicos; pero al mismo tiempo demuestra lo incompleto de sus investigaciones, y la necesidad que hay de ver en lesiones de un mismo órgano ó de un mismo tejido diversas naturalezas y diferentes modos de padecer según la causa que los produce, deduciendo lógicamente que pues estas lesiones tienen causa, curso y terminaciones diferentes, y se curan de diferente modo también, no puede ser idéntica la lesión, aunque lo sea en apariencia (1).

Aprovecha para la descripción y clasificación de las dermatosis los trabajos de los eccléticos y los adelantos de la histología patológica; pero hace ver que lo que ellos toman por naturaleza íntima del mal no es más que el modo patogénico, y que una inflamación, una exudación, un neoplasma ó heteroplasma no son siempre lo mismo, siendo por el contrario diferentes en su esencia y manifestaciones, según la causa discrásica que los determina.

El neoplasma de la goma sífilítica no puede tener las mismas condiciones anatómicas que el tubérculo de la lepra ó el tumor fibro-plástico escrofuloso, pues á pesar de todas sus semejanzas, ni tienen el mismo curso y terminaciones, ni obedecen á los mismos medios de tratamiento.

La escuela etiológica, además de incluir dentro de sí misma las ideas de las otras, y de llamar la atención de los prácticos hacia los nuevos horizontes que les resta explorar, ha tenido el mayor comedimiento en la formación de sus agrupaciones nosológicas, no admitiendo sino las que se hallan sancionadas por el tiempo y tienen caracteres suficientes para distinguirse de las demás (2).

Las dermatosis artificiales, parasitarias, exantemáticas, herpéticas, reumáticas, sífilíticas, leprosas, escrofulosas, epiteliales, cancerosas, y todas las demás que admitimos, pueden distinguirse perfectamente entre sí por sus manifestaciones, y

por lo tanto han salido ya de la región de las hipótesis de Alibert, para ingresar en el terreno de la realidad científica.

Este camino será el que nosotros recorramos en la exposición de la ciencia, seguros del favor de nuestros compañeros que en España han tenido siempre opiniones análogas, á pesar de la turbación momentánea que en ellas han podido producir los histólogos y anátomo-patologistas con sus notables trabajos, que de hoy en adelante dirigirán con seguridad por el mismo rumbo que nosotros seguimos, es decir, por el camino de las causas y de la naturaleza de las enfermedades.

## VIII.

Fundando nosotros toda nuestra doctrina en el conocimiento patogénico de las dermatosis, y en la relación que éstas pueden tener con padecimientos análogos de otros órganos ó tejidos, debemos, ántes de exponer la clasificación que adoptamos, estudiar las llamadas causas de enfermedades, y su modo especial de acción en la producción y desarrollo de las dolencias cutáneas.

De este modo, y tratando de enlazar la patogenia con la anatomía y fisiología patológica para la explicación filosófica de los síntomas, es como podrá juzgarse de la bondad ó del poco acierto de una nosología que representa al fin y al cabo la síntesis de nuestros conocimientos.

No es fácil, ni mucho menos, el estudio que á emprender vamos.

La ignorancia ó la malicia de los enfermos, la antigüedad de los datos anamnésticos que deben recogerse, lo fácil que es un error cuando han de juzgarse hechos remotos de que el médico no ha sido testigo presencial, el número infinito de agentes morbígenos que pueden dar lugar á enfermedades de la piel, y la circunstancia especialísima de que bajo una misma apariencia y con síntomas y lesiones cutáneas idénticas al parecer, se ocultan afecciones de índole muy diferente, hacen que sea más difícil de lo que á primera vista pudiera creerse.

Esta dificultad no disminuye en nada su importancia, y los grandes descubrimientos que en tiempos modernos se han hecho respecto á este punto, prueban la necesidad que tenemos de insistir en investigaciones minuciosas para que el objeto final de nuestra ciencia pueda llevarse á cabo con la prontitud que exige nuestro deseo, y con la perfección que reclama la suprema ley de los Estados, ó lo que es lo mismo, la salud de los pueblos.

Compárense los tiempos, todavía no muy lejanos, en que se ignoraba la causa de la sarna, de la tiña y de otras afecciones dependientes de la implantación en nuestro cuerpo de animales ó vegetales parásitos, con los tiempos que atravesamos, y se verá cuánto ha variado la terapéutica, y con qué

(1) El *apocia* ó inflamación de los folículos pilosos puede ser *sifilítico*, *herpético*, *fito-parasitario* ó *artificial*, por ejemplo, y aunque sea idéntico el sitio enfermo, si la lesión puede ser igual, ni la enfermedad es la misma, y siempre exige diversos tratamientos.

Fundamos, al punto, pedimos decir á los analistas, el género *apocia*; pero este no es la enfermedad ó la especie morbosa, y ya que nosotros no queremos encontrar, dejámosla á nuestros lectores más en su propio camino. Diga luego en que caso lesione, el parecer idéntico, las cuente los síntomas diferentes por los progresos de la química y de la histología, y entonces nos de su la razón.

(2) Por eso el gran campeón de Basle es el lugar á caracterizar bien las *eritridias* ó dermatitis reumáticas, pero no basta decir lo que se desea mucho tiempo ántes que Bonilland estudiasen el reumatismo de un modo tan notado, que el reuma y la guta pueden dar lugar á dermatitis, sino que es necesario expresar los caracteres que éstas tienen cuando proceden de dicha causa.

facilidad se cura lo que ántes era tenido por incurable ó tardaba mucho tiempo en curarse.

Si hoy hablásemos á un dermatólogo, de temores acerca de la repercusión de estas dos enfermedades, ó de lo peligroso que pudiera ser el curarlas con prontitud, se reiría de nosotros.

Desgraciadamente para el estudio de la medicina, en todos y en cada uno de sus diferentes ramos, la etiología no se enseña como debe enseñarse, y esto ha hecho que se la olvide y que separándola de su parte filosófica, es decir, de la patogenia, se convierta en árido, monótono y de pura curiosidad lo que puede ser tan ameno, tan variado, tan necesario y tan útil.

Léanse los capítulos de nuestras obras clásicas antiguas y modernas que se ocupan de las causas de las enfermedades, y se verán casi siempre reducidos á una indigesta enumeración de influencias mortosas, cuyo modo de obrar no nos explican.

El calor, el frío, la humedad, la estación, el clima, el temperamento, la constitución, la idiosincrasia, estos ó aquellos alimentos, medicamentos ó venenos, estas ó aquellas enfermedades, la herencia, el contagio, etc., son palabras que oímos pronunciar á cada paso; pero ¿cómo obran estas causas para producir la enfermedad? ¿Por qué dan lugar á una afección cutánea y no á otra? ¿Qué modificaciones locales producen en la piel, qué modificaciones constitucionales producen en el organismo, para que lleguen á formarse esas lesiones del tegumento tan variadas y diversas en apariencia?

Los autores poco ó nada dicen de estas cuestiones, y de aquí la inutilidad de los estudios etiológicos, pues la importancia de ellos estriba en el conocimiento del modo de obrar de las causas, y de las modificaciones íntimas funcionales ó moleculares que siguen á su acción inmediata ó primitiva.

Intentaremos este estudio, siquiera sea de una manera general, dejando muchos de sus detalles para cuando nos ocupemos de la etiología de las afecciones cutáneas en particular, y con referencia á casos clínicos concretos.

La primera causa de que debemos ocuparnos es el *contagio*.

En los tiempos antiguos, cuando las afecciones cutáneas eran poco conocidas en sus detalles, todas se tenían por contagiosas, y los enfermos sin excepción se aislaban en los lazaretos, en los hospitales ó en sus propias casas, no permitiéndoles más que el trato preciso con sus familias ó con los encargados de su asistencia. El vulgo de hoy, á pesar de los adelantos de la dermatología, todavía mira con prevención al que padece de erupciones, y apoyándose en su conocido refrán de que *toda se pega menos la hermanstra*, imita á los antiguos y huye de estas dolencias, sin que puedan detenerle las reflexiones de médicos ilustrados.

Si decimos á una familia que uno de sus individuos padece la lepra de los egipcios ó de los griegos, la veremos inmediata-

tamente consternada, por más seguridades que la demos de que no es contagiosa, porque el vulgo no puede ni podrá nunca comprender que deje de ser contagiosa una enfermedad tan grave, que en la antigüedad producía tantas víctimas y ocasionaba el secuestro riguroso de los enfermos.

Desconocido hasta por los mismos médicos el número de las dermatosis contagiosas y el de las que no lo son, fué preciso que el gran Alibert, entregándose á una peligrosa experimentación en sí propio, demostrase lo que habia de verdad en tan enredado asunto.

Los *dartros*, las afecciones herpéticas, que generalmente se consideraban como transmisibles por contacto, desaparecieron desde su época de la categoría de las contagiosas, pues las diversas inoculaciones que se hizo de la exudación darto, siempre dieron resultados negativos.

Otros dermatólogos imitaron su ejemplo, y hoy, gracias á sus trabajos, tenemos los campos perfectamente deslindados. La razón, la observación y la experimentación han probado de una manera irrecusable el modo que tienen de propagarse todas las afecciones cutáneas conocidas.

Respecto á las dermatosis artificiales, no incluyendo en ellas las parasitarias, el sentido común nos dice que no deben transmitirse por contagio. Las pústulas, las vesículas, las ampollas, las píustulas, los forúnculos, y hasta las mismas úlceras, dependientes de ciertas fricciones medicamentosas ó del uso de ciertas sustancias, no son transmisibles ni aun por inoculación, á no inocularse al mismo tiempo que la materia exudada, algo del medicamento ó causa de la enfermedad. Pueden, sin embargo, presentarse en muchos individuos á la vez, circunstancia por la cual pudiera caerse en error.

En cuanto á las afecciones espontáneas, excepción hecha de algunas, como las sífilíticas, muermosas, carbunculosas y exantemáticas, todas las demás tampoco son transmisibles por contagio; y no lo son, porque tampoco lo es la enfermedad de que forman parte, ó de que solamente son manifestaciones sintomáticas.

Ni el cáncer, ni el tubérculo, ni la escrófula, ni el reuma, ni la lepra, ni el escorbuto son enfermedades contagiosas, y por lo tanto no pueden serlo los síntomas ó las lesiones que producen en el tegumento.

Queda, pues, limitado el número de las afecciones cutáneas, de que debemos hablar ligeramente, á propósito del modo de propagación que nos ocupa.

Las reduciremos á tres clases, que indican también tres géneros diferentes de contagio.

1.ª Afecciones parasitarias animales ó vegetales, en las cuales comprendemos la sarna, las tiñas, las difterias, etc.

2.ª Afecciones exantemáticas, viruela, sarampion, escarlatina, etc.

3.ª Afecciones virulentas, sífilis, muermo, carbunco; y también la viruela y la vacuna.



Las tres especies de contagio correspondientes á estas tres clases de enfermedades, son el parasitario, el miasmático y el virulento, cuya teoría es diferente en cada uno de ellos.

¿Cómo se verifica el contagio parasitario? O de otro modo: ¿cómo se originan las enfermedades parasitarias? Nada más curioso y al mismo tiempo más sencillo de explicar, que la producción de estas enfermedades.

Hay, sin embargo, diferencias notables entre los zoo-parasitismos y los fito-parasitismos.

En la sarna, por ejemplo, la enfermedad se produce siempre que una hembra del ácarus se traslada de un individuo afectado de esta dolencia á un individuo sano. No basta que el ácarus macho se deposite solo en nuestra piel, porque no pudiendo éste procrear, y siendo sus esfuerzos aislados bastante débiles para conseguir irritar el tegumento, la erupción á que puede dar lugar es tan insignificante, que pasa desapercibida. La hembra, por el contrario, en sus excursiones nocturnas va depositando multitud de huevecillos, que al cabo de pocos días se convierten en otros tantos ácarus de diferente sexo, los cuales, multiplicándose á su vez, dan lugar á irritaciones locales más ó menos profundas y diseminadas de la piel, constituyendo no sólo vesículas, sino pápulas, pústulas, y áun diviesos, cuya simultánea aparición es el carácter principal de la sarna.

Algunas veces se desarrolla esta enfermedad sin que el parásito ya formado sea el que nade de sitio; basta en ocasiones que por el contacto de las ropas de un sarnoso, recojamos algún górrimen, algunos huevecillos, que al calor de nuestro cuerpo puedan desarrollarse y dar lugar después á los mismos fenómenos.

El contagio fito-parasitario tiene algunos puntos de semejanza con este último modo de propagación de la sarna. En él, la enfermedad no se produce por la traslación completa del vegetal, sino por la traslación de algunos de sus elementos.

Los vegetales parásitos del hombre son plantas criptógamas, compuestas de células ó esporos, y de tubos microscópicos huecos ó rellenos de estas mismas células, consideradas como órganos reproductores.

Una sola de estas células colocada en un folículo piloso, debajo de la capa superficial del epidermis ó debajo del epitelium de las membranas mucosas, basta para producir la enfermedad.

Y aquí hay una circunstancia que merece tenerse en cuenta. A veces no es necesario tener contacto íntimo con el que padezca una afección fito-parasitaria, como la tiña, el muguet, la difteria, etc., para contagiarse. Es suficiente estar en la misma pieza; porque los esporos de las *mucoedineas* y de los *oidiums* son arrastrados por el aire, que los tiene en suspensión.

Los experimentos recientes de Bazin, que ha encontrado innumerables esporos del vegetal que produce la tiña en el aire

de las enfermerías, prueban la posibilidad de que esto suceda.

Una vez colocado un solo esporo criptógámico en nuestro cuerpo en condiciones apropiadas, véase lo que sucede y cómo se desarrolla, dando lugar á la enfermedad. Supongamos una célula del *achorion*, ó vegetal de la tiña, que ha penetrado por el conducto piloso y se ha mezclada con las células vivas del epidermis ó del bulbo, que pueden prestarla sus jugos nutritivos. Esta célula empieza á verificar lo que en botánica se llama generación endógena; crece algo, y en su superficie se van presentando elevaciones más marcadas cada día, que al fin constituyen nuevas células, que se separan de la que les dió su origen, y siguen por sí solas el mismo curso generador, el mismo desarrollo. Cuando ya hay muchas formadas, algunas se sueltan, y rompiéndose los tabiques intercelulares, dan lugar á tubos más ó menos numerosos, es decir, á los *esporangios* y al *mycelium* de la planta.

Formado ya el vegetal, con su color amarillo, como esos líquenes que vemos pegados y chupando el jugo de la corteza de los árboles, y teniendo ya asegurada su vida individual, crece más aprisa, y tiende á salir de su prisión por el orificio que dá paso al pelo. La capa superficial del epidermis le opone alguna obstrucción, que le dá esa forma deprimida en el centro; pero al fin la rompe, y pasados los 30 ó 40 días de la presencia del primer esporo en el cuerpo, puede ya verse la misma enfermedad que tenía el enfermo, causa de este contagio (1).

En las afecciones fito-parasitarias de las mucosas ó de la piel desnuda, en el muguet, y probablemente en la difteria, pasa lo mismo; pero como no hay pelos, el vegetal no profundiza, y gana en extensión lo que pierde en profundidad; por eso se ven esas plantas blancas formadas por las células y los tubos del género *oidium*, mezcladas con las células del epitelium, ganar grandes superficies en pocas horas.

Explicado ya el contagio parasitario, el modo de obrar de esa causa tan curiosa que los micrografos han dado á conocer, pasemos al contagio miasmático, y veamos cómo se producen esas afecciones cutáneas, que la patología general ha querido separar infundadamente del estudio especial de las enfermedades de la piel, llamándolas fiebres eruptivas. Estas fiebres, y principalmente el sarampión, la viruela y la escarlatina, se contagian de un modo al parecer distinto que otras fiebres graves ó pestilenciales. Aquí el miasma, si no es conocido en su esencia, puede verse, tocarse y recogerse, pues estas enfermedades se contagian por la exudación especial que en la piel producen; la viruela por el pus húmedo ó seco de sus pústulas, el sarampión y la escarlatina por la descamación del tegumento. En ellas no es necesario tampoco un contacto ínti-

(1) En las inoculaciones, á mayor dicho, en las trasplantaciones que hemos hecho en varios animales, descubriendo la piel con cautela, el tiempo que ha tardado en aparecer el vegetal ha sido mucho menor, de cuatro á diez días nada más.

mo; basta permanecer en la misma habitación para contagiarse, lo cual prueba que en el aire están suspendidas moléculas de sus exudaciones cutáneas.

Hay además otra circunstancia, que viene á probar lo innecesario de este contacto íntimo, y es que estas enfermedades existen, al mismo tiempo que en la piel, en las membranas mucosas.

En la boca y la garganta de un varioloso, sarampiñoso ó escarlatinoso, encontramos las mismas señales que en la piel, y esto ocurre también en mayor ó menor grado en todo el tegumento interno, en el pulmón, en el estómago, en las mucosas del ojo, de las fosas nasales, de la vejiga, etc.; de aquí los fenómenos catarrales ó inflamatorios que se observan en todas estas partes.

Pues bien; el aliento lleva al aire ambiente, así como todas esas secreciones, infinitos corpúsculos de la descamación ó exudación interna, que bastan para dar lugar á la misma enfermedad en todos los que, con cierta predisposición, los respiran.

¿Pero cómo esta materia exudada, esta descamación ceruida en el aire, produce la misma enfermedad?

¿Obra localmente sobre los tegumentos, ó se absorbe é inyecta en la sangre?

¿Qué es en su esencia ese producto morboso? ¿Es un fermento? ¿Son parásitos animales ó vegetales? ¿Es una sustancia virulenta que produce en los tejidos modificaciones químicas ó vitales apreciables?

La química y la microscopía no han contestado todavía, pero contestarán sin duda alguna, y de ellas debemos esperar mucho en todas las cuestiones del contagio.

Para nosotros, estos llamados miasmas de las fiebres eruptivas obran á la manera de las sustancias virulentas; sólo que, ejerciendo su acción sobre muchos puntos de la piel y de las membranas mucosas al mismo tiempo, el conjunto de sus acciones determina la simpatía de los sistemas generales, y de aquí la fiebre, á la cual ayuda también la absorción que hacen de estas sustancias los vasos capilares tegumentarios. La modificación primitiva que en la piel ó en las mucosas se produce, tal vez sea una alteración química de la célula orgánica; pero lo más probable es que se trate de un fermento, ya que no de un parásito vegetal (1).

Respecto al contagio virulento, reina también mucha oscuridad, aunque los hechos son más claros y palpables. La causa de este contagio reside siempre en un líquido, ya purulento, ya seroso; líquido que obra, ó por la absorción normal de la piel, ó por la absorción artificial á que dá lugar una inoculación. El modo de obrar de estas sustancias virulentas, tanto

en la viruela como en la vacuna, en el muermo y en las afecciones carbunculosas, es bastante poco conocido, y hoy solamente creemos saber algo más acerca de la sífilis, después de las observaciones micrográficas de Wagner.

Según este autor, la inoculación sífilítica dá lugar localmente á la formación de un tejido especial, compuesto de células, entre las cuales hay algunas fusiformes, que tienen la propiedad de reproducirse y aumentar su número en cualquier punto del cuerpo en que se depositen.

Este tejido de nueva formación, al que dá el nombre de sífiloma, constituye no sólo las úlceras, sino las sífilides, las gomas y demás productos sífilíticos.

Bazin no admite como Wagner un solo producto, sino dos: la goma y el tejido fibro-plástico.

Antes de estas observaciones, algunos micrografos, y entre ellos Donné, creyeron ver en el pus de ciertos chanceros y de ciertos flujos vaginales una multitud de animalillos infusorios, á los que dieron el nombre de tricomonas, por su forma, y que podrían explicar perfectamente esta especie de contagio virulento en la úlcera vendrá; pero esta opinión no ha sido confirmada por observaciones posteriores (2).

La verdad es que en las afecciones cutáneas virulentas, una sola teoría no puede explicar la producción de todas ellas; por lo cual, no siéndonos posible generalizar como en el contagio parasitario, dejaremos tiempo á los prácticos para que busquen en la observación la verdad que hoy se nos oculta (2).

Pasemos ya á analizar algunas otras causas importantes de las enfermedades de la piel, y con preferencia las verdaderas causas; es decir, las que son suficientes por sí solas, ó se bastan á sí mismas para producir el mal, sin necesidad de ayuda de ningún género. Por eso, después del contagio, es lógico que nos ocupemos de la herencia.

Si el contagio es la enfermedad, la herencia también lo es; un padre ó una madre herpéticos transmiten su padecimiento á todos ó varios de sus hijos, lo mismo que les legan los ras-

(1) Siempre hemos creído que ha de llegar un día en que se destierre de la ciencia la palabra virus, que no es otra cosa que una palabra destinada á cubrir nuestra ignorancia. Por eso trabajamos, en todo lo que podemos, para descubrir la naturaleza, y hasta hoy podemos decir que llevamos hecho muchos experimentos y no pocas observaciones químico-microscópicas en este objeto. En ellas no hemos encontrado todavía (á pesar de recoger el pus de chanceros íntimos) los infusorios ó tricomonas de que habla Donné, y que ha querido introducir en su teoría el Sr. Vinader, no si el fundamento en observaciones propias ó en conclusiones hechas.

En adelante nuestra opinión, que ha de fermarse después de mayor número de ensayos, diremos que, hoy por hoy, más esperamos de la química que de la microscopía para distinguir el pus sífilítico del que no lo es. La reacción ácida, que el sífilite tiene en contacto del papel de tornasol, y que no existe en el pus de cualquier otra úlcera, así como la mayor cantidad de albúmina que contiene respecto de otros en igualdad de volumen, algo dicen acerca de lo que pueda ser en qué que llamamos virus. En cambio, si los tricomonas nos explican el contagio del chancro sífilítico, no podemos explicar á otros para explicar la sífilis constitucional ni la herencia.

Hallier ha descrito y cultivado un vegetal, *exanthema apficum*, que se encuentra no sólo en el chancro venéreo, sino en el indurado y en la sangre sífilítica, el que atribuye el contagio de estos males, que antes se tenían como idénticos y hoy como distintos.

(2) De todos modos, la cuestión hoy parece limitarse á dos orígenes, los parásitos y los fermentos. Ya nos ocuparemos detenidamente de este asunto.

(1) Los modernos trabajos de Hallier, Salicrú y otros, hacen pensar en el juramento vegetal como causa de las fiebres exantemáticas, al paso que los estudios químicos de Liebig nos inclinan á los fermentos, no considerando á éstos como seres vivos y organizados.



gos de su fisonomía y los atributos, las circunstancias especiales de su organización; pero así como el parecido del semblante y la semejanza de constitución orgánica no se presentan hasta cierta edad, del mismo modo puede suceder que la enfermedad no se presente en los primeros años de la vida, y si más tarde, tal vez al llegar á la edad misma que tenían los ascendientes cuando empezaron á padecerla.

Esta circunstancia que hemos observado muchas veces, es la que nos inclina á considerar á la herencia como á la enfermedad misma, y no solamente como á una aptitud ó predisposición morbosa.

¿Por qué, si no, esa aptitud no desarrolla el padecimiento en un sujeto expuesto á todo género de influencias para ello apropiadas, hasta que llega precisamente á la edad en que le tuvieron sus padres?

Es que en estos casos la enfermedad está en su período de evolución, ó lo que es lo mismo, se está verificando la alteración lenta y progresiva de la constitución orgánica que precede á la aparición de los síntomas, alteración constitucional que es la misma enfermedad, y cuya esencia desconocemos casi siempre, porque nuestra humilde inteligencia no ha podido todavía elevarse al conocimiento de muchas cosas.

La sífilis nos presta datos muy poderosos en apoyo de esta opinión; pues esa tregua sintomática de algunos meses ó de algunos años, que deja existir entre los fenómenos primitivos y consecutivos, no es á juicio de ningún médico filósofo un estado completo de salud, sino por el contrario, un proceso morboso oculto, y por lo tanto más insidioso y más temible, porque se parece á esos fuegos reconcentrados que no hacen su explosión exterior hasta que, invadiendo todo el edificio, es imposible detenerlos.

La escuela inglesa, consecuente con sus ideas, ha tenido forzosamente, respecto á la herencia, que cometer grandes errores, que calificaremos de trascendentales por lo delicado del asunto. Así, haciendo hereditarias á las lesiones y no á las enfermedades, dice que un psoriasis del padre puede ser heredado por el hijo; pero no añade si el hijo en vez de un psoriasis padece un eczema crónico, que este mal sea hereditario de aquél; error que es muy extraño no hayan echado de ver por la observación diaria, los partidarios de las ideas de Willan, de Gilbert y de Cazenave.

Hemos visto muchas familias herpéticas, y no hemos creído nunca necesario, para afirmar la herencia de la enfermedad, el que las erupciones cutáneas de los hijos tuvieran la misma forma elemental que las de los padres.

No todas las dermatosis se heredan.

Ninguna de las incluidas en dos de los tres grupos de la clasificación que hemos adoptado es hereditaria (1).

Ninguna dermatosis artificial ó parasitaria, por crónica ó inveterada que sea, se trasmite por la generación á la descendencia; y si las vemos muchas veces atacar á varios individuos de una familia, es porque todos se exponen á las mismas causas morbosas, ó porque el contagio se encarga de su trasmisión. Las hereditarias las encontramos en el tercer grupo, en las espontáneas, y de éstas sólo en las crónicas, ya locales, efecto de un vicio de conformación ó de testura, como el nevus ó el ictiosis; ya constitucionales, como las escrofulosas, sífilíticas, herpéticas, reumáticas, leprosas, canceróideas y cancerosas (1).

Las espontáneas, que llamaremos *generales*, y las constitucionales *agudas*, como las carbunculosa, muermosa y escorbáticas, no se heredan, sino que se desarrollan de un modo artificial ó mediante el contagio.

Al ocuparnos de la herencia en dermatología, tiene que presentarse á nuestro juicio la grave y aún no resuelta cuestión de la transformación de las diátesis ó enfermedades constitucionales, al pasar de padres á hijos, cuestión importantísima por lo que puede influir en la terapéutica de las enfermedades cutáneas hereditarias.

Es muy común el ver niños escrofulosos, que son hijos de padres sífilíticos, tuberculosos ó herpéticos, y asalta inmediatamente la sospecha de si estas enfermedades, al pasar á la descendencia por medio de la generación, se han transformado en la escrófula, ó si ésta es independiente de aquellas, por más que estén unidas por ciertos lazos de causalidad.

Aunque la resolución de este problema no pueda darse todavía con seguridad, nos inclinamos á la negativa, porque además de ser poco filosófico el admitir la transformación de las enfermedades, hemos visto á muchos de esos niños escrofulosos presentar, cuando más crecidos, las enfermedades que tuvieron sus padres, coexistiendo con la escrófula de sus primeros años.

Si, pues, en ellos el herpetismo, la sífilis ó la tuberculosis se hubieran transformado en la escrófula, no habría motivo para que aquellas enfermedades sacasen más tarde la cabeza, aunque casualmente ó por intervención médica hubiese desaparecido esta afección, tan frecuente en los primeros años de la vida (2).

Lo que parece indudable es, que los padres afectados de un padecimiento constitucional no engendran hijos robustos, sino débiles, linfáticos y escrofulosos; pero esto no les libra por desgracia de las demás herencias morbosas, que mezclándose y confundiendo en sus manifestaciones, les hacen arrastrar una vida miserable ó sufrir una temprana muerte.

A pesar de esto, hay en la herencia, como en todo lo que

(1) Artificiales y parasitarias. (2) Tercero, que admitimos, es el de dermatosis espontáneas ó naturales.

(1) Véase más adelante el cuadro de nuestra clasificación.

(2) Alibert considera á la sífilis del padre como causa de la escrófula del hijo, y admite la transformación por herencia de la primera enfermedad en la segunda.

depende de la generacion, misterios inexplicables. Algunos hijos suelen librarse por completo de estos tristes legados; otros traen al nacer manifestaciones morbosas de ellos, y la mayor parte no dan señales de tenerlos hasta que han pasado cierto número de años de incubacion ó evolucion patogenésica.

Estas diversas circunstancias han obligado á los autores á dividir la herencia en absoluta y relativa.

En la primera, la enfermedad existe al nacer ó se presenta pocos dias despues con síntomas de mucha importancia y gravedad, por lo que, si no es prontamente mortal, por lo ménos es incurable.

En la segunda, el niño hereda las circunstancias orgánicas, el parecido anatómico-fisiológico de los padres; pero no se verifica el desarrollo de la enfermedad hasta despues de algunos años, ó tal vez en una época avanzada de su vida, por lo que podemos en algunos casos prevenirla con los cuidados higiénicos y profilácticos de que hablaremos en la higiene de la piel.

Otro grupo importante de causas eficientes de las afecciones cutáneas, es el formado por las enfermedades internas que se reflejan en el tegumento, y que, aunque parezcan localizadas en alguna viscera, son por lo comun diatésicas ó constitucionales.

En estos casos la dermatosis no es más que una parte de la enfermedad, y las causas que mediatamente la producen son las que determinan la alteracion constitucional y las lesiones de los órganos profundos.

La *sífilis* es una de las grandes fuentes de las afecciones de la piel, así como lo es de lesiones graves de las membranas mucosas, del iris, de los huesos, de las vísceras y del líquido sanguíneo.

No hay forma elemental que pueda excusarse de ser sífilítica, á no ser las eminencias parasitarias, las vesículo-ampollas del herpes zona, el habon y el forinculo; y la mayor parte de los médicos habrán tenido ocasion de ver traslucirse en la piel esta enfermedad, unas veces por simples manchas, otras por pápulas, por vesículas, por ampollas, por pústulas, por tubérculos, y hasta por ulceraciones costrosas más ó ménos corrosivas; lesiones cutáneas todas, que tienen aislada ó colectivamente caracteres bastantes para distinguirse de las demás, como veremos á su tiempo.

El herpetismo ó vicio herpético, enfermedad hereditaria, no contagiosa y constitucional como la anterior, es tal vez la causa directa más frecuente de innumerables dermatosis.

En la sífilis, como dijimos al hablar del contagio virulento, sabemos, ó mejor dicho, sospechamos el modo de produccion y desarrollo de cada una de sus diferentes lesiones; pero hasta hoy nada podemos decir respecto al *quid* constitucional que dá lugar á las herpéticas.

Decimos que es constitucional, porque además de ser hereditario, de presentarse sin necesidad de causa externa y de

producir afecciones cutáneas rebeldes, tenaces, que recidivan y tienden á progresar y generalizarse, dá lugar tambien á lesiones orgánicas profundas; en las mucosas, á catarros, á erupciones, escoriaciones supurantes y varices hemorroidales; en los nervios, á diferentes neuralgias, á parálisis y cierta especie de neurosis; y en las vísceras, á lesiones orgánicas hipertróficas, exulcerativas y heteromorfas del hígado, del estómago, del corazón, del cerebro y de los pulmones: sabemos conocer y diferenciar hasta cierto punto todas las lesiones cutáneas de esta índole, de aquellas otras que, ocupando el mismo sitio anatómico, dependen de otro género de causas: conocemos perfectamente los caracteres objetivos y subjetivos de las afecciones cutáneas herpéticas, cualquiera que sea la forma elemental bajo la que se presentan á nuestra observacion; el empirismo nos ha dado ocasion de comprobar la utilidad positiva de ciertos medicamentos indicados contra ellas, como el arsénico, el yoduro de azufre, el olmo piramidal, los balsámicos, la hidrocotyla asiática, el acónito, la anémoma pulsátila, el fenol, los salinos-purgantes y los ácidos ó astringentes; nosotros hemos además observado un hecho químico que algo puede que valga para el estudio patogenésico, y es la constante reaccion alcalina de las herpéticas, en oposicion á la reaccion ácida de las sífilides, escrofulides y reumáticas; algunos otros han creído ver en la sangre y en la orina de los herpéticos, animalillos microscópicos, ó esporos vegetales criptogámicos; pero la verdad es que hasta hoy no podemos explicar la esencia del herpetismo, y por consiguiente el por qué de la aparicion en la piel de sus síntomas especiales (1).

La *escrófula* es otra de las dolencias que tienen en la piel manifestaciones más características y frecuentes.

No es el lupus la única afeccion cutánea escrofulosa, como creyeron en un tiempo los dermatólogos, sino que hay además otra multitud de lesiones cutáneas de esta naturaleza, pero que por su carácter benigno no se ha sospechado que fueran dependientes del mismo estado morboso constitucional.

Lo mismo que en el herpetismo y la sífilis, la *escrófula* cutánea aparece bajo todas las formas elementales que, ó bien son benignas porque se resuelven, ó graves porque se ulceran; pero la frecuencia de las primeras en la infancia, y de las segundas en la juventud, es un hecho palpable; pudiendo ya hoy, merced á los esfuerzos de Bazin y de Gintrac, encontrar caracteres bastantes para distinguirlas de las afecciones cutáneas de otra índole.

¿Por qué dá lugar la *escrófula* á estos síntomas en la piel?

¿Qué son en su esencia las *escrofulides*? ¿Qué es la misma *escrófula*? ¿Por qué unas veces sus manifestaciones son benignas y otras no? ¿Por qué las malignas suelen ir precedidas por más ó ménos tiempo de las benignas, á semejanza

(1) Gigot-Suard ha explicado recientemente el herpetismo por el exceso en la sangre ó por la falta de eliminacion de la urea y de los ureos.



de lo que sucede en las sífilides? ¿En qué consiste esa alteración constitucional que va aumentando gradualmente como la antes citada, que á veces desaparece espontáneamente, y que otras se resiste á todas las medicaciones, dando lugar á catarras consuntivos y ulceraciones graves de las mucosas de las vías aéreas, digestivas y oculares, á infartos crónicos de los ganglios y de las vísceras, en los que germina con frecuencia el tubérculo ó el tejido fibro-plástico, á lesiones graves de los huesos y de sus medios unitivos, como la caries, la osteitis rarefaciente y el tumor blanco, y á neurosis, en fin, casi siempre incurables? ¿Consiste todo, como creen algunos micrografos y dermatólogos que admiten la identidad de la escrófula y del tubérculo, en el desarrollo de éste en cada una de las lesiones que aquella produce? ¿Consiste en una alteración de la sangre, ácida ó alcalina, como dirían los humoristas de la Edad Media; en ese aumento de suero, defibrinación y disminución de glóbulos que han encontrado Andral y Gabauret, y en una alteración debilitante consecutiva de la fíebre orgánica, ó depende de una alteración de las funciones digestivas, que produciendo mala linfa y no muy buena sangre, modifica las funciones nutritivas de cada una de las células orgánicas, dando lugar por ello á esas erupciones, ulceraciones ó infartos homeomórficos ó heteromórficos?

Nada sabemos todavía á ciencia cierta respecto de cada una de estas importantísimas cuestiones, y como en la sífilis y en el vicio herpético, sólo al empirismo debemos el conocimiento de los remedios que pueden ser útiles para cada una de sus diferentes localizaciones; así como por el genio observador de autores contemporáneos, hemos llegado á conocer los caracteres que las distinguen cuando existen en el tegumento.

La influencia del reuma en la producción de las dermatosis, indicada por algunos autores antiguos de una manera vaga y considerada como de poca importancia ó interés, ha sido demostrada, en nuestra opinión, por el sabio doctor Bazin, que no sólo ha dado á conocer cada una de las dermatosis procedentes de este vicio constitucional, sino los caracteres diferenciales y comunes á todas ellas, logrando, con sus fuertes razonamientos y numerosas observaciones, convencer de la verdad de sus ideas á gran número de profesores, á pesar de la guerra que le hacen en este y otros sentidos sus compañeros de hospital.

El reuma y la gota, ramas de un mismo tronco morbozo, de una sola enfermedad ó unidad patológica, dan lugar en efecto, no sólo á dolores, fluxiones ó inflamaciones musculares y articulares; á afecciones nerviosas del estómago y de los pulmones, á inflamaciones catarrales, eruptivas ó flegmonosas de las membranas que revisten las vías aéreas, digestivas y urinarias, á lesiones graves del corazón, del hígado, de los riñones y del cerebro, á hemorroides, á concreciones tofáceas

en las articulaciones, á la litiasis y á parálisis de diversa forma, sino que tienen en la piel manifestaciones especiales que, confundidas hasta ahora, y aún ahora mismo (1), con las herpéticas, pueden sin embargo distinguirse por algunos caracteres de importancia.

Como en las enfermedades anteriores, vemos también al reuma manifestarse en la piel con todas las formas elementales admitidas por Willan, desde el eritema á la escama, desde la vesícula ezeematosa á la pústula y á la ampolla penfigoidea.

¿Por qué el reuma da lugar á estas dermatosis?

¿Podremos explicarlo por la teoría de las fluxiones que algunos autores creen ver en toda afección reumática? ¿Dependerá del aumento de fibrina de la sangre en los capilares cutáneos ó inflamación consecutiva de estos mismos vasos? ¿Podrá influir la acidez de la sangre, ó la existencia en ella de ciertas sales que no existen en el estado normal, por lo ménos en tanta cantidad?

Es muy probable que todas estas causas reunidas y algunas otras, más bien que una sola, sean las que produzcan las *reumátides*, pues la coincidencia de ciertos hechos así nos lo hace presumir.

La reacción ácida que dan estas dermatosis en contacto del papel de tornasol, su curación á beneficio de los alcalinos, de los diluentes, antilogísticos y derivativos, así como por medio de la expulsión de grandes sudores ácidos; el presentarse en los sitios en que hay una fluxion muscular ó articular, ó sin que la haya, sobre la piel de las articulaciones; el cambiar de sitio con la rapidez de estas fluxiones ó de los dolores ambulantes de esta enfermedad constitucional; todo parece indicar que las *reumátides* son el espejo en la piel de lo que pasa en otros órganos, ó igual la naturaleza de su padecimiento; pero en este asunto, aunque estamos en buen camino, todavía nos falta mucho que averiguar.

La *lepra* es la enfermedad constitucional que produce en la piel estragos más temibles, más generales é incurables.

Confundida con otras dolencias, tenemos de ella los preciosos datos de una larga tradición, que nos pone de manifiesto los trastornos á que daba lugar en todos los tejidos y en todas las vísceras.

Sólo la enfermedad, en medio de tanto destrozo, se complace en dejar intacta la inteligencia, arribando la vida, con la contemplación del mayor de los infortunios. Manchas insensibles ó muy dolorosas, tubérculos exteriores ó subcutáneos, vesículas, pústulas, ampollas, úlceras, gangrenas, deformidades grandes sin cicatrices, todas estas formas elementales

(1) El ilustrado Hardy, profesor del Hospital de San Luis, no admite todavía las afecciones reumáticas de la piel, aunque le creemos inclinado á ello, y las confunde con las herpéticas en un mismo grupo de no clasificación. Nuestros honras visto alguno, aunque no tantas como habilitaríamos deseado para formar una opinión decidida sobre este punto, que, como antes decimos, se halla hoy sobre el tapete y en vía de solución.

ó secundarias pueden presentarse en la piel y en las mucosas, como síntomas de la lepra.

¿Y en qué consiste esta misteriosa enfermedad?

¿Por qué dá lugar á estas manifestaciones cutáneas? ¿Es una alteración general ó local del sistema nervioso, una lesión de las funciones nutritivas de la célula orgánica, ó una producción homeomorfa ó heteróloga, como el sífiloma y el cáncer? Esta última es la opinión predominante, después que los estudios micrográficos recientes han dado á conocer en las lepruides la existencia de una materia especial cuyos estudios no están aún concluidos, y á la que se ha dado el nombre de elefantásica ó tsaríthica.

El *cáncer* y el *epitelioma* son dos enfermedades constitucionales, cuyas manifestaciones cutáneas y teoría patogénica son bastante conocidas de todos para que queramos repetirla.

Respecto al *escorbuto*, tenido en Inglaterra por la causa más frecuente de dermatosis, todos sabemos que la alteración especial de la sangre que le constituye, basta para explicar las hemorragias cutáneas y las úlceras con que se manifiesta en muchos casos; y en cuanto al desarrollo de la *tuberculosis* en la piel, cosa sumamente rara, pero de que se citan ejemplos, coincidiendo ó no con la tisis pulmonar, nos será permitido que remitamos al lector á los tratados de patología interna, donde nos enseñan los clínicos y los micrográficos el modo de formación, crecimiento y evolución de la materia tuberculosa.

El *carbunco* ó fiebre carbunculosa, enfermedad que nosotros consideramos como constitucional aguda y diferente por lo tanto de la pústula maligna, que depende de la inoculación directa del virus séptico en la piel, es una dolencia que produce en esta membrana alteraciones tan graves, que casi siempre terminan por la muerte. Si esta enfermedad, como quieren algunos, puede existir sin manifestarse en la piel, lo más frecuente es que dé lugar en ella á tubérculos duros, negruzcos, rodeados de vesículas transparentes que exhalan una serosidad urente, colocadas sobre una aréola inflamatoria, que crece con una rapidéz espantosa, haciéndose negra ó violada, y ocasionando un abultamiento enorme de la piel, con dureza, renitencia y crepitation análoga á la del enfisema. Las mucosas presentan en pocas horas los mismos síntomas; las vísceras caen en una gangrena agudísima, y todos los sistemas generales presentan previa y simultáneamente con estas lesiones, fenómenos que indican la generalización y preexistencia de la acción del virus en ellos.

¿Y cómo se desarrolla esta enfermedad?

Fournier la atribuye á la introducción en las vías gástricas y respiratorias de ciertos animalillos de especie desconocida, cuya picadura venenosa, en estos puntos en que la absorción es tan fácil, es capaz de ocasionar los fenómenos sépticos y tifoideos que se presentan.

Otros creen á estos animalillos portadores solamente de la

sustancia séptica, que recogieron de la pústula maligna de los animales (1).

La verdad es que el temor que causa esta enfermedad ha impedido hasta hoy hacer observaciones que nos dieran luz sobre las alteraciones microscópicas y químicas que ese llamado virus determina en la sangre y en todos los tejidos; y mientras esto no se haga, no adelantemos un paso en la patogenia del mal, y por consiguiente en la explicación del por qué de sus característicos síntomas cutáneos.

Lo mismo con corta diferencia tendremos que decir del *muermo*, enfermedad propia de los animales, pero que en ciertas condiciones ataca también al hombre, dando lugar á lesiones cutáneas de que debe ocuparse la dermatología.

En el *muermo* no hay, hasta el momento en que escribimos, ejemplos de que se desarrolle espontáneamente; siempre puede atribuirse á un contagio directo, ó por lo ménos infectivo.

Pero obrando rapidamente la sustancia contagiosa sobre todos los tejidos del cuerpo del hombre, dá lugar á este grave padecimiento, que creemos también constitucional agudo, porque además de determinar en la piel lesiones variadas, como erisipelas, pústulas, vesículas, ampollas, manchas gangrenosas, abscesos, angiolecitis, etc., produce en las mucosas el coriza específico, la estomatitis, la angina y lesiones graves de los músculos, de las articulaciones, del pulmón y del cerebro.

Tampoco sabemos, desgraciadamente, qué es en su esencia ese flujo nasal fétido y sanguinolento, que desarrollándose después de grandes fatigas ó de extremados calores y malas influencias higiénicas en las fosas nasales del caballo, puede transmitir la enfermedad al hombre, y hacer á éste capaz de trasmitirla á sus semejantes.

Los veterinarios, que son los que tienen proporción de ver con frecuencia enfermedad tan común en los solípedos, no han podido atinar con el *quid* que dá lugar á este veneno morboso, y á las circunstancias especiales de su propagación y de las alteraciones físico-químico-vitales que determina en todos los tejidos (2).

Restanos, para acabar con este grupo de causas eficientes

(1) Hace tiempo visitamos á un niño de pecho, en Puerta de Hierro, hijo de un guarda del Pardo, que después de quince días de una enfermedad, producto de la especie dentaria, y ya bueno de ella, fué de pronto acometido de una afección carbunculosa espontánea y rapidamente mortal. Por la mañana se presentó una mancha difusa inflamatoria en un antebrazo, precedida de flicos altos; á las tres horas la mancha se extendió á todo el antebrazo, que se puso negro, absolutísimo, crepitante y muy doloroso; á las tres de la tarde apareció otra mancha igual en la región occipital, que en dos horas se extendió á toda la región, tomando los mismos caracteres que la del antebrazo; poco tiempo después se vio la misma en un pié, y el niño murió al amanecer, en medio de convulsiones fétidas y atácticas terribles. Ahora bien; en Puerta de Hierro, á la sazón no había ningún animal ni persona alguna enferma, ni la hubo después; no se mataban reses; oídas todo muy limpio; el niño, que era de buena crianza, no comía nada, y solo se alimentaba de la leche de su madre, que entonces estaba, al no volviendo, como; no le había pisado ningún insecto, ni había causa para explicar el mal. Tampoco se vio en las montañas vecinas ni tubérculo inicial, pues eran iguales, y como he dicho, difíceles. Todo lo aseguramos sin fruto para volver á esta pobre criatura.

(2) Algunos creen que el muermo es la difteria, y que como ella puede producirse de un vegetal parásito.



de dermatosis, citar una enfermedad frecuente en alguna localidad de España, y que á la par que se manifiesta en la piel por brotes intermitentes de un eritema escamoso y costras oscuras ó negruzcas de los extremos de los miembros, se trasluce en los demás aparatos orgánicos por hipersecreciones graves, crónicas y rebeldes de la mucosa intestinal y neurosis de la inteligencia, que conducen tarde ó temprano á la muerte. Nos referimos á la *pelagra*, cuya patogenia ha querido explicarse en estos últimos años por el verdete del maíz, pero que presentándose en la mayoría de los casos (al menos en España) en personas que no le han comido nunca, nos deja en la duda de cuál será su verdadera causa, y en qué consistirán las lesiones especiales que caracterizan esta enfermedad constitucional seguramente, endémica en algunos pueblos pobres y mal situados, y posiblemente hereditaria.

Algunas otras enfermedades no constitucionales producen alteraciones ó erupciones cutáneas. Las pestes, las fiebres graves, las erupciones y pseudo-exantemáticas se hallan en este caso, así como las hepatitis é infartos viscerales crónicos, que dan motivo para que, no circulando bien la sangre y los demás humores, sobrevengán varices, úlceras varicosas, hemorragias cutáneas, ictericia, prurigo icterico, etc., y además hipertrofias y algunas erupciones estéticas, como las que se presentan en las piernas de los anasíricos. La plétora natural ó accidental y repentina, como la que sucede á la supresión brusca de los ménstruos ó de otros flujos sanguíneos, puede tambien originarlas; pero para nosotros es dudosa la influencia de otras muchas enfermedades de que hablan los autores, porque las consideramos como síntomas internos de la enfermedad que dá márgen á las dermatosis, llámese reuma, gota, sífilis ó herpetismo.

Así, es muy común leer en ellos que las hemorroides y todas las afecciones crónicas del hígado, del pulmón y de los intestinos, son causas de afecciones cutáneas; y observadas bien estas lesiones internas, resultan dependientes de los vicios constitucionales indicados, pudiendo muchas veces curarse por los remedios anti-herpéticos, anti-reumáticos, anti-sifilíticos, anti-escurfulosos, etc., con que combatimos sus manifestaciones en el tegumento externo.

Estamos seguros de que el día en que tengamos más adelantados nuestros estudios patogenéticos, podremos finitar muchísimo el número de causas que hoy nos parece infinito.

El cuarto y último grupo que admitimos, de causas eficientes de dermatosis, son las *influencias exteriores*, muchas de las que tienen un modo de obrar tan directo y positivo, que podemos, empujándolas á voluntad, producir las dermatosis que queramos. Hay con efecto algunas sustancias que parecen tener una acción electiva sobre determinados órganos cutáneos, y que dan lugar á erupciones especiales con caracteres tan marcados que, vista la enfermedad, podemos asegurar su causa.

Ejemplos conocidos por todos tenemos en la ampolla, á que dá márgen el polvo de cantáridas, la vesícula de la hidrangria y la pústula especialísima de la pomada estibiada; pero además de esto, existen los eritemas que ocasionan todos los rubefacientes, como la mostaza, las ortigas, el agua á cierto grado de temperatura, la pez, los cáusticos poco enérgicos, diluidos ó que obran por breves momentos sobre nuestra piel; las vesículas que produce la aplicación sobre ella de las pomadas sulfúreas, del aceite de croton ó de euforbio, de la trementina, del amoníaco, del bálsamo de Opodeldoc, del agua sedativa, de algunas tinturas alcohólicas, de las pomadas ó emplastos de cicuta, opio, etc.; las pápulas de las pomadas alcalinas ó de ipecacuana; las ampollas del agua hirviendo, de la mostaza ó del amoníaco, cuando su acción es larga y continuada, del ácido acético, del jugo oleoso del anacardium, etc.; las piustulas del aceite de enebro, de los preparados arsenicales, del ácido nítrico y otras sustancias; las dermatitis flegmonosas, furunculosis y gangrenosas, que producen ciertas irritaciones prolongadas de la piel, sea cualquiera su causa; las erupciones específicas á que dan lugar las picaduras de ciertos insectos y reptiles, así como la inoculación de la viruela, de la vacuna, del chancro y de la pústula maligna (1).

Ciertos alimentos, como los pescados salados y los moluscos, bastan por sí solos para producir la urticaria; el abuso de los fiores dá lugar con frecuencia á esos barros ó eritemas acnéicos del semblante, que delatan el vicio que los causa, hasta para las personas menos científicas; y finalmente, el uso interno de ciertos remedios ocasiona dermatosis, que es de mucha importancia el conocer. Tales son, por ejemplo, el eritema papuloso de los balsámicos, y especialmente del copaliba; el eritema escarlatinoso de la belladona; la erupción pústulo-ulcerosa del arsénico; el eritema papuloso y á veces pustuloso del yodo y de los alcalinos, y el eczema mercurial ó hidrar-

(1) Lo notable en estas dermatosis, producidas por la ingestión de ciertos alimentos, es la instantaneidad ó prontitud con que aparecen y desaparecen, lo fugitivo ó fugaz que son, á pesar del formidable aparato de síntomas que ocasionan. En algunos, cuya indolencia especial no puede negarse, es suficiente el tomar una taza de café para que sobrevenga una urticaria aguda y general con fenómenos febriles y graves. Algunas otras y un poco de ácido, de vinagre, de rosa, etc.; el uso prolongado de las finculas de arroz ó de patatas; cortas cantidades de pan de maíz ó de avena, dan lugar en otros á la misma enfermedad ó á eritemas papulosos, aunque muy molestos.

En observaciones de este género debemos fundar las severas leyes de Moisés prohibiendo el uso de la carne de cerdo, á la que atribuía la producción de la lepra tuberculosa; observaciones que completó el ilustre Larnay, médico de la expedición de Napoleón á Egipto, y las no menos severas y más sentadas leyes de Mahoma, sobre el mismo asunto que creyeron causa de la esclatitud de los árabes. En todos los países hay prescripciones más ó menos fundadas contra el uso activo para la piel de algunos alimentos. En Escocia se atribuyen muchas dermatosis al uso del pan de avena. La pelagra se temía en Lombardía y en algunos puntos de Francia, como efecto del uso del maíz alterado. Solides son los efectos en la piel del pan de centeno, sobre todo cuando contiene ranciedad, y las gangrenas cutáneas que se presentan después de la ingestión de sustancias en putrefacción. El maloligo ó lepra de Norwége, se atribuye á la sustancia de oscuras peces podridos.

El hombre es tambien causa productora de dermatosis, ó sirve por lo menos para facilitar su presentación y su frecuencia, así como la debilidad de las fuerzas digestivas y el abuso de las bebidas acuosas; pero éstas, en nuestra opinión, más bien son predisponentes ó secundarias, que eficientes ó verdaderas causas.

gira, parecido, aunque más generalizado que el dependiente de las fricciones con las pomadas de este metal.

¿Deberemos detenernos en la explicación del modo de acción de estas sustancias para desarrollar la afección cutánea?

Ni sería posible ni conveniente estudiar hoy la patogenia de cada una de estas lesiones en particular; porque si bien es cierto que varias de estas causas deben tener un modo análogo de obrar sobre el tegumento, también lo es que en casi todas hay algo especial, por lo que deberemos dejarlo para cuando nos ocupemos de las observaciones clínicas.

Basta saber que algunas obran por sus propiedades físicas, como el agua á una temperatura elevada; otras por la acción química que promueven en contacto de los elementos anatómicos de la piel, y algunas de un modo hasta hoy desconocido, pero que, para ocultar nuestra ignorancia, hemos convenido todos en llamar irritativo ó por irritación.

No son estas solamente las influencias exteriores que dan origen á enfermedades de la piel. Hay otras más notables, si cabe, y más dignas de llamar la atención de los prácticos.

Prescindiendo de las causas físicas vulnerantes, que dan lugar á las heridas y contusiones de la piel; dejando á un lado también esas inoculaciones especiales de venenos animales morbosos (1) ó de líquidos segregados por ciertos insectos y reptiles, cuya mordedura ó picadura dá lugar, de un modo hasta hoy desconocido, no sólo á lesiones en la piel, sino en todos los sistemas generales, diremos dos palabras sobre las influencias atmosféricas.

El color puede considerarse como causa predisponente, ocasional y eficiente de afecciones cutáneas.

Los brotes de las erupciones herpéticas y exantemáticas se verifican casi siempre en la primavera y en verano, y en esta época es cuando vemos producir, á los rayos directos del sol, ciertos eritemas de la cara y de las manos que terminan por descamación, el efélide solar, y la insolación, enfermedad más grave por los síntomas generales que la acompañan (2).

El calor artificial puede ocasionar todos los grados conocidos de la quemadura.

Esta causa obra como predisponente y ocasional, por el aumento de la actividad funcional de la piel y las congestiones ó aflujo de humores que sobrevienen; y obra además de un modo directo favoreciendo la desecación de las células epidérmicas, en las cuales produce, si es muy fuerte, una especie de torrefacción y reducción del carbono que contienen; en lo que consiste, á nuestro modo de ver, el cambio de coloración que se observa.

La luz es otro de los excitantes naturales de la vida de la piel, y la que influye más en la producción ó desaparición

del pigmentum. Así vemos tan pálidos á los que se hallan forzadamente privados de ella por mucho tiempo, y de tan buen color á los habitantes del campo; pero en nuestra opinión no está probada su influencia en el desarrollo de ciertas hiperemias (1).

Puede por sí sola aumentar ó disminuir la coloración de la totalidad de las partes que baña, pero no dar lugar á manchas ó decoloraciones circunscritas.

El frío, además de predisponer y dar ocasión al desarrollo de ciertas erupciones, como las reumáticas, escrofulosas, escorbúticas y leprosas, es bastante por sí solo en ciertas circunstancias para producir algunas otras, como el sabañon y la congelación completa ó mortificación de la piel.

En el primer caso obra, ya por las flujiones ó reacciones que ocasiona el cambio de temperatura, ya por lo que disminuye la circulación é inervación de la piel, y por lo tanto su vida; lo que favorece la presentación en ella de los síntomas de esos estados constitucionales. En el segundo obra del mismo modo, pero llevando hasta el exceso la fuerza de su acción.

La humedad natural ó atmosférica y la artificial, predisponen como el frío á las reumáticas y escrofulides, al escorbuto y á la lepra; y exagerando su acción ó auxiliándose con la del frío, la mala alimentación etc., pueden llegar á producir las. Cazenave cita algunos casos de eclima, rupia y pénfigo crónicos, así como otros de lepra tuberculosa y de úña fávosa, atribuidos á estas causas; y por nuestra parte podemos decir que los leprosos de nuestras enfermerías atribuyen casi todos su enfermedad á grandes mojaduras, y á la humedad constante del suelo ó del país en que viven. En las afecciones escorbúticas de la piel y de las membranas mucosas está ya demostrada la influencia de la humedad del mar y su modo de acción especial, para que tengamos que esforzarnos en probarlo. Lo mismo podemos decir de las reumáticas, y aunque no tanto, de las escrofulosas.

Las localidades obran sobre la piel por el conjunto y calidad de las circunstancias atmosféricas de que acabamos de hablar, así como por la naturaleza de los terrenos y clase de alimentos que se ven forzados á usar la mayor parte de sus habitantes.

Las localidades frías y húmedas dan lugar á la escrófula y al reuma con toda su cohorte de afecciones cutáneas sintomáticas: las herpéticas, exantemáticas y pseudo-exantemáticas, son propias de los terrenos cálidos ó de las comarcas en que se abusa de alimentos y condimentos excitantes; pero la influencia de esta causa está casi siempre subordinada á la de otras más activas y poderosas.

(1) Como las heridas producidas por la mordedura del perro rabioso.

(2) La insolación, la sialia y el liquia trópico, son tejidos por Barón como efecto inmediato del calor.

(1) Barón cree que la sífilis solar entre las dermatitis producidas por la luz; pero si fuese posible aislar la luz del calor del sol, es probable víamos la mayor influencia de éste en el desarrollo de la enfermedad indicada.



En la Rioja, Navarra y algunos puntos de las provincias Vascongadas son frecuentes las herpétides, á pesar de que la temperatura es fría y húmeda; y no es raro, sino por el contrario muy frecuente también, observar las escrofulides y reumátides en los pueblos de Galicia y de Asturias, cuya temperatura media es más agradable.

Las estaciones (1) obran igualmente por el conjunto de las circunstancias climatológicas que llevan consigo, y sería repetir lo que tenemos dicho hace un momento, al hablar de las dermatosis á que dan lugar. Todos conocen la frecuencia de las fiebres eruptivas en la primavera, de las afecciones reumáticas en el invierno, y de las herpétides en verano; pero si en esto debemos detenernos poco, no así al ocuparnos de los climas, causa que encierra una cuestión importantísima, que es preciso dilucidar.

¿Hay afecciones cutáneas propias de los climas? ¿Hay especies nosológicas producidas por estas circunscripciones geográficas?

Algunos autores han separado en grupo aparte las enfermedades comunes de las exóticas que reinan en determinados climas, como la elefantiasis de los griegos en la Palestina, en la India y en el Egipto; la de los árabes en las Barbadas, la plica en Polonia, el pium en las costas de África y de América, el radesige en Noruega y en las costas del Báltico, y la pelagra en Lombardía y en algunos puntos de España.

Es indudable también que en el centro de nuestras Antillas, en la costa del mar de la China, en Filipinas, Mindanao, etc., se presentan afecciones cutáneas de todo punto nuevas para los médicos europeos, y sólo conocidas por los naturales de estos países, bastante atrasados por cierto en la investigación de los medios curativos de las mismas.

En oposición á esto, se ven algunas de las enfermedades indicadas presentarse en climas diferentes y aun opuestos, lo que ha hecho que autores contemporáneos nieguen su existencia como efecto positivo ó directo de la causa que nos ocupa. Así la lepra, enfermedad propia del centro del Asia y de las costas del Mar Rojo, se presenta también endémicamente en algunos puntos de Europa y de la América septentrional; y la pelagra, como acabamos de decir, en Lombardía y en España. ¿Puede haber influído para la propagación de estas dermatosis hereditarias y que antiguamente se tenían por contagiosas, las emigraciones de los pacientes verificadas en épocas más ó menos remotas y distantes de nuestros días?

Sea cual fuere la explicación que se pretenda dar sobre un punto etiológico tan curioso, ello es que hay dermatosis propias de ciertos contornos del globo. ¿Y por qué no hemos de admitirlas? ¿Por ventura no existen enfermedades postilenciales que nunca se presentan espontáneamente en Europa, como el cólera, la fiebre amarilla, la peste de Levante, el beri-beri y algunas otras de las regiones tropicales? ¿No hay en América especies de animales y de plantas que no existen en nuestro clima? ¿Por qué hemos de negar la posibilidad de que suceda lo mismo con las enfermedades, explicando su existencia en otros climas por el contagio ó por la herencia de los que emigran de unos á otros? (1)

De todos modos, los climas pueden considerarse como causa indirecta de las más graves é incurables afecciones cutáneas. Hay ciertas constituciones atmosféricas, en las cuales las enfermedades se presentan atacando á muchos individuos á la vez, por lo que tienen el nombre de *constituciones epidémicas*, causa muy frecuente de dermatosis.

Las fiebres eruptivas son las que más á menudo se presentan de una manera epidémica; la erisipela, la pelagra, la arrodinia, la lepra, la púrpura y las sífilides tienen también en la historia de la ciencia recuerdos epidemiológicos de importancia: algunas otras afecciones, por fin, se han presentado en ciertas épocas del mundo con más frecuencia é intensidad que hoy; pero los estudios de su causa y modo de propagación no se han llevado á cabo como hubiera sido de desear.

Además de estas causas eficientes de dermatosis, debemos, antes de concluir, hablar brevemente de otros agentes secundarios que favorecen más ó menos la acción de aquellas, siendo, como el terreno fértil, donde pueden verificar su germinación.

Nos referimos á las condiciones *individuales ó orgánicas* que tanto predisponen á determinados palecimientos.

Las edades tienen una gran influencia en el desarrollo de las enfermedades que nos ocupan, y hasta en el género de lesión ó forma elemental con que pueden manifestarse. La escrófula y sus manifestaciones cutáneas se observan por lo común en la niñez; los exantemas en la segunda infancia; los pseudo-exantemas, las afecciones artificiales y provocadas, las sífilides y las sintomáticas de fiebres graves, así como las hemorrágicas y escorbúticas, en la juventud y en la primera época de la edad adulta; las reumáticas, leprosas, canceroides y cancerosas, en la segunda época de la misma; y finalmente, en la vejez pueden existir las formas graves y tardías de la mayor parte de las enfermedades antedichas.

Respecto á las lesiones cutáneas, nunca encontramos en las primeras edades las crónicas, secas, escamosas ó pruriginosas.

(1) Deverge atribuye á la estación del invierno una gran influencia para desarrollar ciertas enfermedades de la piel (exantemas, en sustrito joleo, de estados constitucionales), como el liquen agudo á ferox (afección reumática), el sebeco simple, redens y lipomoides, la lepra vulgar, el psoriasis y la nanitagra.

Las enfermedades de la primavera no son tan secas, sino por el contrario húmedas ó segregantes, pudiendo observarse en esta época los eritemas, el impetigo, el liquen agudo simple, el psoriasis agudo, la pitiriasis roja, el herpes, la rubeola y el eczema de curso rápido. Japadla ha descrito de la escuela inglesa á que está enteramente, y concibe la importancia secundaria que debemos dar á estas observaciones, digase por otra parte de aplauso.

(1) Aunque aceptemos enfermedades propias de ciertos climas, no por eso abandonamos el clasificar por otra circunstancia, que no es la naturaleza del mal.

nosas, propias de edades avanzadas, sino las formas elementales agudas, húmedas ó segregantes, como el eczema, el impétigo ó el pénfigo. Estas mismas lesiones, cuando tienen un curso crónico, una extensión considerable y una exudación enorme, acompañan á la vejez ó á la edad crítica.

Los cambios de organización que sobrevienen por el curso de los años y las modificaciones que sufre la piel en su textura con el tiempo, pueden explicar muchos de estas diferencias. Dotada en la niñez de una vida exuberante, de una circulación, de una absorción y exhalaciones muy activas, tienen forzosamente sus dolencias que ser agudas y húmedas; pero perdiendo con la edad poco á poco estas circunstancias, disminuyendo el líquido de las células del epidermis, se hace más fácil su eliminación natural ó morbosa en forma de escamas, así como la cronicidad de todas sus dolencias.

El *sexo*, en nuestra opinión, no influye por sí solo, sino por ciertos estados particulares á que puede dar lugar en el desarrollo de las enfermedades del tegumento. Ni es mayor el número, ni diferente la naturaleza ó la forma de las dermatosis en uno que en otro sexo; pero la gestación, los trastornos menstruales y la edad crítica, pueden ocasionarles en el femenino.

Devergie dá al *temperamento* una gran importancia en la patogenia de los males cutáneos, llegando hasta fundar la terapéutica en estos modos de ser de nuestra organización. Alibert cree marcada su influencia, y todos los dermatólogos modernos lo confiesan, si bien en menor escala que Devergie. Este autor ha intentado probar que la mitad de las afecciones cutáneas van unidas al temperamento linfático, lo que ha sido causa de la boga en que ha estado el azufre durante mucho tiempo en dermatología; y pretende que las dermatosis se curan por los modificadores especiales del temperamento que tiene el enfermo, como el agua y las emisiones sanguíneas generales ó locales en el sanguíneo; los amargos, los sulfurados, los ferruginosos y el yodo en el linfático; los alcalinos en el bilioso, y los sedantes externos ó internos en el nervioso (1).

Ya en otro lugar hemos juzgado estas pretensiones de Devergie, por lo que no debemos insistir en su crítica; pero si bien no damos á esta causa una importancia desmedida, no negaremos tampoco que tiene mucha, porque en último término el temperamento es la organización.

Ciertas enfermedades de la piel, como las escrofulosas, sólo se presentan en los individuos de temperamento linfático; algunas, como las fito-parasitarias, aunque no son privativas de este temperamento, tienen sin embargo por él mucha preferencia. Las herpes y reumátides la tienen igualmente por el nervioso-bilioso, lo mismo que las cancerosas y epiteliales. Las demás, ó se presentan indiferentemente por de-

pendier del contagio, ó siguen las inclinaciones, si nos es permitida esta frase, de la causa que las dá origen. Esta misma preferencia se vé en las lesiones ó formas elementales. El eczema acompaña por lo común á los linfáticos; el impétigo á los sanguíneos; el prurigo á los biliosos; el psoriasis y el liquen á los nerviosos.

La *constitución* tiene muchos puntos de semejanza con el temperamento. En las personas robustas y de una constitución activa, son frecuentes los pseudo-exantemas; en las débiles, las afecciones crónicas y constitucionales.

La *idiosincrasia* gastro-hepática parece que predispone á enfermedades cutáneas; pero no debe olvidarse que el reuma y el herpetismo pueden desarrollar lesiones en las vías gástricas, que simulen esta disposición especial llamada idiosincrasia, siendo en estos casos fácil tomar por causa lo que es simplemente un efecto.

La *organización ó estructura de la piel* influye en la producción de dermatosis. Hay sujetos de una piel tan impresionable, que basta la causa más ligera, como la picadura de un parásito, la aplicación de una cataplasma, etc., para producir en ellos eritemas, habones ó pápulas, acompañadas de una comezon irresistible (1); hay otros en que las heridas más simples ó las erosiones más superficiales se eternizan antes de conseguir su cicatrización. Los individuos cuya piel es muy fina y transparente, tienen gran propensión á erupciones agudas; los de piel seca y árida padecen por lo común afecciones papulosas de diversa índole; aquellos en que es muy oleosa, sufren á menudo diversas especies de mentagra; todo lo cual depende de la mayor ó menor preponderancia y desarrollo de alguno de los órganos cutáneos.

Hay ciertos estados del cuerpo que, sin ser patológicos, pueden influir de una manera indudable sobre la piel, dando lugar á erupciones variadas.

El *embarazo*, el *puerperio* y la *lactancia*, sin que alteren el estado fisiológico de la mujer, suelen ir acompañados de dermatosis, que muchas veces sirven para presumirlos ó conocerlos. Las afecciones resultantes son pseudo-exantemáticas. Hay mujeres, y esto es muy común, que á los tres meses del embarazo empiezan á tener en la cara un paño ó mancha discromatosa (efélides), que desaparece después del parto. Rayer cita ejemplos de eczema y de prurigo que acompañaban á la gestación.

En las mujeres que se hacen *pletóricas* en los últimos meses, hemos observado repetidas veces erupciones pseudo-exantemáticas, con mucho picor, y en ocasiones con fiebre, que se generalizaban tomando la forma de liquen ó de urticaria, y no cediendo sino á beneficio de alguna emisión general de sangre. Los *trastornos menstruales* influyen de una manera análoga si son precursores ó dependientes de un estado

(1) *Traité pratique des maladies de la peau*, par Devergie; pag. 19.

(1) Estos sujetos son herpéticos.



pletórico; pero en circunstancias opuestas (clorosis, anemia) se ven también erupciones variables, según las disposiciones patológicas, la edad, el temperamento, etc., de la paciente.

En la edad de la primera aparición de los menstruos, en la pobreza de la mujer, lo mismo que en la pobreza del hombre, suelen verse eritemas, acnes y aún afecciones húmedas, cuyo asiento de predilección es la cara, que pueden terminar con el desarrollo del individuo, pero que á veces se convierten en crónicas, lo que ha hecho aconsejar á Devergie que no se contemporee mucho tiempo con ellas.

Cierto vicio ó hábito desgraciado que no nombramos, ocasiona en la cara y en la frente de los jóvenes la erupción acnéica denominada *corona veneris*.

La edad crítica de la mujer, ese momento ó ese largo periodo de tiempo en el que se verifica la desaparición de las reglas, va acompañado generalmente de erupciones húmedas que ocupan las regiones próximas á los órganos sexuales y á las manos, ó del prurito ó pródigo vulgar, tan molesto como refractario.

Estas afecciones tienen sus equivalentes en el hombre que culmina hácia la vejez, siendo frecuente verle mortificado por un eczema ó por un pródigo del ano ó del escroto.

Los antiguos daban mucha importancia en la patogenia dermatológica á la *supresión de flujos habituales*, y hoy todavía se miran con respeto, cuando han llegado á constituir una pérdida necesaria para el equilibrio de las funciones. Alibert cita un caso en que la supresión brusca de la menstruación á consecuencia de un susto produjo en una señora un psoriasis; y lo mismo este autor que otros más modernos presentan ejemplos, en los que la curación de ciertas úlceras crónicas ha traído en pos de sí afecciones cutáneas graves, como el lupus, ó enfermedades internas. Gilbert atribuye á la supresión de un sudor de pies el eczema de las orejas, y nosotros pudiéramos citar casos análogos (1).

La miseria, obligando á los individuos á ponerse en malas condiciones higiénicas y de alimentación, favorece el desarrollo de muchas enfermedades cutáneas, dependientes ó sintomáticas de la depauperación orgánica, como la rupia y el eczema caquético; y el *desaseo*, que por desgracia le acompaña, permite con frecuencia la germinación de esporos vegetales parásitos, ó el contagio de la sarna, siendo también la falta de limpieza causa de pruritos ó pródigos, por fortuna fáciles de curar.

El extremo opuesto, es decir, el *excesivo cuidado de la piel*, suele dar ocasión, por la mayor actividad funcional que determina en el tegumento, á eritemas, liquenes, eczemas artificiales, limitados, etc. Hay algunas familias que tienen la cos-

tumbre de bañarse todos los días en todas las épocas del año, pero no por eso se ven libres de erupciones. Señoras encontramos en nuestra moderna sociedad, cuya *toilette* dura algunas horas, que no contentas con la limpieza que el agua clara puede dar á su piel, se sirven de ciertos cocimientos y aún horchatas ó emulsiones, se frotan después con cold-cream ó cerato, pintándose por último con diversas sustancias metálicas, que privando al tegumento del contacto del aire, le hacen enfermar y palidecer *realmente*, por más que las apariencias indiquen bellísimos colores.

Los *sustos*, las *afecciones morales* y las *pasiones de ánimo*, de cualquiera clase que sean, tienen un influjo evidente sobre las funciones cutáneas, por lo que no debe extrañarse que le tengan en los estados morbosos. El rubor que produce la vergüenza, la palidez que ocasiona el miedo, las reacciones diversas que se observan en la piel de la cara en un acceso de ira, de cólera ó de lujuria, son prueba de lo primero; y respecto á lo segundo, hay infinitos ejemplos que lo demuestran. Gran número de enfermos de nuestra consulta particular han atribuido á disgustos grandes ó continuados las dermatosis que sufrían, siendo de notar que en estos casos casi siempre tenían los caracteres de las herpéticas ó de las canceroides, y en las primeras, formas elementales graves y generalizadas, ya escamosas, ya eczematosas. Alibert cita el caso de un criado, en el que sobrevino una erupción furfurácea que le duró muchos años, á consecuencia del susto que tuvo viendo conducir á su amo á la guillotina, en los célebres días de la revolución francesa, que se ha llamado *época del terror*. Gilbert refiere otro de un marido, que al encontrar muerta á su mujer, se cubrió repentinamente de un psoriasis general. Cazenave habla de un liquen agrius que se presentó en un joven después de una mala noticia. Devergie cita en su obra el hecho de un manufacturero que sufría, cuando le consultó, un psoriasis herpetiforme, atribuido á la explosión de una caldera que mató á varios de sus compañeros de trabajo.

Las *profesiones* obran sobre la piel, por el conjunto de acciones de las influencias exteriores ó interiores á que se exponen los individuos que las ejercen; pero casi todas las dermatosis que se deben á esta causa son artificiales. Bazin, que ha continuado en nuestra especialidad los estudios generales de Ramazini, ha demostrado las innumerables afecciones cutáneas que acompañan á cada una de las profesiones ó oficios, trabajo en el que le han auxiliado algunos de sus discípulos. En esta obra (1) verdaderamente notable, y cuya lectura no podemos menos de recomendar, hallamos la descripción minuciosa de las dermatosis que con más frecuencia se observan en los obreros que manejan los verdes arsenicales, en los preparadores de yerbas naturales, en los pintores, tintoreros,

(1) Edu en lo que Demaria Bonafina, *flexión trasladada*, idea y denominación felle, por limitada á poco número de casos, y palidez intermitente que siempre incide entre las afecciones constitucionales.

(1) *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées artificielles et sur la lèpre, les dartres, la psoriasis, les diffusions de la peau*, etc. Bazin, 1862.

preparadores de sustancias colorantes, en los que trabajan el cobre, azogadores, doradores y fabricantes de principios químicos; en los empedradores, cocineros, especieros, elanistas, grabadores, bataneros, zurradores, curtidores y pellejeros; en los mineros, hulleros, herreros, vidrieros, pasteleros, descargadores, cortadores, desbastadores, lavanderas, peinadoras, tallistas, bruñidores, cordoneros, marmolistas, herradores, etcétera, etcétera. En realidad, esta causa compleja de que hablamos está incluida en las que hemos estudiado anteriormente; pero es muy útil tener conocimientos de las erupciones que acompañan á ciertos oficios, para no incurrir en errores diagnósticos de importancia. Hay, por último, algunas *costumbres*, *vicios* ó *hábitos* de cierto género que predisponen á padecimientos cutáneos. El vicio que algunos tienen de pellizcarse la nariz ó los labios, dá lugar á flemones, á vesículas de herpes ó pústulas de impétigo artificiales; y en los que fuman mucho, no es extraño observar úlceras y tumores epiteliales, que simulan botones cancerosos y son á veces precursores de ellos.

No alargaremos más este estudio incompleto de la etiología y de la patogenia cutánea. Hubiéramos deseado poder explicar con seguridad matemática el modo de acción particular de cada una de las diferentes causas mencionadas, siguiendo paso á paso por entre el laberinto de nuestra organización viva los fenómenos, las impresiones, las alteraciones y acciones físico-químico-moleculares que en ella deben tener lugar; pero estamos muy atrasados todavía, y sólo hemos podido indicar algunos caminos que parece nos conducirán á la verdad después de muchas y repetidas investigaciones. El parasitismo en las afecciones contagiosas, las unidades morbosas en las constitucionales, y los agentes exteriores en las que no lo son, dominan toda la patogenia cutánea; y enlazando su acción respectiva con el modo que tenga de recibirla ó rechazarla la organización, llegaremos lentamente á explicarnos muchas cosas que hoy se nos ocultan tras el velo de misterios al parecer impenetrables.

#### IX.

Nuestra clasificación se funda en los mismos principios que la de Bazin, cuyos principales grupos admitimos y creemos que serán admitidos por la generalidad de los prácticos, por ser perfectamente naturales y estar bien caracterizados.

La causa y la naturaleza del mal nos sirven para las grandes divisiones; la forma y el sitio de la lesión, así como su modo patogénico, para las subdivisiones.

Prescindiendo nosotros de la division que hace Bazin de afecciones en vía de evolución y estacionarias, formamos tres grupos ó clases de dermatosis: las *artificiales*, las *parasita-*

*rias* y las *espontáneas*, que corresponden á las tres especies de causas que creemos puede haber en la producción de las afecciones de la piel; la palabra artificial no quiere decir que sean siempre las enfermedades efecto del arte ó del artificio; pero sí que pueden serlo, que está en nuestra mano el que lo sean en muchos casos, puesto que su causa es externa, existe fuera del organismo, y si obra por lo comun sin intervención nuestra, también nosotros podemos dirigirla para fines determinados. Es además una palabra antitética de la de espontáneas ó naturales, la cual indica la falta de esa causa externa, y por lo tanto nuestra impotencia para poderlas producir á voluntad.

Las parasitarias, en realidad, son también de causa externa, y pudiéramos incluirlas en ellas como hace Bazin; pero las hemos separado y colocado en medio de las otras dos, primero, porque es un grupo con caracteres precisos, y son patognomónicos los de las enfermedades que contiene; y segundo, porque creemos que se necesitan condiciones especiales de terreno, de organización, para que se desarrollen y propaguen los parásitos, lo cual ya constituye una reunión de causas externas é internas ó individuales, un modo causal intermedio que nos permite, sin faltar á la filosofía que debe presidir en este género de estudios, colocar también bajo la llave principal de nuestras divisiones este grupo intermedio.

No de otra manera se puede explicar la propilección de los fitodermos por el tegumento crameal de los escrofulosos, así como en el reino vegetal vemos el líquen y el oídium pegarse á la corteza de ciertos árboles, dejando intactos á los de otras especies, por muy próximos que se hallen, y buscando, por decirlo así, aquellos que puedan suministrarles el mejor y más apropiado alimento para su nutrición y desarrollo.

Cada una de estas tres grandes divisiones tiene caracteres distintivos suficientes.

Las parasitarias, las que suministra el microscopio: las artificiales, además de que la causa es tangible, por no decir conocida del mismo enfermo, en los casos en que este dato falta, tienen algunas caracteres específicos, como la pústula que produce la pomada estibada, que no puede confundirse con ninguna erupción, y otras un conjunto de señales capaz de darlas á conocer, como el sitio descubierto que ocupan; síntomas inflamatorios; duración corta si se aleja la causa; forma irregular ó muy regular, por lo que infunde sospechas; mezcla de formas elementales y ausencia de recidivas si, casualmente ó con conocimiento, se separó el origen del mal.

En las espontáneas no se vé ninguna causa externa que haya podido producirlas, ó si se vé alguna, es tan insignificante, que no encontramos relación de causalidad entre ella y lo que se presenta en la piel, sobre todo cuando observamos sus frecuentes recidivas en épocas determinadas, la ausencia de parásitos, la generalización de algunas, la pertinaz localización de otras, la unidad de forma elemental, y otros



caracteres no tan comunes ó tan generales que presentan á nuestra consideración.

En las afecciones *artificiales* admitimos como Bazin dos órdenes, según que la causa obra directamente sobre la piel (directas), ó indirectamente, después de haber impresionado las vías gástricas y pasado al torrente circulatorio (indirectas).

En las *directas* se comprenden las *heridas*, las *quemaduras*, las *congelaciones*, las erupciones producidas por la acción del sol ó los cambios de temperatura, las que acompañan á ciertas profesiones ó *profesionales*, las causadas por la aplicación de *sustancias irritantes*, como las cantáridas, la pomada estibiada, los aceites de enebro y crotoniglo, la belladona, el mercurio, etc., las que se originan por la *inoculación de materias pútridas, venenosas y virulentas*, como la pústula maligna, la vacuna, la viruela y el chancre inoculados, las que dependen del *contacto de secreciones alteradas ó excretales*, como el eritema intertrigo, el eczema naso-labial, el prurigo icterico y la sudamina artificial; las lesiones á que dá lugar la *presión lenta y continuada*, como el eritema por decúbito, las descarnaciones, los callos y los uñeros, y las lesiones consecutivas ó *cicatrices*.

Las *indirectas*, que se distinguen de las anteriores por su mayor generalización, dependen ó de la ingestión de ciertas sustancias alimenticias, y dan lugar entónces á la urticaria ab ingestis, á la acrodonia, al forinculo y al ergolismo cutáneo, ó de absorción de algunos medicamentos, sean ó no venenosos, como el copoña, el azufre, el yodo, mercurio, etc., y entónces producen erupciones especiales.

Nada más natural que el segundo grupo ó *afecciones parasitarias*; porque aunque exijan ciertas condiciones para su desarrollo, su causa principal, ó mejor dicho, la causa y los síntomas, son una misma cosa, el parásito, puesto que las demás erupciones que suelen acompañar á la tiña, sarna, etc., son artificiales, producidas por la irritación ó estimulación constante que el insecto ó el vegetal originan en la piel, y ni existen siempre, ni es necesario que existan para causar la enfermedad. El microscopio, en caso de no ser suficientes los caracteres clínicos, nos demostrará la existencia de ese ser organizado, que vive á expensas de la piel humana, y esto basta para distinguir la enfermedad, es decir, la afección cutánea.

Si en los *zoó-parasitismos*, que es el primer orden, sólo admitimos los tres géneros que todos los autores señalan, las afecciones pediculares, la sarna y el dragoncillo, no seremos tan sencillos en el segundo ó *fito-parasitismos*, que tendrá tres para nosotros: las *tiñas*, según la descripción admirable que de ellas hace el doctor Bazin, las *enfermedades diftericas* y las *plicas*. Estos dos últimos géneros son todavía dudosos, pues aunque está probada la existencia del *oidium albicans* en las pseudo-membranas del muguet, que es una especie de difteria bucal, y es probable que existan esporos de otras

plantas en las pseudo-membranas de la piel y en los bullas pilosos de los que padecen la plica, faltan estudios más detenidos para asegurarlo.

Si, como esperamos, los experimentos ulteriores vienen á comprobar esta idea, siempre será necesario admitir un estado especial de la constitución orgánica, favorable á su desarrollo, y auxiliar poderoso para dar lugar á fenómenos generales de gravedad suma ó de importancia, en cuyo caso tendría mayores motivos y mayor fundamento la separación que hacemos de las afecciones parasitarias, puesto que se encontrarían siempre mancomunadas dos causas, una externa y otra interna.

Llamamos afecciones *espontáneas* á todas las numerosísimas que aparecen en la piel sin necesidad de una causa exterior, aunque en ciertos casos pueda existir ésta, si no como eficiente, como ocasional, lo que no cambia de modo alguno la naturaleza del padecimiento; pero como la causa interna que las produce puede ser un estado especial de la anatomía y fisiología de la piel de un sitio más ó ménos limitado del cuerpo, ó un estado general ó constitucional moroso, admitiremos en ellas tres órdenes correspondientes á las tres especies de causas enunciadas: 1.ª, las *locales*, crónicas, infebriles, limitadas al punto en que reside la lesión anatómica fisiológica de la piel, como las manchas, tumores, esfoliaciones y cicatrices (deformidades de otros autores); 2.ª, las *generales*, agudas, generalizadas ó con brotes sucesivos, en las que comprendemos las *febriles* ó sintomáticas de las fiebres graves y pestilenciales, las *exantemáticas*, *pseudo-exantemáticas*, *hemorrágicas*, *hiperdiaériticas* y nerviosas; y 3.ª, las *constitucionales*.

Las *constitucionales*, hereditarias, aunque algunas puedan contraerse por inoculación, crónicas ó con tendencia á la cronicidad y á la repetición de nuevos brotes eruptivos, difíciles de curar, incurables ó mortales por las lesiones orgánicas profundas que dependientes de la misma causa las acompañan, comprenden las afecciones más importantes en dermatología, y las que dan, por decirlo así, su sello especial á esta rama de la patología. Trece son las divisiones que en ellas hacemos, y muchos son los géneros que en cada una de ellas pueden admitirse: 1.ª, las *sifilíticas*, cuyo color cobrizo, forma circular y unidad de forma elemental bastarían para separarlas de las demás, si no tuviéramos otros signos más preciosos para distinguirlas, como la ausencia de picor y dolor, el contagio, los infartos ganglionares próximos, la diferente forma elemental de las recidivas, la depresión y blancura de las cicatrices, los antecedentes del enfermo y la piedra de toque de la Terapéutica; 2.ª, las *herpéticas*, cuyo picor se exacerba por la noche y con el abrigo, y cuya simetría ó presentación simultánea en sitios iguales de ambos lados del cuerpo, las distinguen de las demás sin necesidad de apelar á la ausencia del contagio, de los infartos ganglionares, de las

úlceras y de las cicatrices, ni á la igualdad de forma elemental en las recidivas, ni á la utilidad de los arsenicales en el tratamiento; 3.°, las *reumáticas*, diferentes de las anteriores, porque son asimétricas, pican más con el frío y por el día, se calman con el calor, se acompañan con dolores reumáticos y ceden á los alcalinos; 4.°, las *escrofulosas*, casi siempre húmedas, asimétricas, sin picor ni dolor, á pesar de las destrucciones y de las hipertrofias que producen, y que se acompañan de infartos ganglionares crónicos, dejan cicatrices elevadas rosáceas y deformes, y mejoran con los tónicos; 5.°, las *escorbúticas* ó hemorrágicas crónicas ó infebriles, lividas, fungosas, sostenidas por un deplorable estado constitucional; 6.°, las *leprosas*, cuya anestesia basta, cuando existe, para conocerlas, así como las deformidades atróficas ó hipertróficas sin ulceracion que producen en la cara ó en los miembros; 7.°, las *pelagrosas*, situadas en las manos y piés, secas, negruzcas, eritemato-escamosas, y acompañadas de síntomas graves del aparato digestivo y de la inteligencia; 8.°, las *muermosas*, transmitidas con sus caracteres epizooticos de los animales al hombre; 9.°, las *carbunculosas*, cuyos granos especiales y característicos van precedidos y acompañados de los síntomas ataxo-adinámicos más graves, así como de la gangrena local; 10.°, las *tuberculosas*, con los síntomas clínicos y microscópicos de la tuberculizacion; 11.°, las *fibroplásticas*; 12.°, las *canceróideas* ó *epiteliales*; y 13.°, las *cancerosas*, cuyos caracteres clínicos y microscópicos son conocidos de todos por los estudios generales de la ciencia médica.

Poniendo correlativamente los órdenes, que son los que indican la naturaleza del mal, resulta la lista siguiente:

## DERMATÓSIS.

Artificiales directas.	Herpéticas.
Artificiales indirectas.	Reumáticas.
Zoo-parasitarias.	Escrofulosas.
Fito-parasitarias.	Escorbúticas.
Por deformidades.	Leprosas.
Febriles ó sintomáticas de fiebre.	Pelagrosas.
Exantemáticas.	Muermosas.
Pseudo-exantemáticas.	Carbunculosas.
Hemorrágicas.	Tuberculosas.
Hiperliacriticas.	Fibro-plásticas.
Nerviosas.	Canceróideas.
Sífilíticas.	Cancerosas.

El cuadro que acompañamos explica con más detalles nuestra clasificación, con los caracteres de cada uno de sus principales grupos, y aún con los de algunas de sus divisiones secundarias.

Si en él hacemos de las afecciones parasitarias la 1.ª clase, y de las artificiales la 3.ª, es porque creemos indiferente este cambio de colocacion y porque empezaremos el estudio clínico de las dermatosis por las afecciones parasitarias.



# AFECCIONES Y ENFERMEDADES DE LA PIEL.

## CLASES.

## ÓRDENES.

### 1.º PARASITARIAS.

**Carácter.** Producidas por causa externa especial ó parasitaria (microscópica). Contagiosas ó inasculables á su modo.—Con picazón que se aumenta por las noches generalmente,.....  
Acompañadas de erupciones artificiales de todas especies,.....  
Se *daurica* ó desaparecen ostensiblemente si en su curso sufre el enfermo otra enfermedad grave, volviendo á presentarse en la convalecencia...  
Se curan matando el parásito y combatiendo las complicaciones.....

Zoo-parasitarias...

Fito-parasitarias...

Caracterizadas por la presencia de uno ó muchos parásitos animales en la superficie ó en el espesor de la piel.—Pican ó mordeten sólo por la noche.—Se curan muy fácilmente matándolos ó extrayéndolos.—Dan lugar á erupciones artificiales variadas, múltiples y mezcladas.....

Caracterizadas por la presencia, evolución y desarrollo de los esporos de algunas criptógamas en los folículos pilosos, ó entre las capas del epidermis á *epithelium*.—Pican, dan lugar á erupciones artificiales mezcladas, y se curan matando el parásito y destruyendo sus sitios de implantación.....

Peculiaridades comunes.  
Sarna.  
Filaria ó dragón.  
Nigua.  
Tías dérmicas.  
Tías epidermicas.  
Tías epitelicas ó diftericas.  
Plicas.

### 2.º ESPONTÁNEAS Ó NATURALES.

**Locales á por deformidad.** Su causa local está en la piel afectada.—Son lesiones anatómicas, congénitas, crónicas, incurables, indolores y limitadas á uno ó varios puntos del tegumento, ó reliquias de otras dermatosis.....

**Generales.** Su causa está en alguno de los sistemas generales á la par que en la piel.....

**En algunas en la sangre; en otras en el sistema nervioso general ó en el cutáneo.**

Son agudas si presentan lesiones anatómicas perceptibles, y pueden ser crónicas si sólo presentan síntomas subjetivos. Son generalizadas ó tienden á generalizarse ocupando gran extensión de la piel.....

**Carácter.** Se presentan sin necesidad de causa externa, por efecto de un estado morboso local de la piel, ó bien general ó constitucional del organismo.....  
A veces existe una causa ocasional, pero no se la pueden atribuir efectos tan notables.....

La forma elemental en que se presentan es casi siempre única.....  
No van acompañadas necesariamente, sino por casualidad ó complicación, de parásitos animales ó vegetales.....

Pueden ser agudas raras vez y crónicas; pero siempre tienden á la cronicidad, á no matar al paciente en breves días.....

La mayor parte son hereditarias, algunas contagiosas por inoculación, varias incurables y mortales, y todas difíciles de curar por su *tendencia á la reproducción*.....

Tienden también á generalizarse por la salida de nuevos brotes eruptivos cada vez más extensos.....  
El tratamiento debe dirigirse á combatir el estado constitucional, pero sin descuidar el local, porque á veces es muy grave la lesión y es necesario combatirla.....

**Exantemáticas.**.....

**Pseudo-exantemáticas.**.....

**Hemorragicas.**.....

**Hiperdermáticas.**.....

**Nerviosas.**.....

**Sifilíticas.**.....

**Herpéticas.**.....

**Reumáticas.**.....

**Escarfulosas.**.....

**Escarbiticas.**.....

**Leprosas.**.....

**Polagrosas.**.....

**Muerasas.**.....

**Carbunculosas.**.....

**Tuberculosas.**.....

**Fibro-plásticas.**.....

**Cancroides.**.....

**Cancerosas.**.....

Comprende las manchas congénitas ó nevus, las verrugas, las hipertrófias cutáneas, la ictiosis y las cicatrices consecutivas á las dermatosis espontáneas.

Millar sifilítica.  
Sudamina.  
Petequias.  
Manchas rosáceas lentificadas.

Caracterizadas por la fiebre inicial prodromica que tiene caracteres especiales en cada erupción; por aparecer la erupción aguda en toda la superficie del cuerpo, y por terminarse en poco tiempo y sin necesidad de vísceras.....

La erupción precede ó coincide con la fiebre.—Es aguda, pero nunca tan generalizada como la de las exantemas; y es tan marcada en ella el elemento inflamatorio agudo, que á combatirla debe sólo dirigirse el tratamiento.....

Caracterizadas por manchas formadas por sangro extravasado en la piel, ya de la debilidad de la de los tejidos y alteración especial de aquel líquido.....

Caracterizadas por alteraciones visuales ó perceptibles por otros sentidos de las cualidades del sudor y demás excreciones cutáneas por causa general conocida ó desconocida.—*Sin erupción* ó lesión anatómica perceptible.....

Caracterizadas por alteraciones de la sensibilidad cutánea ó del sentido que en la piel reside.—*Sin erupción* ni lesión anatómica perceptible.....

Forma circular.—Color cobrizo.—Unidad de forma elemental, aunque á veces hay polimorfismo.—Ausencia de picor y de dolor.—Contagio por inoculación.—Cronicidad general y lentitud intrínseca del desarrollo de cada gran erupción.—Infartos ganglionares crónicos.—Extensión serpigiforme.—Reacción difusa.—Reacción ácida.—Cicatrices blancas, húmedas.—Antecedentes.—Tratamiento mercurial (1).

Simétricas en ambos lados del cuerpo.—Picor que se aumenta por la noche y con el calor. No son contagiosas.—Recliva igual. Heccecion alcalina. No dan lugar á úlceras, cicatrices ni infartos ganglionares.—Se curan con los arsenicales.

Asimétricas.—No contagiosas.—Pican ó dan pinchazos con el frío y la humedad.—Rodean articulaciones.—No producen úlceras, cicatrices ni infartos ganglionares.—Reclivan con la misma forma elemental.—Reacción ácida.—Antecedentes ó coexistencia de reuma.—Tratamiento alcalino.

Óasi siempre húmedas, asimétricas, sin picor ni dolor.—Destrucciones con atrofia ó hipertrofia.—Infartos crónicos.—Cicatrices elevadas, deformes, rosáceas. Reacción muy ácida.—Coexistencia de escrófula ó antecedentes de ella. Empeoran con el mercurio. Mejoran con yodo, azufre, etc.

Úlcerosas, fungosas, lividas, hemorrágicas, acompañadas de síntomas especiales de la boca y de la generalidad.

Anestesia de las manchas, tubérculos y úlceras. Color leonado.—Deformidad con ó sin previa ulceración.—Coexistencia de lesiones análogas en las mucosas externas, y en algunas internas como las de la faringe y laringe.....

Estado hipertrófico y de induración de los tejidos cutáneos y subyacentes.....

Secas, achacolladas ó negruzcas, eritematoso-escamosas en las manos y pies, que recidivan anualmente, y se acompañan de síntomas graves y especiales del cerebro y tubo intestinal.—*Erdemias y contagiosas*.....

Contagiosas.—Con evolución nasal específica.—Infartos ganglionares crónicos, aglomerados, profundos, y síntomas generales característicos.....

Contagiosas, gangrenosas y con síntomas generales tifoides ó ataxo-adinámicos.....

Con los síntomas clínicos y microscópicos de la tuberculosis.....

Con los caracteres microscópicos del tejido fibro-plástico.....

Ulceración y tumefacción con tejido epitelial morbosos.....

Tumefaccións y ulceraciones con los caracteres del tejido canceroso.....

Escarlata. Sarampión.  
Alfilerillo. Viruela.  
Varicela, Millar?  
Eritema, Erisipela. Herpes. Escama. Impétigo. Pénfigo. Líquen. Divieso. Antrax. Urticaria y Mentagra simples. Escleroma agudo?  
Púrpura simple.  
Púrpura hemoragica.  
Hemofilia cutánea.  
(hemidrosis, Eridrosis, Flujo sebáceo.

Anestesia cutánea.  
Dermalgia general ó local por causa general.

Forma circular.—Color cobrizo.—Unidad de forma elemental, aunque á veces hay polimorfismo.—Ausencia de picor y de dolor.—Contagio por inoculación.—Cronicidad general y lentitud intrínseca del desarrollo de cada gran erupción.—Infartos ganglionares crónicos.—Extensión serpigiforme.—Reacción difusa.—Reacción ácida.—Cicatrices blancas, húmedas.—Antecedentes.—Tratamiento mercurial (1).

Simétricas en ambos lados del cuerpo.—Picor que se aumenta por la noche y con el calor. No son contagiosas.—Recliva igual. Heccecion alcalina. No dan lugar á úlceras, cicatrices ni infartos ganglionares.—Se curan con los arsenicales.

Asimétricas.—No contagiosas.—Pican ó dan pinchazos con el frío y la humedad.—Rodean articulaciones.—No producen úlceras, cicatrices ni infartos ganglionares.—Reclivan con la misma forma elemental.—Reacción ácida.—Antecedentes ó coexistencia de reuma.—Tratamiento alcalino.

Óasi siempre húmedas, asimétricas, sin picor ni dolor.—Destrucciones con atrofia ó hipertrofia.—Infartos crónicos.—Cicatrices elevadas, deformes, rosáceas. Reacción muy ácida.—Coexistencia de escrófula ó antecedentes de ella. Empeoran con el mercurio. Mejoran con yodo, azufre, etc.

Úlcerosas, fungosas, lividas, hemorrágicas, acompañadas de síntomas especiales de la boca y de la generalidad.

Anestesia de las manchas, tubérculos y úlceras. Color leonado.—Deformidad con ó sin previa ulceración.—Coexistencia de lesiones análogas en las mucosas externas, y en algunas internas como las de la faringe y laringe.....

Estado hipertrófico y de induración de los tejidos cutáneos y subyacentes.....

Secas, achacolladas ó negruzcas, eritematoso-escamosas en las manos y pies, que recidivan anualmente, y se acompañan de síntomas graves y especiales del cerebro y tubo intestinal.—*Erdemias y contagiosas*.....

Contagiosas.—Con evolución nasal específica.—Infartos ganglionares crónicos, aglomerados, profundos, y síntomas generales característicos.....

Contagiosas, gangrenosas y con síntomas generales tifoides ó ataxo-adinámicos.....

Con los síntomas clínicos y microscópicos de la tuberculosis.....

Con los caracteres microscópicos del tejido fibro-plástico.....

Ulceración y tumefacción con tejido epitelial morbosos.....

Tumefaccións y ulceraciones con los caracteres del tejido canceroso.....

### 3.º ARTIFICIALES.

Producidas por causa externa conocida, de la que podemos valerlos para provocarlas á voluntad. A no ser virulentas, no son contagiosas. Más que picor, duelen, escarben y se acompañan de tensión inflamatoria.—Despues por lo comun ditas descubiertas.—Su forma es irregular, ó tan regular que da lugar á sospechas. Son agudas. Presentan mezcladas varias formas elementales. No recidivan espontáneamente, y desaparecen alejando la causa.....

Provocadas directamente.....

Provocadas indirectamente.....

La causa obra en la piel de un modo inmediato. Son limitadas. No se generalizan. Son inflamatorias y se curan con los antinfiamatorios si no basta alejar la causa.....

La causa obra en las vías gástricas ó en la sangre y por simpatía en la piel. Son extensas ó generalizadas.—Se curan alejando la causa ó neutralizando sus efectos inmediatos ó consecutivos.....

Cancroide ó epiteloma.  
Cáncer de la piel.  
Heridas. Quemaduras. Congelaciones. Lesiones producidas por la acción del sol, por irritantes, venenos, virus, secreciones alteradas y presión lenta. Cicatrices.  
Urticaria. Aerodinia. Ergotismo. Divieso comestivo. El model yodo, arsenico, mercurio, espalla, etc.

(1) Son tantas las especies y variedades de las sífilides, herpéticas, sordilides y escarbiticas, que sería difícil poderlas colocar en este cuadro, sin darle excesiva proporción.—La clasificación y divisiones de estos grupos pueden verse más adelante al tratar en la Clínica de cada uno de ellos.

## X.

Por la lectura atenta y detenida de la clasificación que adoptamos, ha podido venirse en conocimiento de las ideas que tenemos en dermatología. Caracterizados los grupos é iniciadas las grandes divisiones, hubiera sido perjudicial entrar en más detalles, que no nos hacen falta para el objeto que hoy nos proponemos, y que vendrán bien más adelante en los estudios clínicos.

Con lo dicho nos basta para poder ocuparnos de la parte práctica y de aplicación á la clínica, es decir, de las cuestiones del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las dermatosis consideradas en general.

Este estudio comprende dos partes: la una corresponde á la nosografía ó á la clínica, y será la que nos ocupe en este momento; la otra constituye la semeiología cutánea, y será objeto, Dios mediante, de otra obra (1).

En la actualidad nuestros juicios tienen que ser más generales, y sólo deberemos hablar de los métodos de diagnóstico y de la manera práctica de llevarle á cabo, según los casos y circunstancias; del modo de hacer las observaciones, y de las condiciones que deben llenarse en la exploración de los enfermos; de los períodos; del curso, duración y terminaciones de las dolencias cutáneas; de la gran cuestión de su repercusión ó metástasis, y otras de gran importancia para el pronóstico; de establecer las diferencias que existen entre las indicaciones que nos suministran las dermatosis en general por su naturaleza, y las que nos suministran por su modo patogénico ó por la forma de su lesión; de las medicaciones y medios de tratamiento; y en fin, de la higiene general de la piel y con aplicación á los casos de herencias probables.

a. Para un anatómico ó eclético como Hebra, la exploración de los enfermos cutáneos se limita á reconocer el estado general de su piel, su mayor ó menor sequedad y aspereza, las circunstancias de sus productos de secreción sebácea, sudorífica ó epidérmica, y la forma serosa, purulenta, etc., del proceso morbozo exudativo que tienen, ó bajo el cual se presentan las *eflorescencias*; deduciendo de aquí el sitio del mal, ó mejor, la clase de folículos en que reside.

Para un anatómo-patologista como Riott, ó para un eclético como Cazenave, lo principal es averiguar la forma elemental que tienen ó han tenido las lesiones que en la piel se observan, y ver si las alteraciones funcionales de la misma corresponden á la circulación, á la sensibilidad, á las secre-

ciones foliculares ó al trabajo nutritivo y de formación de todos los tejidos orgánicos, cuyo trastorno puede dar lugar á dermatosis.

Para nosotros, la exploración de un enfermo tiene que ser más detenida y minuciosa.

Debemos ver las condiciones anatómicas de la piel, haciendo, si es posible, desmenuar al enfermo para apreciarla en conjunto. Así podremos conocer su coloración general y los distintos matices que trega en los puntos enfermos, su estado anémico ó hiperémico, su sequedad ó aspereza, el sitio de las lesiones, la forma variable ó única de éstas, su colocación simétrica ó asimétrica, los períodos de desarrollo relativo de cada grano eruptivo, la consistencia y caracteres de las exudaciones líquidas y de las costras en que se desecan, el color de éstas y de su aróla si la tienen, y en fin, todos los síntomas objetivos que pueden apreciarse por los sentidos; pero no deben olvidarse los subjetivos, que averiguaremos preguntando al enfermo, porque tienen más importancia que los otros para el diagnóstico de la naturaleza del padecimiento.

Las condiciones del dolor, de la picazon, de la reproducción del mal; la forma idéntica ó distinta de los nuevos brotes; el tiempo que media entre unos y otros; la época del año en que aparecen y reaparecen; la influencia del calor ó del frío en su presentación ó en su crecimiento; la influencia de la humedad ó de la noche en su exasperación ó en su alivio; la fugacidad, intermitencia ó persistencia de las lesiones, y otros que pudiéramos citar, tienen más valor para el diagnóstico de la naturaleza del mal, que todos los objetivos ó que muchos de ellos.

La picazon que no existe de día y es intensa por la noche, cuando acompaña á una erupción que va lentamente aumentando y diseminándose por todo el cuerpo, nos hace ya sospechar la sarna.

La picazon continua con exacerbaciones nocturnas, ó á consecuencia del calor y del frotamiento, cuando acompaña á una erupción agrupada en uno ó en varios puntos, nos indica el herpes ó la escrófula benigna.

La ausencia de picazon y de dolor en erupciones de aspecto grave, nos hará pensar en la sífilis ó en la escrófula maligna.

La generalización repentina de una erupción precedida de fiebre, nos conducirá á la idea de los exantemas; el dolor neuralgico, á la de una zona herpético ó reumático; la reproducción de una dermatosis, á la de una causa constitucional que la sostiene; la exacerbación por el frío y la humedad, al reumatismo ó á la escrófula, etc., etc.

Pero aún no es bastante en la exploración de los enfermos cutáneos el observar, sino que á veces tenemos que experimentar ó preguntar á la naturaleza, y á lo que no alcanzan los sentidos puede alcanzar el microscopio, la química, la inoculación y la piedra de toque del tratamiento.

El microscopio nos demuestra el parasitismo; las reacciones

(1) La semeiología cutánea se ocupa de los signos diagnósticos, pronósticos y terapéuticos de las lesiones y estados cutáneos. Es un estudio inverso al que vamos á emprender hoy. Hoy descendemos desde la enfermedad á la lesión y á sus variedades; en la semeiología, desde las lesiones subyacentes á la enfermedad; ambos estudios se complementan mutuamente.



químicas de las exudaciones eruptivas pueden sacarnos de apuros en el diagnóstico de la sífilis, de la escrófula, del herpetismo y del venéreo, y la inoculación y el tratamiento pueden en casos dudosos decirnos mucho acerca de la naturaleza de la enfermedad cutánea.

Con los datos objetivos, subjetivos y experimentales, casi siempre tenemos bastante para llegar al diagnóstico de una manera directa ó absoluta si hay patognomonía, ó por el método inductivo si no la hay; pero como nosotros buscamos siempre la relación de los fenómenos que en la piel se presentan con los de otros órganos; como de esta relación puede deducirse la edad ó el período de una enfermedad constitucional, que será tal vez la que tratar deíamos; y como, en fin, la historia del mal y la historia fisiológica y patológica del individuo pueden completar y mejorar ó modificar nuestros juicios clínicos, aconsejamos recogerla minuciosamente después de la exploración del enfermo y nunca antes, porque divagaríamos mucho en las preguntas y no podríamos poner al enfermo puntos de comparación que le hiciesen ver claramente lo que deseamos saber.

6. En toda historia ó observación clínica de afección cutánea, debe hacerse constar:

4. Las condiciones individuales del enfermo, incluyendo en las de la mujer las relativas á sus aparatos sexuales (estado de la menstruación, gestación, puerperio, lactancia, etc.), y en las del niño las de la dentición, circunstancias de su nodriza, y si está ó no está vacunado.

La edad, el sexo, el temperamento y la constitución pueden tener menos importancia á veces que el género de vida y de alimentación, que no debe olvidarse; así como tampoco puede prescindirse de las condiciones del clima y de la localidad en que haya nacido ó residido habitualmente el enfermo, y de los cambios que ha podido sufrir por el estado de aclimatación en que puede hallarse.

2. La historia morbosa de sus ascendientes, en la parte que pueda tener relación con el objeto que nos proponemos, fijándose sobre todo en sus enfermedades constitucionales ó en las afecciones viscerales crónicas que puedan indicárnoslas; dato muy importante para el diagnóstico de las afecciones cutáneas, porque nos sirve para conocer las predisposiciones morbosas que transmite la herencia.

3. Las enfermedades que anteriormente haya sufrido el enfermo por la influencia que han podido tener en su constitución, en el fomento de otras causas morbosas, ó en presentar ocasión y facilidades á éstas para que desarrollen sus efectos.

4. Las causas á que el enfermo atribuye su padecimiento.

5. Su modo de invasión (debiendo observar, que este modo de invasión se refiere, no precisamente á la afección actual ó al momento actual de la enfermedad, sino á la primera vez que haya padecido brotes eruptivos análogos), ha-

ciendo mérito de la forma elemental y caracteres de la erupción, que en su origen se presentan claros, y que después se modifican y oscurecen por las alteraciones que determinan en el dérmis.

6. Las épocas en que se ha reproducido, explicando el tiempo que ha mediado entre cada brote, la estación en que se han presentado, los caracteres de las lesiones, el influjo que en ellas ha tenido el tratamiento empleado, especificándole, y las afecciones alternantes ó coexistentes de otros órganos.

7. La historia del padecimiento actual ó del momento actual de la enfermedad, con las mismas circunstancias, es decir, con su causa presunta, modo de invasión, curso y tratamiento hasta el día, pintando la enfermedad con todos los caracteres objetivos, subjetivos y experimentales ya indicados, y sus simpatías ó sinergias con los órganos profundos.

8. La descripción del enfermo y de la enfermedad en el día de la primera observación.

9. El diagnóstico directo ó inductivo.—Juicios clínicos.

10. El plan establecido.

11. El curso de la enfermedad y del tratamiento, hasta la terminación del mal ó del enfermo.

12. La duración deducida de la fecha del alta ó de la defunción, y la autopsia microscópica de la piel y de los órganos profundos que se encuentren lesionados en este último caso.

Difícil es que, recogidos estos datos con la verdad y con la claridad del lenguaje vulgar, existan en las observaciones errores de apreciación, á pesar de que es bien sabido que hay hechos para todas las ideas, y fundamentos prácticos para los juicios más contradictorios.

A la cabecera del enfermo, y ántes de pasar á recoger minuciosamente los datos anamnésticos, nosotros hacemos que los alumnos se acostumbren á recoger los objetivos, subjetivos y experimentales que á la sazón se presenten, estableciendo el diagnóstico provisional, que rara vez deja de quedar como definitivo.

e. Tres métodos podemos seguir para llegar al conocimiento de la verdad clínica. El directo ó absoluto; el inductivo ó baconiano, que es el verdadero método; y el deductivo ó diferencial, que no es tal método, sino un medio defectuoso é incompleto de acercarnos á la verdad.

*Método directo ó absoluto.* Cuando por los estudios previos y la sanción de la experiencia hemos adquirido la convicción de que un síntoma es patognomónico de tal ó cual enfermedad, nos basta verle para asegurar la existencia de aquella, porque en ninguna otra podemos encontrarle.

La expulsión de un trozo de ténia, el choque del catéter contra un cálculo vesical, etc., son suficientes para establecer el diagnóstico directo, y sería ocioso y hasta ridículo el detenerse en los penosos y largos trámites de la inducción y de la deducción.

Olávese que el síntoma patognomónico siempre es único, y que en realidad no es síntoma, sino la enfermedad misma ó la causa de trastornos que con ella desaparecen, á no haber dado lugar á lesiones importantes que por sí solas constituyan otra enfermedad diferente.

Aplicando estas ideas á la dermatología, nos encontramos con varias afecciones que tienen caracteres patognomónicos y que podemos diagnosticar directamente. Como sucede en la patología interna y externa, los cuerpos extraños animados ó inanimados son los que constituyen estas dolencias.

La herida que produce un arma cortante; el surco que sólo el ácarus sabe construir; la existencia demostrada de este parásito y la percepción por el microscopio de los vegetales que existen en las tiñas, y con cuya trasplatación podemos producirlas á voluntad, son ejemplos de lo que decimos.

Pero á veces, sin haber ó existir verdadera patognomonía; la encontramos en la reunión de varios síntomas que sólo están juntos en determinadas enfermedades, y que, si separados nada valen, nos dan certeza casi absoluta reunidos.

Los tubérculos y la insensibilidad pueden existir separadamente en la piel por efecto de infinitas causas y en diversas enfermedades; pero los tubérculos insensibles hasta el punto de poderlos eliminar sin que lo note el paciente, sólo se encuentran en la elefantiasis de los griegos.

Algo semejante pudiera decirse de muchas afecciones artificiales, como las producidas por la cantárida, ciertos ácidos, tártaro emético, etc.; pero cuando hay que apelar á la reunión de un gran número de caracteres, es mejor seguir para el diagnóstico el método inductivo.

Leyendo con detenimiento y aprendiendo bien los que hemos asignado á cada orden en nuestro cuadro de clasificación, pueden los alumnos hacer el juicio provisional, modificándole si há lugar con los resultados del método inductivo, después de recogidos los datos anamnéticos que faltaban.

Una erupción crónica, que se ha reproducido varias veces, y cada vez con más energía ó tendencia á la generalización, que en todas ellas ha tenido la misma forma elemental, que es simétrica, dá reacción alcalina, pica de continuo y se exacerba por el calor ó durante la noche, pueden calificarla provisionalmente de herpética y plantear el tratamiento arsenical sin temores, porque seguramente la inducción confirmará este diagnóstico provisional directo.

Otra erupción crónica, de lento paso en el desarrollo de cada grano eruptivo, que ni pica ni duele, dá reacción ácida, tiene color carlizo, figura circular y se reproduce con forma elemental diferente, circunscribiéndose y limitándose en vez de tender á generalizarse; siquiera, en cambio, aumente su gravedad local, casi siempre será sifilítica.

No tratamos de oponernos, por citar estos ejemplos, al desarrollo del método baconiano, que es el único verdadero y el que deben seguir y estudiar de preferencia los alumnos;

pero á los profesores ya prácticos en la especialidad, les basta casi siempre su ojo clínico para llegar directamente al conocimiento del mal.

*Método inductivo.* Este modo de conducir la inteligencia en la investigación de la verdad no ha existido hasta hoy en dermatología, porque siendo preciso para aplicarle una clasificación natural y científica, y habiendo sido hasta ahora dominante el arte de las lesiones, no era muy necesario para este objeto.

Sólo cuando se han determinado las diferencias visibles que la causa produce en lesiones aparentemente idénticas, es cuando se ha podido seguir el camino trazado por el gran filósofo inglés, conquistando por él muchas é importantes verdades, é impulsando por la nueva senda los trabajos é investigaciones del porvenir.

El día en que consigamos la caracterización de las lesiones profundas, como hemos conseguido hacerlo en las cutáneas, por razón de su causa ó de su naturaleza, habrá dado la ciencia el paso más agigantado de los que se han podido ver en su larga carrera histórica, y será más fácil el descubrimiento y clasificación de las grandes unidades morbosas.

Las reglas que hay que tener en cuenta para llegar al diagnóstico inductivo, son fáciles de cumplir conociendo bien nuestra clasificación y los caracteres asignados á cada uno de sus grupos.

Lo primero que hay que averiguar es si la enfermedad se ha presentado sin causa externa suficiente para explicar su desarrollo, ó á consecuencia de una acción directa, indirecta ó contagiosa, visible hasta para el mismo enfermo; lo cual es fácil de conseguir sin mucho esfuerzo intelectual: 1.º, porque el paciente nos lo dice; y 2.º, porque aunque no sepa, no pueda ó no quiera contestar con acierto, los caracteres que hemos asignado á las tres clases de afecciones cutáneas, y en su defecto los asignados á los órdenes, bastarán para ponerlos en el buen camino.

Por mucho que un enfermo nos asegure que un golpe ó un arañazo han sido la causa de un psoriasis herpético, de un lupus escrofuloso, de un cáncer ó de la elefantiasis de los griegos, por ejemplo, seguramente que no daremos crédito á tal absurdo, ni nos entretendremos en discutir acerca de él.

Aquí la causa no es suficiente para desarrollar el mal.

Si, por el contrario, nos afirmase que eran debidas á un vicio herpético las ampollas de una cantárida, las píustulas estibadas ó los surcos del ácarus, nos sucedería lo mismo, porque la causa en este caso no es ni deja de ser suficiente; es simplemente ilógica ó absurda.

Colocada la enfermedad por el reconocimiento de la causa en una de las tres clases de dermatosis que hemos admitido, las artificiales, las parasitarias y las espontáneas ó de causa interna, es preciso ver si los caracteres de alguna de las divisiones que siguen corresponden, si no en totalidad, en su



mayor y más principal parte, á los del mal que tenemos á la vista.

Un ejemplo práctico, mejor que largas explicaciones, hará conocer la tramitación que debe tener el diagnóstico inductivo de las enfermedades de la piel.

Spongamos que se presenta á nuestra observacion un enfermo de 40 años, flaco, nervioso, con una erupcion crónica que lleva largos años de existencia, que se presentó, segun él, á consecuencia de un golpe que le dieron en una pierna, pero que la enfermedad apareció en las dos, formando placas rojas, simétricas y angulosas, sobre las que se elevaban numerosas y redondeadas vesículas, llenas de un liquido seroso, que daban lugar á picazones terribles, mayores en la cama y por las noches ó al lado del fuego, y que se rompían y desecaban en laminitas ó pequeñas costras, reproduciéndose sin cesar.

La enfermedad, limitada á las piernas durante este primer brote que duró varios meses sin hacer remedios, desapareció en un invierno; pero se ha seguido reproduciendo todas las primavera con iguales caracteres objetivos y subjetivos, extendiéndose á los brazos primero y despues á todo el cuerpo, siendo grande la exudacion y los picores, imposible el sueño, y muchos los fenómenos simpáticos y coincidentes de otros órganos como efecto natural de tan desgraciada situacion.

El microscopio y las lentes no nos demuestran en las costras ni en la piel indicios de parásitos vegetales ni animales; tampoco existe mezcla de erupciones ó de formas elementales; y el papel reactivo colocado sobre la exudacion morbosa dá reaccion alcalina.

Por estos datos deduciremos:

1.º Que la causa externa (golpe) á que el enfermo atribuye el padecimiento, no es suficiente para explicar su gran desarrollo, su cronicidad, sus reproducciones, su generalizacion, su gravedad, ni en fin, su modo de ser patológico; que habiéndose además presentado en las dos piernas, cuando sólo una recibió el golpe, no puede lógicamente admitirse éste, ni siquiera como causa ocasional de la enfermedad; que no habiendo mezcla de erupciones ó de formas elementales, fenómenos inflamatorios agudos y dolorosos, y mucho menos curacion rápida con la quietud, los emolientes y alejamiento de las causas externas, no puede ser comprendida esta dolencia entre las *artificiales*; que no habiendo el microscopio demostrado la existencia de parásitos, tampoco puede incluirse en las *parasitarias*; y por lo tanto, que se trata de una *dermatosis espontánea* ó de causa interna.

2.º No puede ser una afeccion espontánea *local*, porque ni es congénita ni limitada y estacionada en un punto pequeño de la piel, sino que por el contrario se extiende, tiene síntomas graves, se quita sin dejar señales, y se reproduce en vez de estar inmóvil, estacionaria y sin dar lugar á molestias, como sucedería si fuese local. No puede ser espontánea

*general*, porque las dermatosis de esta clase, ó no tienen lesiones apreciables, ó si las tienen son agudísimas, de pocos dias de duracion, y no se reproducen en épocas fijas, ni se suelen padecer más que una ó dos veces en la vida. Se trata, pues, de una *dermatosis espontánea constitucional*.

3.º Pero entre las dermatosis constitucionales hay unas, como las cancerosas, epiteliales, tuberculosas y filovirales, que son constantes y fijas, porque los productos morbosos que las caracterizan no son resolubles ni absorbibles, y representan lesiones de nutrición más que trastornos secretorios. Es natural que, tratándose de una dermatosis que se quita y vuelve á presentarse sin dejar en el intervalo de sus brotes reliquias ni señales, descartemos del diagnóstico por sólo esta circunstancia y sin apelar á otras muchas que existen, las enfermedades arriba indicadas.

También pueden eliminarse las enfermedades constitucionales agudas, como el carbunco, el muermo y aun el escorbuto, cuyas manifestaciones cutáneas, agudas también y de curso continuo, no presentan las reproducciones, la cronicidad, ni el modo patogenésico de la que hemos puesto por ejemplo.

Queda el diagnóstico limitado á las dermatosis dependientes de la sífilis, de la escrófula, del reuma, de la lepra, de la pelagra ó del herpetismo.

No puede ser una sífilide, porque estas dermatosis no pican, no se reproducen con la misma forma elemental, se van circunscribiendo y limitando en cada nuevo brote en vez de generalizarse, carecen de simetría y dan reaccion ácida sus exudaciones, caracteres opuestos á los de la enfermedad citada por ejemplo, sin contar otros muchos, propios de la sífilis cutánea.

No puede ser una escrófulide por su generalizacion, por el carácter del picor, por la edad del sujeto, porque carece del infarto cutáneo y del color vinoso de la piel sobre que descansan las escrófulides, porque éstas dan reaccion muy ácida, y porque además de no tener simetría como la del raso en cuestion tiene, son más fijas y no se reproducen ni exacerban con el calor, sino por el contrario, con el frío.

Las manifestaciones de la lepra, ó sean las leproides, no son exudativas (además son anestésicas casi siempre), y lo mismo sucede con los eritemas pelagroides, por cuyo carácter solamente, sin apelar á los patognomónicos que tienen, puede decirse que la enfermedad que nos ocupa no pertenece á ninguno de estos dos órdenes de nuestra clasificacion.

Queda con esto reducido el diagnóstico á saber si la afeccion que tenemos á la vista es dependiente del reuma ó del herpetismo; pero las reumáticas son generalmente secas, limitadas á las articulaciones, á la cara ó á las regiones cubiertas de pelo, pican más, se exacerban ó desaparecen con el frío ó con los cambios de temperatura, no son simétricas ni dan reaccion alcalina; de modo que por el procedimiento inductivo podemos considerar á la enfermedad que queremos

diagnosticar, como una *dermatitis espontánea constitucional herpética crónica*, ó lo que es lo mismo, como una *herpétide crónica*.

Con esta tramitación que es larga, pero científica y de seguros resultados, hemos llegado al conocimiento de lo más importante, que es la naturaleza del mal, colocando el padecimiento en el lugar que le pertenece de las primeras llaves nosológicas.

Averiguado el grupo ó la clase y el orden, nos falta llegar al género y á sus divisiones, ó lo que es lo mismo para nosotros, á la lesión anatómica, única cosa de que se ocupan los dermatólogos de las demás escuelas, y que nosotros, sin olvidarla, la relegamos á un segundo término.

Aquí el método inductivo continúa del mismo modo, pero fundándose en los caracteres de las lesiones, como hacían Willan, Biett, Gibert y los partidarios de la escuela inglesa ó semeyótica, de la manera que diremos más adelante, para completar con el diagnóstico de la lesión, el diagnóstico ya formulado de la enfermedad.

*Método deductivo ó diferencial.*—Es muy común ver en la práctica médica profesores inteligentes que confunden el diagnóstico diferencial con el inductivo, y en confuso desorden agrupan enfermedades muy distintas, para tener, sin necesidad, motivo de buscar diferencias sintomáticas.

¿Quién no ha visto en las consultas, por no seguir el método haconiano, tratar de distinguir la meningitis, de una fiebre gástrica, intermitente ó tifoidea, de una neurosis ó de una vesania?

¿Quién no ha visto tratar de confundir, para tener el gusto de hablar de muchos males importantes y diametralmente opuestos en su causa, naturaleza y sintomatología, una clorosis manifiesta con la tuberculosis, la endocarditis, el histerismo, la metritis, el infarto hepático y las lesiones más avanzadas del corazón?

Pues este diagnóstico casi ridículo es el que se llama diferencial, y á pesar de ser tenido por el mejor en ciertos círculos, es el más incompleto ó imperfecto, el más dado á caer en error, y el que hace divagar más por tuber en realidad falta de método, y tener que saltar en las comparaciones de un punto á otro muy distante de la clasificación adoptada.

Casos se ven de querer comparar un género con una clase, una simple variedad con un orden ó con un género, etc.

En dermatología ha sido tan frecuente el seguir este mal método, por el caos filosófico en que estaba envuelta la especialidad, que es muy común encontrar diagnósticos diferenciales entre el eczema ó el líquen (especies ó variedades) y una sífilis ó una escrófula (órdenes), lo que puede leerse cuando se quiera en las obras de los willanistas, que admitieron las reformas de Biett.

Pondremos un ejemplo que descubre bien los defectos de este método aplicado al diagnóstico de las dermatosis.

Una joven de 20 años, linfática, mal reglada, de buenas costumbres y régimen de vida y alimentos, empieza á ver salir en su cara granos pequeños, puntiagudos y purulentos en su ápice, duros en su base, de curso lento y que dan lugar á costras pequeñas.

Pues el dermatólogo antiguo, empezaba por decir: esto es una pústula, porque se forma pus en el ápice del grano: lo cual es verdad hasta cierto punto, y nada más; y añadía luego: no es un impétigo (lesión ó síntoma), porque no dá lugar á costras ambarinas; ni una viruela (enfermedad), porque no son umbilicadas las pústulas; ni un ectima (lesión), porque las pústulas de éste son discretas, negruzcas y con aréola roja; ni una sífilis (enfermedad), porque no toman forma circular ni color cobrizo; ni la vacuna (enfermedad y lesión artificial), porque está en la cara; ni el favus (cuerpo extraño vegetal que se implanta en los folículos pilosos), porque no tiene umbilicación y color anarillo de azufre; ni un lupus, porque no dá lugar á ulceración; y podía añadir ni un cáncer, ni un epiteloma, ni una elefantiasis, etc., porque es difícil no encontrar en todas las dolencias cutáneas momentos supurativos y pustulosos que pudieran creerse diagnosticables.

Por exclusión, sin enlargo, llega á deducir que se trata de un *acne*.

Como se vé, por este medio confundimos arbitrariamente lesiones ó síntomas con enfermedades, variedades con géneros, con órdenes y con clases; y esto puede ser erudito, pero no es bueno; puede ser aceptable para el que no sabe diagnosticar de otro modo, pero no debe recomendarse á los alumnos ni darles reglas para que lo sigan.

Prescindamos, pues, de ellas, no sin repetir que hay muchos profesores que confunden el método inductivo con el diferencial, y que pretenden poner á aquél este adjetivo, y pasemos á completar el diagnóstico de la enfermedad con el diagnóstico de la lesión, que á nosotros nos sirve para la formación de los géneros y demás divisiones secundarias.

El diagnóstico de las lesiones cutáneas debe hacerse, una vez conocida la enfermedad, continuando la aplicación del mismo método inductivo á una de las clasificaciones que de las lesiones anatómicas hemos dado, prefiriendo las modernas de Hanly, Bazin y Cazenave, á la de Willan, si queremos fundarle en las formas elementales simples; ó la de Devergie (1), si nos vemos precisados á fundarle en las formas consecutivas ó en los productos de secreción.

Nosotros le fundaremos en la nuestra, que comprende no sólo las formas elementales simples y compuestas, sino además las consecutivas (2).

(1) Véase la página 54.

(2) Véase en la página 43 el cuadro de lesiones anatómicas.



Lo primero que se necesita para hacer el diagnóstico de las lesiones, es conocer de un modo práctico y á la cabecera de los enfermos lo que es una pápula, una vesícula, una pústula, etc., y saberlas diferenciar con una rápida ojeada, lo que no se consigue muchas veces con la lectura de las definiciones, por claras y explícitas que sean.

Esto es lo que, sin darles explicaciones ni muchos detalles, debe hacerse aprender á los alumnos en la clínica durante los primeros días, con lo cual llegan á entender en poco tiempo la difícil tecnología de la ciencia.

Conocidas ya las lesiones anatómicas simples, es preciso que vean las compuestas y las consecutivas, porque cuando aquellas no existen ó cuando no pueden verse distintamente, es necesario fundar en éstas el diagnóstico.

Cada una de las formas elementales tiene, según las circunstancias de su aspecto, de su configuración, de sus productos, etc., nombres diversos, que constituyen los géneros nosológicos, cuyos caracteres han sido perfectamente estudiados por los dermatólogos.

El liquen y el prurigo entre las pápulas; el eczema, el herpes, la varicela, la sudamina y la miliar entre las vesículas; el impétigo, el ectima y la viruela entre las pústulas; el pénfigo y la rupia entre las ampollas; el psoriasis y el pitiriasis entre las escamas; el lupus, la lepra y diversas formas de la sífilis, de la escrófula, del epiteloma y del cáncer entre los tubérculos; el eritema, la orisipela, el sarampión, la roseola y la escarlatina entre los exantemas, y las diseminadas entre las manchas, están caracterizados y son conocidos sus caracteres distintivos de una manera tan precisa, que el diagnóstico es fácil, cuando puede observarse en toda su pureza el elemento eruptivo. Las erimencias foruncular, acnéica, acariana y favosa, el habon, el absceso dérmico y la tumefacción difusa ó circunscrita de la piel, lesiones que hemos adicionado á las anteriores, de antiguo admitidas, tienen igualmente caracteres precisos y suficientes para distinguirse entre sí y de las demás.

Ahora bien; suponiendo que por el diagnóstico inductivo de la enfermedad, se nos presenta la cuestión de decidir el género ó la lesión que afecta una herpétide crónica, nos bastará ver los caracteres objetivos que la erupción presenta para decidir si es vesiculosa, ampollosa, papulosa, pustulosa, etc., con lo cual debíamos terminar, sin meternos en más divisiones y subdivisiones; pero como la tecnología de la ciencia ha hecho necesarios ciertos nombres, puede seguirse sin escrúpulo el juicio clínico, buscando las denominaciones vulgarizadas ya en la historia de los adelantos dermatológicos.

En el ejemplo que anteriormente pusimos, la *herpétide crónica* es de forma vesiculosa, y sólo resta averiguar si las vesículas que la constituyen son de eczema ó de herpes, porque las de la sudamina, de la miliar y de la varicela no pueden depender del herpetismo, y representan enfermedades diferentes.

La forma redondeada de las vesículas, y el estar colocadas

sobre placas difusas angulosas y encendidas, nos demuestran que se trata de un *Eczema* (1).

Cuando un alumno está acostumbrado á diagnosticar las afecciones cutáneas, completando con el diagnóstico de la lesión el de la enfermedad, que previamente hizo, puede dejársele que varíe los términos de la ecuación, investigando primero la forma y después la naturaleza, porque para la denominación del padecimiento es indiferente. Lo mismo dá *Herpétide eczematosa* que *Eczema herpético*, pues en último resultado esta nomenclatura no es otra cosa que un lazo de unión entre la lesión y la enfermedad, y un medio de armonizar con ventaja para el que estudia, los conocimientos de la escuela etiológica con los de la escuela anatómico-patológica. En la semeiología cutánea se sigue generalmente el último procedimiento diagnóstico, y por lo tanto la nomenclatura que aplica el nombre á la lesión, y el adjetivo á la causa ó á la enfermedad.

La semeiología á que nos referimos es muy diferente de la que han seguido hasta aquí los dermatólogos que no pertenecen á nuestra escuela.

Estos, una vez conocida la lesión, ó sea el género, fabricaban á su gusto las especies y variedades por ligeras diferencias de la forma, de la extensión ó del sitio del mal; y así admitían en el psoriasis, afección escamosa, las especies *guttata* (ó en forma de gotas de cera), *punctata* (ó en forma de puntos), *circinata*, ó lepra vulgar (en forma de círculos sanos en el centro), *difusa* (en placas extensas y no configuradas), é *inextensa* (ó difusa, generalizada y fija de largos años atrás); mientras que nosotros, sin despreciar estos detalles descriptivos, que deben conocerse, formaremos en nuestra semeiología las especies del género psoriasis por las causas que lo producen, y diremos que son tres: la *herpética*, la *reumática* y la *sifilítica*.

Sin entrar en más detalles sobre este punto, que tendrán en otra parte su natural desenvolvimiento, haremos notar únicamente la gran diferencia que imprime en las indicaciones terapéuticas y en el juicio pronóstico este modo de considerar la afección genérica y la específica.

d. Antes de terminar lo que debemos decir acerca del diagnóstico de las lesiones y afecciones cutáneas, procuraremos advertir á los que se dediquen á su estudio los escollos en que pueden tropezar, y los errores en que pueden caer, para que ya advertidos los eviten cuidadosamente, y venzan dificultades que pudieran creer insuperables.

Es muy común ver que los principiantes confunden las lesiones anatómicas elementales, y dudan acerca de las que han podido dar lugar á las consecutivas.

Rara vez se presenta á sus ojos con la claridad que se supone y describe en los libros la forma elemental, y es preciso

(1) Véase en el cuadro de lesiones los caracteres diferenciales de las vesículas del eczema y del herpes.

confesar que en la mayoría de los casos tenemos que deducirla de las consecutivas.

Además, las lesiones no se hallan nunca, aún siendo las mismas, en igual momento de su evolución y desarrollo.

En un eczema simple, como las vesículas se renuevan sin cesar, existen unas, las más pocas, en su período de estado ó de evolución completa, es decir, intactas; pero la mayor parte están rotas, y sólo se percibe la base punteada ó el orificio cutáneo que cubrían; otras están secas, formando una pequeña costra ó una ligera escama, y algunas son todavía manchas planas ó con una elevación papuliforme.

Téngase, pues, en cuenta esta circunstancia, que no es incidental, sino constante, porque el diagnóstico de las afecciones cutáneas comprende no sólo la naturaleza del mal y la forma de sus lesiones, sino el período en que se hallan.

En ocasiones no se perciben las lesiones elementales en el foco del padecimiento; pero observando al rededor, se notan algunas dispersas que nos bastan para el objeto: si no existiesen, aguardando algunas horas ó algunos días se presentarían, y entonces podrán diagnosticarse.

No es extraño encontrar dermatosis superpuestas en los casos crónicos que han llegado á producir alteraciones profundas del dérmis, como un desprendimiento laminoso del epidermis análogo al psoriasis sobre un liquen crónico de los extremos inferiores, y otros que pudiéramos citar. Un tratamiento mal dirigido, el uso de ciertos ungüentos á que tan aficionado es el vulgo, ó de ciertas sustancias coloreadas, y el acto frecuente de rascarse ó de frotarse la parte enferma con lienzos ásperos y aún con cepillos para calmar la picazon, pueden modificar tanto el aspecto del mal, que nos llegue á ser imposible reconocerle. En estos casos, el descanso, el aseo y los lavatorios, baños y tópicos emolientes, le harán volver á su cauce natural, dentro del cual será posible su diagnóstico.

A más errores está expuesto el de las lesiones, cuando nos vemos obligados á hacerle por las formas consecutivas ó por los productos de secreción.

A pesar del cuadro diferencial perfectamente estudiado por Devergie, es muy difícil en ciertos momentos decidir si una exudación es purulenta, serosa ó sero-purulenta por ejemplo, y en el terreno práctico nos costaría más trabajo todavía el distinguir algunas de las dermatosis secas ó no segregantes.

Creemos que en este asunto vale más al alumno saber las lesiones que pueden dar lugar á costras, á úlceras, á hipertrófia y á cicatrices, como explicamos en nuestro cuadro, que entretenerle en detalles que en último resultado no le conducen al conocimiento de la naturaleza de la enfermedad.

La mezcla de lesiones como la de enfermedades es, por la mezcla de síntomas que produce y que no se ha admitido de buena gana en la ciencia, una de las causas más frecuentes de error.

La admisión ó no admisión de las lesiones elementales mix-

tas ó compuestas puede ser hasta cierto punto indiferente; pero cuando en la piel se presentan combinados los síntomas de la sífilis y de la escrófula, del herpetismo y del reuma, ó de otras diátesis, y en diversas y variables formas, la duda llega hasta penetrar en las inteligencias más elevadas y hace vacilar á los hombres más prácticos.

Esto consiste en que, aunque el hecho es cierto, la idea es nueva y la observación no está á la altura de una buena síntesis.

¿Quién no ha visto contraer la sífilis á un escrofuloso, á un herpético ó á un reumático, con manifestaciones de estas diátesis en el momento de inocularse aquella?

¿Quién no ha visto la mezcla íntima que, pasadas las primeras manifestaciones sífilíticas, ocurre ó se verifica en las restantes?

¿Quién no ha llegado á sospechar la influencia que deben tener unas sobre otras?

¿No ha horrorizado nunca á alguno de mis colegas la sola idea de que un leproso pudiera adquirir la sífilis, y el terrible aparato fenomenal que puede presentar este híbrido padecimiento, más espantoso que la misma muerte?

Pues este estudio no está hecho.

Las enfermedades constitucionales mixtas no están caracterizadas; y mientras no lo estén y se conozca su curso, sus diversas evoluciones y su relativo tratamiento, han de ser fuente constante de errores graves que alcanzarán á los maestros, y mucho más á los principiantes.

Sabiéndolo, sin embargo, conociendo esta dificultad ineludible de ciertos diagnósticos, podrán dejar unos y otros las afirmaciones rotundas por la duda prudente y filosófica, que les hará cautos en los juicios clínicos, y precavidos en el uso de ciertos remedios.

Pero las fuentes del error están más á menudo en los sentidos y en la inteligencia del que observa ó juzga, que en el objeto ó en la enfermedad que se explora.

Unos sentidos perfectos verán bien ciertos detalles, que otros más torpes no podrán apreciar; y puede ocurrir que precisamente sean los más importantes para el conocimiento del mal.

La pequeñez de algunas lesiones anatómicas hace que se oculten á los ojos de un mozo ó del que tiene poca vista.

El surco del ácaro, el mismo arácnido después de extraído de su cueva epidérmica, las vesículas del herpes ó las del eczema no pueden ser distintas para todos, y un tacto rudo puede no percibir la aspereza del prurigo ó las pequeñas é incoloras púlpas que le forman.

El uso de lentes de gran fuerza nos ayudará mucho en el primer caso, pero en el segundo no encontraremos medios sustitutos sino en otra persona.

Los sentidos más finos y adiestrados no bastan para la percepción de objetos tan pequeños como los esporos criptogá-



micos que se implantan en el tegumento y que dan lugar á varias dermatosis.

Por eso en aquellos casos en que se sospeche una causa tan importante como el parasitismo vegetal, hay que recurrir al microscopio; y al apelar á un recurso explorador que exige ciertos conocimientos prácticos, nos exponemos á errores que no debemos analizar en este sitio.

Sepan, no obstante, todos, que para apreciar el parasitismo no basta mirar por el microscopio, sino que es preciso saberle manejar hábilmente, saber hacer preparaciones, conocer de una manera muy práctica los tejidos normales y anormales de ambos reinos orgánicos, y tener conocimientos previos de botánica y de química que no se adquieren bien después, ni fácilmente.

El que vea por vez primera los esporos de la tiña sin haber visto ántes los de otras criptógamas, no puede formar buen juicio acerca de la naturaleza del objeto que se presenta á su observación; pero si ha estudiado las células de otros vegetales, si ha visto sus modos de generación y de desarrollo, la formación del mycelium y de los tubos esporóforos, y si sabe prescindir de las ilusiones ópticas hoy bien estudiadas, llegará al diagnóstico de una manera directa y sin necesidad de la inducción ni de la deducción.

Suele ser más expuesto á error el conocer mal y poco á fondo este asunto, y el creerse un buen micrografo no siendo, que el no saber nada y prescindir del auxilio de este instrumento.

Los más grandes y trascendentales errores parten siempre de la inteligencia del observador.

La forma de los primeros estudios que se hicieron, las ideas preconcebidas, de las que nadie se libra, nos hacen buscar la verdad por un camino y con una intención ya determinados; la autoridad de la opinión del maestro, á pesar de lo que se ha tronado contra el *magister dixit*, influye más de lo conveniente en la propia: el orgullo y la vanidad del que sabe poco y cree lo contrario, le conducen á la precipitación en el juicio y á la inmodestia de asegurar que es tan exacto como lógico; la envidia, el espíritu sistemático de oposición y otras pasiones ruines, nos llevan muchas veces á cerrar los ojos á la evidencia, oponiendo la autoridad de nuestra historia antigua á la invasión de los adelantos modernos.

Pero hay además de esto en los médicos, y especialmente en los dermatólogos, ciertas ideas contra las cuales es preciso prevenir á los alumnos, pues una vez contagiados, se exponen á caer en los defectos del vulgo, cuyo *post hoc* es altamente perjudicial á una ciencia tan filosófica como la medicina.

Profesores habra de ideas tan exageradas ó poco fijas, que porque un enfermo haya tenido años atrás un chanero sífilítico, atribuyan á esta causa todas las dermatosis que padezca, aunque no tengan los caracteres de las sífilides; como si esta enfermedad, en medio de sus graves inconvenientes, tuviera

la ventaja de librarnos de las demás, haciéndonos inmunes á la acción de las causas morbosas.

Los ha halado, y los hay en la actualidad, que dirán lo mismo refiriéndose á un enfermo que sólo haya tenido el chanero simple ó venéreo, cometiendo dos faltas de lógica á un tiempo, cuyas fatales consecuencias pueden preverse.

El dar demasiada importancia á la historia morbosa del paciente tiene estos inconvenientes; y por eso el querer nosotros que se fije primero el diagnóstico por los caracteres objetivos y subjetivos de actualidad, buscando su confirmación ó su modificación en el conmemorativo.

El mismo peligro se corre exagerando la innegable importancia de la predisposición hereditaria, del temperamento, de la edad y demás circunstancias individuales.

No es forzosa la herencia, como no es preciso que los individuos de temperamento linfático sean siempre escrofulosos y tengan esta naturaleza las dermatosis que puedan sufrir. Es un error suponer que no existe la escrófula cutánea en la vejez ó en la edad adulta, épocas en las que reviste generalmente formas más graves y destructoras; y en nuestras últimas epidemias de sarampion y de viruelas, se han visto los ancianos más acometidos que los niños por estas dos plagas llamadas infantiles.

Los estudios preferentes de un profesor deben ser consultados con el respeto que se merece una opinión fundada en la laboriosidad, en la inteligencia y en el entusiasmo científico; pero á veces se cae por muchos en la manía, y es preciso no seguirles por este camino.

Algunos verán insectos ó esporos en todas partes; otros verán el reuma ó el herpetismo como única causa de todos los males, y muchos tendrán manías diferentes que se deben estudiar pero no seguir, sin descartar ántes las preocupaciones que se adviertan en el autor.

Todas estas causas y otras que citar pudiéramos, suelen apartarnos de la verdad, y es conveniente saber huir de ellas para caminar imparcial y desembarazadamente por el camino de la inducción y llegar con acierto á nuestro objeto, que es el diagnóstico.

e. Los períodos de las lesiones y afecciones cutáneas son análogos á los de todas las enfermedades.

La afección cutánea se incuba, invade, crece, se desarrolla completamente, declina y desaparece definitiva ó temporalmente, reproduciéndose en este caso con la misma tramitación, con el mismo orden.

El período de incubación no está bien estudiado en todas las dermatosis. Puede fijarse en las artificiales y contagiosas ó inculables, pero sólo puede presumirse en las que no lo son, por ciertos hechos á la verdad controvertibles.

Uno de ellos se refiere, por ejemplo, al herpetismo.

Es casi constante en el herpetismo crónico hereditario, y sobre todo si tiene la forma escamosa ó psoriasiforme, que no se

presente en los hijos sino cuando llegan á la edad en que lo empezaron á sufrir los padres; y como la época en que aparecen generalmente sus manifestaciones primeras es en la edad adulta, pasa desapercibida la predisposición hasta para el mismo enfermo si fallecieron sus antecesores.

No puede ciertamente asegurarse que la inoculación de la enfermedad constitucional que en España llama el vulgo *ricio herpético*, dure treinta ó cuarenta años; pero es chocante la coincidencia de presentarse, como hemos dicho, á la misma edad y bajo igual forma y condiciones, observándose á veces que cuando se adelanta en su aparición es porque existen causas ocasionales de gran intensidad, aunque en buena lógica no pueden ser tenidas por eficientes.

Una cosa análoga, si bien no tan precisa ni marcada, pasa con los tubérculos, con el cáncer, con la lepra y con el reuma, no sólo en sus manifestaciones cutáneas, sino en las profundas ó viscerales.

Este largo silencio morboso, ¿es el periodo de la incubación de estas dolencias?

¿Necesita la causa íntima, que recogimos por la herencia, de este número de años para modificar la constitución orgánica y el modo de ser de las funciones, ántes de dar lugar á las manifestaciones morbosas ó á la enfermedad ostensible?

Estos hechos por todos observados, ¿tienen la importancia que generalmente se les dá, ó son simples coincidencias que han preocupado nuestro ánimo haciéndonos ver relaciones donde no existen?

No admitiendo la incubación ó el estado real, aunque latente ó no ostensible de la enfermedad, es difícil explicar la herencia, y los anatómicos localistas deben encontrarse muy apurados para admitir esta causa tan notoria en lo que llaman escamas de psoriasis, tubérculos leproso, etc.

En la sífilis heredada es muy variable, pero mucho más corto, el tiempo que dura la incubación del mal, y en la adquirida ó inoculada sabido es que el chanero indurado tarda veinte ó treinta días en presentarse.

Por regla general, cuanto más aguda y contagiosa es la enfermedad constitucional, más corto es el periodo de incubación. Así, vemos al muermo y al carbunclo espontáneo aparecer, como las fiebres eruptivas, á los pocos días ó á las pocas horas de la acción de la causa conocida ó presunta que los dá origen: sigue después la sífilis, y por último las diátesis no contagiosas y crónicas de que hemos hablado.

En las afecciones cutáneas generales agudas y febriles, como los exantemas, el periodo de incubación de la lesión se gradúa por la duración de la fiebre inicial, que varía entre uno y cuatro días, según la clase y la intensidad del padecimiento.

Las dermatosis locales debidas al parasitismo tienen incubación variable, según sea el modo del contagio y la intensi-

dad de la causa, es decir, el número de los parásitos transmitidos ó inoculados.

No es lo mismo para la producción de las manifestaciones de la sarna el que se trasladen á una piel sana muchos que pocos ácaros, como no es indiferente el que sean larvas ó huevecillos, ó animales perfectos y aptos para depositar debajo del epidérmis y en pocos días millares de esos gérmenes de sexos diferentes.

Lo que tarda una hembra del ácaro en construir el surco característico, y lo que dista de este momento las erupciones artificiales, ha sido objeto de estudios minuciosos que en otro sitio relataremos; pero se comprende con facilidad que será tanto más rápida la incubación, cuanto más fina é impresionable sea la piel afectada, y más activa ó numerosa la causa productora.

En el parasitismo vegetal, el desarrollo de los esporos es bastante rápido, pudiendo, si se denuda la piel con un vejigatorio, obtenerlo en cuatro ó seis días, y en treinta ó cuarenta si no se levanta el epidérmis, y tienen que atravesarlo las células del parásito.

Las dermatosis artificiales aparecen poco tiempo después de la acción de la causa.

La piústula inicial del chanero venéreo puede presentarse á las pocas horas ó á los pocos días del coito impuro; la de la vacuna al tercero ó cuarto día; la del tártaro emético á la segunda ó tercera fricción con la pomada estibiada bien hecha, y en igual tiempo la del azufre cuando la pomada que se emplea es fuerte, la piel fina y la fricción se hace con rudeza.

En los envenenamientos por la belladona ó la atropina, en las indigestiones especiales de los mariscos y pescados azules, la erupción patogénica ó artificial indirecta que estas sustancias ocasionan se desarrolla con gran aparato á las pocas horas, y tal vez á los pocos minutos de su ingestión, y lo mismo pasa en la rosca urticada á que dá lugar el copaiiba y otras sustancias.

El periodo de incubación existe en muchas dermatosis además de las mencionadas, tales como la sordamina artificial, la piústula maligna, el ergotismo, la acrodonia, la difteria cutánea, la varicela, la hidradangia, etc.; pero hay algunas en que no existe, porque la acción de la causa es tan inmediata, que produce en el acto la lesión cutánea. Las heridas, contusiones, congelaciones y quemaduras, la acción química local y directa de ciertas sustancias, y las erupciones producidas por la picadura de ciertos insectos venenosos, se hallan en este caso.

El modo de *incubación* de las lesiones y afecciones cutáneas varía según su naturaleza, su cronicidad y otra multitud de circunstancias.

Unas aparecen bruscamente después de pródomos más ó menos alarmantes, como las fiebres eruptivas, los pseudo-exantemas ó dermatosis inflamatorias y la forma aguda de las



constitucionales (sífilides exantemáticas, escrofuloides y herpétides agudas ó benígnas); otras de una manera lenta, insidiosa y poco apreciable, como las dermatosis crónicas, ya sean locales, generales ó constitucionales. Esto último acontece tambien en las parasitarias.

No debe olvidarse que la invasion de la enfermedad puede no coincidir con la presentacion de la lesion cutánea.

La mayor parte de las enfermedades constitucionales dan en la piel su manifestacion primera: la sífilis, el herpetismo, la escrófula, el cáncer, el epiteloma, el muermo, el carbunco y el reumatismo empiezan su evolucion muy á menudo por granos, tumores ó ulceraciones cutáneas, ó cutáneo-mucosas; pero esto no es constante, y la lesion cutánea puede no presentarse ó aparecer despues de las lesiones de las mucosas, de los gánglios ó de otros tejidos profundos.

La escrófula suele producir como primer sintoma el infarto glandular ó visceral, y hasta las lesiones del tejido óseo y de las articulaciones, constituyendo lo que Bazin llama forma fija primitiva del mal.

La sífilis misma dá lugar al chancre inicial casi siempre en la mucosa de los órganos genitales, de la boca ó del intestino.

El herpetismo se anuncia á veces en la garganta, en la boca ó en la mucosa vaginal ántes que en la piel; el reuma puede no dar origen á dermatosis, y el cáncer y el epiteloma atacan ántes al tejido celular sub-dérmico ó á la mucosa de las aberturas naturales que al tejido cutáneo.

La intensidad de la causa, las circunstancias de la estacion ó del clima y ciertos estados particulares del organismo, pueden influir en el modo de invasion de las dermatosis. La influencia epiléptica se deja sentir igualmente, no sólo en la invasion, sino en el curso y terminaciones de estas dolencias.

La lesion cutánea, ó sea la forma del mal, rara vez se presenta súbitamente en su periodo de evolucion completa. En las formas agudas precede á la erupcion un estado congestivo ó hiperémico de todo el tegumento, ó por lo ménos de la parte en que ha de tener asiento la erupcion; y en las crónicas una descamacion sera y pulverulenta ó alteraciones funcionales secretorias ó nerviosas, como la hipersecrecion sebácea, el dolor ó la picazon.

Las manchas congestivas ó inflamatorias son el punto de partida ó el modo de invasion de la mayor parte de las lesiones cutáneas. Sobre ellas se levanta, pasado algun tiempo, la pápula, el habon, la vesícula, la pústula, la ampolla, el forúnculo, el tubérculo, y hasta la escama; pero no son necesariamente precursoras de las lesiones parasitarias, de las hipertrofias, de las diseminias y de las hipersecreciones sebáceas ó acnéicas.

Las vesículas son las que con más rapidez se presentan sobre la mancha congestiva, y en ocasiones sin que ésta la anuncie.

Lo mismo, aunque en menor grado, puede suceder con las

ampollas, que no son otra cosa que vesículas grandes; pero las pústulas tienen que pasar ántes por un periodo más ó ménos corto de pápula ó de vesícula.

Los fenómenos que acompañan á la invasion de las lesiones y enfermedades cutáneas son de la mayor importancia para el diagnóstico, y por consiguiente para el pronóstico de las mismas. La neuralgia del zona, el dolor del herpes flictenoides, la raquialgia de la viruela, el pinchazo pruriginoso del eccema, las epistaxis ó los fenómenos nerviosos que coinciden con la erupcion sarampionosa ó escarlatinosa que empieza á brotar, pueden decirnos la intensidad y las condiciones de gravedad que han de tener. La anestesia de la parte que va á ser afectada de lepra, y la frialdad de la que ha de gangrenarse, nos indicarían tambien, no sólo el mal, sino su extension y la gravedad probable de las lesiones que amenazan.

Algunas dermatosis como la púrpura hemorrágica se anuncian por malestar, tristeza, desgana, dolores en los miembros y otros fenómenos generales; pero en la mayor parte de las afecciones cutáneas crónicas la lesion invade sin anunciarse previamente.

El crecimiento de las lesiones cutáneas se efectúa de varios modos. Cuando la erupcion ha invadido un punto limitado de la piel, se extiende de un modo excéntrico, ya formando círculos (sífilides, herpes circinado), ya irregularmente y de una manera difusa (eccema).

Si ha invadido varios puntos á la vez, en cada uno de ellos crece independientemente y sin orden, á no ser en las dermatosis herpéticas, cuya simetría es muy notable. En este caso se observan las erupciones de ambos lados del cuerpo crecer igualmente, y tomar la misma forma ó idéntica extension en sitios análogos.

En las fiebres eruptivas y en las formas exantemáticas de la sífilis cutánea ó del herpetismo, es súbito de todos el curso descendente de la erupcion durante el periodo de crecimiento; y se considera como anómala ó maligna á la que no principia por la cara y el cuello, extendiéndose en los dias inmediatos al tronco y á los miembros.

Cuando la afeccion cutánea ha sido generalizada desde el primer momento, crece por el desarrollo natural de cada grano, y además por la salida diseminada de otros nuevos que se intercalan entre los antiguos.

Las enfermedades constitucionales crecen en la piel por brotes sucesivos, cada vez más extensos, duraderos y graves en el herpetismo, cada vez más circunscritos, pero más profundos y graves tambien en la sífilis y en la escrófula, dejando entre unos y otros un espacio de tiempo en que nada existe en la piel y la salud es al parecer completa.

En la pelagra, durante los primeros ataques, desaparece el criteria escamoso de los sitios afectos en el invierno; pero en la lepra no desaparece, aunque se disminuye el brote tuberculoso ó maculoso, viniendo los nuevos á adicionarse al ya exis-

lente, y siendo este el modo de generalizarse la enfermedad.

La duración del periodo de crecimiento de cada brote eruptivo es imposible de fijar en las formas crónicas de dermatosis; pero es conocido en las fiebres eruptivas y en las lesiones agudas ó inflamatorias de la piel.

Dos ó tres meses ó dos ó tres años puede ser el tiempo que dure el periodo de crecimiento de una enfermedad crónica; dos, tres, cuatro ó menos días puede durar el de una fiebre eruptiva ó el de un pseudo-exantema.

El crecimiento ó desarrollo de las lesiones ó formas elementales varía también según la naturaleza de su causa, y ya hemos hablado é insistiremos en la clínica en el carácter especial del grano sifilítico, cuya lentitud de desarrollo hasta para diferenciarle de los de otra naturaleza.

El habón, la mancha del eritema ó de la roséola, la pápula del líquen pseudo-exantemático y la vesícula del eczema simple, herpético ó reumático, pueden llegar en minutos á su periodo de evolución completa; pero la pápula sifilítica necesita horas ó días para conseguirlo. La pústula más aguda no llega á su periodo de estado antes de las doce horas de la aparición de la mancha inicial, y según su causa, puede tardar dos ó tres días en estar formada. El tubérculo, como manifestación de la diátesis ó de las enfermedades constitucionales que producen lesiones de nutrición más profundas, es más lento y tarda más en llegar á su periodo de estado, pudiendo quedar estacionario durante algún tiempo, como sucede en el que precede al cínico ó al canceroide, y seguir después su crecimiento.

Llegada la erupción á su completo desarrollo, queda por más ó menos tiempo estacionada, ya porque se reproduzcan sin cesar los granos que la constituyen, ya porque los que existen y la forman permanezcan en ese *status quo* nutritivo que precede á la declinación.

Este periodo de *estado*, que es el más importante para el conocimiento y diagnóstico de las lesiones, porque durante él podemos observarlas con todos sus caracteres, es variable en su duración, según se trate de la afección cutánea, ó sea del brote eruptivo que á la sazón se observa, ó bien de la enfermedad, es decir, de la reunión de esos brotes sucesivos cada vez mayores y con intervalos de salud al parecer completa, con los cuales se manifiestan en la piel las diversas diátesis ó enfermedades constitucionales. También influye en esta circunstancia la naturaleza del mal y la forma de la erupción, además de las condiciones individuales y de los agentes exteriores.

El periodo de estado de las formas elementales es muy corto, de uno ó dos días cuando más, en las vesículas de eczema, de herpes y aun de varicela, porque pasado este tiempo se rompen ó se secan sin romperse, dando lugar á las formas secundarias, es decir, á las costras, y siendo sustituidas por nuevas vesículas.

Más corto es aún en los habones y en las manchas eritematosas, pues á veces, á las pocas horas de su formación, empiezan á declinar; pero es más largo en las demás lesiones elementales. La pápula más fugaz dura por lo menos tanto como las vesículas de más lento curso, y algunas, como las sifilíticas ó las del líquen crónico herpético ó reumático, pueden estacionarse varias semanas ó varios meses sin descamarse completamente ni ser sustituidas por otras.

Las pústulas no duran tan poco como las vesículas, pero no pueden permanecer intactas tanto como las pápulas sin romperse ó sin secarse en costras. En cambio los tubérculos, los acnes y las escamas pueden permanecer inmóviles muchos meses sin declinar ni desaparecer, á no intervenir la ciencia con sus poderosos recursos.

En el periodo de estado de cada brote eruptivo se ven mezcladas siempre lesiones que declinan con lesiones que crecen, y sólo puede decirse que va á declinar y desaparecer la erupción cuando se vé á todas ellas en descamación.

El brote eruptivo, que según la naturaleza de su causa puede ser único ó múltiple por repetirse todos los años una ó dos veces, tiene mayor duración en estas repeticiones ó reproducciones (sífilides, herpídes, escrofulides, pelagroides).

Por lo común, los brotes de estas dermatosis son agudos y terminan al mes ó mes y medio, mientras que las reproducciones ó brotes nuevos tardan dos, tres ó más meses en declinar, si es que no se hacen fijos y perennes.

En las dermatosis simples ó que no se reproducen, el periodo de estado del brote eruptivo es más corto y de igual duración al de la lesión anatómica ó forma elemental de la erupción que le constituye.

El periodo de estado de una enfermedad constitucional formada por repetidos brotes eruptivos es mucho más largo; pero la mayor ó menor eficacia del tratamiento y el tiempo oportuno ó tardío en que se empiezan á tratar, pueden modificar esta circunstancia.

La declinación de las lesiones y brotes eruptivos coincide, como hemos dicho anteriormente, y se manifiesta por el descenso gradual de todos los síntomas, tanto objetivos como subjetivos.

La declinación de las enfermedades se conoce porque en vez de menudear, se van alejando cada vez más los brotes eruptivos, y son relativamente menos intensos y durables.

f. El curso que se observa en las dermatosis puede ser continuo, remitente, intermitente ó alternante, con afecciones del tegumento interno ó del tejido visceral.

El curso continuo es propio de las afecciones inflamatorias agudas, bien sean artificiales, bien exantemáticas ó pseudo-exantemáticas. También es propio de las parasitarias, pues la exacerbación nocturna de sus molestias producida por los movimientos ó por el trabajo de los parásitos animales no indica exacerbación de la enfermedad, como no puede llamarse



remisión al sueño ó á la inercia diurna de los mismos.

El curso continuo es característico de las lesiones heterológicas ó de los neoplasmas á que dan lugar algunas enfermedades constitucionales, como el cáncer, el tubérculo, el epiteloma, el fibroma, el sífiloma, etc.; pero en las afecciones cutáneas crónicas, lo que más comunmente observamos es el curso remitente ó intermitente.

En las herpéticas hay una intermitencia marcada, que se convierte en remisión cuando avanzando el mal á fuerza de años se hace fija y perenne la erupción.

Los primeros ataques ó brotes del psoriasis herpético suelen aparecer en la primavera ó en el verano; desaparecen por completo en el invierno, dejando al enfermo en el goce de la más completa salud, y vuelven á presentarse en la primavera ó en el verano siguientes; pero esta intermisión llega un momento en que desaparece, la erupción se hace fija, se exacerba en las épocas en que anteriormente solía brotar, y remite solamente en el invierno.

En otras ocasiones las dermatosis son una forma de la verdadera fiebre intermitente, como sucede en algunas urticarias que ceden con el sulfato de quina; pero esta lesión antigua, cuando es herpética y crónica, no cede fácilmente con el mismo remedio, ni aun con los arsenicales, á pesar de tener por carácter el presentarse por las noches y desaparecer por el día, como si fuera una fiebre palúdica.

Es curioso este fenómeno del herpetismo, tanto cutáneo como visceral, nervioso ó mucoso.

Los catarros y las neuralgias herpéticas son tan marcadamente intermitentes como las dermatosis dependientes de la misma causa; y en los infartos viscerales, en las neurosis y en otros padecimientos profundos que no pueden atribuirse á otra cosa, se observan accesiones intermitentes, unas veces febriles y otras no, ó remisiones y exacerbaciones muy notables.

En las sífilides pasa algo parecido, aunque no sea tan constante. Entre el chancro y las sífilides exantemáticas, como entre éstas y cada uno de los brotes posteriores de las circuncritas ó crónicas, hay un tiempo más ó menos largo de salud, siquiera sea aparente. Los dolores osteócosos remiten ó desaparecen por el día, exacerbándose por las noches; pero cuando las gomas aparecen el mal tiene un curso continuo hasta su eliminación, si es posible (1), ó hasta la muerte del

enfermo cuando no lo es, por estar colocadas en el espesor de la trama visceral.

La reproducción en la primera de los eritemas pelagrosos es un hecho bien observado por su constancia, y entre los brotes maculosos con que se inicia la elefantiasis de los griegos hay épocas de *silencia* que desorientan al médico poco avisado. Más tarde, la enfermedad cutánea se hace continua y refractaria á todas las medicaciones.

¿Será la misma ley la que presida á las reproducciones del epiteloma y del cáncer?

El curso que hemos llamado *alternante* se observa alguna vez en las afecciones cutáneas; pero se ha exagerado su frecuencia y se ha confundido en ocasiones con las metástasis ó repercusión, haciendo á ésta responsable de un hecho natural en el curso de las dermatosis, y atemorizando al mismo tiempo al vulgo con la idea de la gravedad metastásica.

En el herpetismo, los eczemas crónicos alternan casi siempre con faringitis granulosa, con catarros y neuralgias, sin que haya repercusión, ni se haya empleado tratamiento alguno. Esta alternativa de afecciones es un fenómeno tan natural para nosotros, que no le damos la importancia que el vulgo, ni indica siquiera revulsión interna. Trátase de una causa general que puede dirigir su acción á todas partes, sucesiva ó simultáneamente, y nosotros la combatiremos del mismo modo, prescindiendo, hasta cierto punto, del sitio de sus manifestaciones locales.

En el reumatismo hay la misma alternativa, pero es más fácil la metástasis; en la sífilis es más común la coexistencia de los accidentes cutáneos y profundos que la alternativa; pero también se observan accidentes terciarios en la piel (sífilide gomosa, lupus sífilítico, etc.), que se presentan después de la desaparición de otros profundos.

El curso alternante no es, pues, un fenómeno siempre grave, ni un hecho insólito que debe preocuparnos; á no ir acompañado de otros que lo sean.

Acomodándose de la analogía de textura y de la continuidad de tejido que existe entre la piel y las mucosas, y dando á las causas constitucionales la importancia que realmente tienen, nos podemos explicar, *sin saltos*, los hechos de este género que vemos en la práctica.

g. Al ocuparnos de los períodos de las dermatosis, hemos asignado á cada una su *duración* probable, de modo que sumando la de todos ellos puede presumirse la total.

Por lo común, cuanto más local es la causa más corto es el padecimiento; pero hay casos en que esa causa local es tan tenaz y tan difícil de vencer por los medios de tratamiento, que dura mayor tiempo que el que pudiera esperarse.

(1) Cuando las gomas ó la infiltración sífilítica ocupan vísceras importantes, dan lugar á fiebres neoplásicas, como la tisis, la hepatitis coléstea simple, etc.; pero en estos casos es difícil ó imposible el vencerlos después de la naturaleza especial del mal ó de la supuración que en diferentes puntos se forma; lo cual no sucede en el herpetismo, que no da lugar á supuraciones ni á trocismos, á no ser que transformen el epiteloma como último fenómeno evolutivo de dicha enfermedad constitucional.

De todos modos, esta intermitencia del herpetismo, de la sífilis, de la pelagra y de otras afecciones, no disminuye así como lo va, que el uso de la quina, del iodo, del arsénico, de la lima y del fosfo, agotan todas las posibilidades, sean los únicos capaces de curarlos.

Averiguada por Salisbury, por Haller y otros investigadores modernos la causa

parasitaria vegetal de las fiebres palúdicas, y resolviendo esta misma cuestión en las sífilides referidas, luego es que consigamos estos datos, por sí la razón y la analogía pueden ayudar á la observación y á la experimentación en este género de estudios patológicos.

Los parásitos vegetales, por ejemplo, son difíciles de desalojar de las criptas pilosas, y como no se perciben á simple vista, no queda el profesor satisfecho en mucho tiempo de que no haya quedado alguno oculto en los folículos ó entre las células del epitelio.

La duración de las dermatosis constitucionales dejadas á su curso natural, puede ser tan larga como la vida del paciente, y sin que sean precisamente ellas las que originen la muerte; pero tratadas de una manera racional, se detiene á veces su curso invasor, se retrasan sus malos efectos, ó se curan, si el tratamiento llega á tiempo.

Males cutáneos hay, mortales casi de necesidad, como la lepra tuberculosa, que afligen al enfermo veinte y más años ántes de conducirlo al sepulcro. Una cosa semejante ocurre con el lupus exedens y otras dolencias ó formas graves de la escrófula, cuya cronicidad es desesperante, y con los eczemas, líquenes y psoriasis herpéticos, cuando por falta de tratamiento se los ha dejado tomar derecho de domicilio en un punto determinado de la piel.

No puede fijarse á cada enfermedad su duración tratándose de dermatosis crónicas, porque varía mucho segun las circunstancias del individuo, sus costumbres y las influencias externas á que se halla sujeto, ó segun el tratamiento que se emplee y los medios más ó menos eficaces de que se componga; pero nunca se olvide el profesor al responder á ciertas preguntas *inocentes* que le dirijirán en la práctica civil, que en estos casos no se cuenta por días, sino por meses ó por años, pues vale más que se cure el enfermo ántes del tiempo prefijado, que no que se retrase la curación y quede descontento.

Un conocimiento exacto de la causa y naturaleza del mal será la base principal de este juicio; pero á esto debe añadirse el que nos suministra el estudio de las circunstancias anteriormente indicadas, y el modo como reciba el organismo enfermo la medicación que se prescriba.

h. Las terminaciones más comunes de las afecciones cutáneas, son la resolución simple, la descamación y la cicatrización. La supuración, la gangrena y la metástasis son, las dos primeras, estados anteriores á la cicatrización, ó complicaciones, y la última, una resolución brusca, cuyo estudio tenemos que hacer por separado, en atención á la importancia que se le ha dado y que nosotros no negamos.

La muerte es la terminación del enfermo, quedando en pie las lesiones á que la enfermedad ha dado margen; y acerca de este punto, sólo podremos decir cuáles son las que pueden determinar este accidente.

En realidad, ninguna afección cutánea es mortal por las simples lesiones de la piel; pero lo son algunas por los fenómenos simpáticos que pueden ocasionar, ó por los fenómenos coincidentes y lesiones que en otros órganos ó tejidos determina la causa común.

Las quemaduras extensas, la pústula maligna y el antrax, pueden hallarse en el primer caso, y en el segundo las fiebres eruptivas, las hemorragias, las difterias y las dermatosis constitucionales.

La resolución se observa en las manchas congestivas ó inflamatorias, como en el eritema, erisipela, roseola, etc.; en los habones de la urticaria, en las pápulas de algunos líquenes y prurigos, y en los tubérculos que no se ulceran ó estacionan, así como en las eminencias acnéicas y en algunos forúnculos.

La descamación es propia de las vesículas (eczema, herpes, varicela, sudamina, miliar, hidrargiria, etc.), de las pústulas, una vez terminado su período de supuración y de desecación (viruelas, vacuna, impétigo, ectima, etc.), de las ampollas (pénfigo), de ciertas pápulas de liquen, de las escamas y de las eminencias parasitarias, cuando se ha conseguido matar el parásito vegetal ó animal que las constituye.

La cicatrización es la terminación de las dermatosis ulcerosas ó simplemente supurantes como el absceso dérmico.

En algunas afecciones cutáneas, consideradas como simples lesiones, hay una terminación de su forma anatómica, que es ó consiste en su transformación en otra, cosa que se vé muy á menudo en las sífilides y escrófulides.

Finalmente, en otras no hay terminación, porque el mal continúa estacionado ó porque sigue avanzando hasta la muerte del paciente.

Los nevus vasculares, las hipertrofias ó elefantiasis, los quistes ó lupias, las discromias ó manchas discromatosas, las acromias ó vitiligos y otras deformidades, permanecen inalterables sin terminar espontáneamente. La úlcera cancerosa no se cicatriza nunca; la elefantiasis árabe tampoco se resuelve cuando la alteración pasa más allá del tejido celular subcutáneo (1).

Para algunos de estos casos, puede admitirse una terminación artificial, que es la eliminación de la parte enferma por los medios quirúrgicos, y la cicatrización consiguiente de los tejidos próximos (2).

(1) En la actualidad (Abell de 1872) tenemos en la enfermería de nuestro cargo un caso muy notable de elefantiasis dróide de la pierna derecha, que ha empezado á resolverse con rapidez á beneficio del uso interno y externo de la iodata de yodo.

La dislocación que el mal había producido en los dedos del pie es difícil sin embargo que desaparezca, á pesar de la compresión gradual, por la falta de proporción que ya existe entre las cabezas articular de los huesos metatarsales y las correspondientes de las primeras falanges; pero no desaparecen todavía de consiguiente, visto el efecto incompleto de la medicación tópica.

Ya tendremos ocasión en la clínica, al citar otros casos análogos, de adicionar la observación completa de este enfermo, que sentimos no haber hecho retrazar en los primeros días de su estancia en el Hospital.

(2) El extirpar ó eliminar la parte enferma, puede considerarse como terminación de la lesión, pero no de la enfermedad, que la produce, sostiene y puede hacer reproducir en sitios próximos ó distantes.

Hay lesiones que por sus circunstancias especiales, ó por su influencia en la generalidad, deben extirparse; pero no debe olvidarse que después de la operación es preciso seguir combatiendo la enfermedad, porque si no se hace, en vez de terminar, continuará á aumentar y sin obstáculos en evolución y desarrollo.



## XI.

La gravedad de las enfermedades de la piel está en relación con su naturaleza, con su forma anatómica, con su carácter esporádico, endémico, epidémico ó contagioso, y con su modo patogénico; modificándose además por las simpatías ó sinergias orgánicas que pueden desarrollar, por el grado de eficacia del tratamiento, por su papel crítico ó revulsivo, por su fugacidad repercusiva, por su cronicidad desesperante, por su influencia moral, por su transmisión hereditaria, por el sitio que ocupan y por otra infinidad de circunstancias, que deben tenerse siempre en cuenta al formar el juicio pronóstico.

a. Las afecciones cutáneas artificiales son leves por lo común, de breve curso y buena terminación cuando conocida la causa puede separarse ó evitarse, lo que no siempre es fácil ni hacedero.

Si la causa se desconoce ó no puede evitarse, la enfermedad producirá en la piel todos los desastres de una inflamación repetida; y las erisipelas, los flemones difusos, las angioleucitis, que sobrevienen como complicaciones, comprometerán la vida del paciente.

Los que, por su oficio ó profesión, tienen que manejar diariamente sustancias irritantes, cal, potasa, sales arsenicales ó antimoniales, mostaza, cantáridas, etc., pueden no creer ni figurarse que la enfermedad cutánea, repetida ó continua, que padezcan, sea dependiente de esa causa irritante á que por razón de su oficio se exponen; y si el médico no cae en la cuenta para preguntarla, quedará desconocida aquella, errará el tratamiento y convertirá, por ignorancia ó por desidia, una enfermedad leve y fácilmente curable, en una dolencia grave y peligrosa, sin contar con que á veces servirá de ocasión para que se despierten otras que existan latentes en el individuo.

No siempre las afecciones cutáneas artificiales son leves, aunque se consiga separar la causa que las ha producido.

Las quemaduras muy extensas suelen ser, no sólo graves, sino mortales; lo mismo sucede con las grandes pérdidas de sustancia, que producen ciertas heridas, y con las grandes denudaciones de los sinapsismos; porque aunque se quite la causa, el efecto tiene malas condiciones en sí, ó por las simpatías que despierta y el terreno en que se halla.

Las dermatosis artificiales que provocan las indigestiones de ciertos hongos ó pescados azules, así como los envenenamientos de la belladona, del yodo ó del arsénico, son también graves ó mortales, si no se llega á tiempo para detener sus rápidos y terribles efectos.

Las dermatosis parasitarias pueden hoy considerarse como

leves, suponiendo que el profesor las conozca y las trate convenientemente.

Si se desconocen, aunque no sea común, deterioran tanto al enfermo por los sufrimientos que le originan y por las pérdidas de su nutrición, que no es extraño verle conducido al marasmo, á un estado caquético y á la muerte.

La sarna, que hoy se cura en pocas horas ó en pocos días, ha causado algunas muertes por desconocerla, sobre todo en los niños de corta edad, que, á su poco tamaño, reúnen mayor sensibilidad en la piel, y jugos muy apropiados para que se desarrollen los ácaros en número más considerable.

Las caquexias parasitarias de que ántes morían muchos niños, pueden hoy presentarse desconociendo la enfermedad ó no tratándola convenientemente, lo mismo que pasa con la pitiriasis ó piojera abandonada, bien sea por descuido de limpieza, ó por el error frecuente de temer su repercusión.

Entre las dermatosis espontáneas, hay algunas, como las locales ó deformidades, que, aunque sean incurables, carecen de gravedad; pero las generales y constitucionales la tienen siempre mayor que las de causa externa, exceptuando los casos referidos.

La viruela y todas las fiebres eruptivas, sin necesidad de que tengan carácter epidémico, llevan á muchos al sepulcro, y su gravedad es bien conocida de todos: la lepra, la pelagra, el cáncer y el carbunco son siempre mortales; las herpétides muy crónicas, generalizadas y exudativas, el lupus escrofuloso, las sífilides ulcerosas extensas y las úlceras escorbúticas son muy graves, y si por sí solas no causan la muerte, la causan alguna vez por los accidentes profundos de la misma naturaleza que las acompañan.

b. La forma elemental de las dermatosis influye también en su gravedad relativa, ya porque indica determinada naturaleza, ya independientemente de ésta.

Por lo común, su gravedad depende de la naturaleza del mal; pero dentro de una misma índole morbosa, puede decirse, por ejemplo, que la mancha y la pápula son más leves que la vesícula; y la pápula y la ampolla más graves, en igualdad de circunstancias, que las tres formas anteriores.

El tubérculo puede ser el más grave entre las formas elementales; pero esta gravedad depende, más que de la lesión cutánea en sí misma, de la causa que la determina ó de la enfermedad que representa, así como del modo patogénico (generalmente ulcerooso y algunas veces resolutivo) que sigue en su evolución.

La escama, que es una forma leve por sí, y que no produce molestias, tiene gravedad por las enfermedades que es síntoma y por su cronicidad.

Las erupciones parasitarias y acnéicas son leves, lo mismo que el absceso dérmico y el habor, á pesar de las molestias que ocasionan.

La erupción foruncular puede ser muy grave; y no faltan

ejemplos de *antrax* que, á pesar del tratamiento más apropiado, han terminado por la muerte.

La tumefacción *circumscribida* de la piel, es de poca ó ninguna importancia; pero la *difusa*, sea aguda ó crónica, simple ó específica, es muy grave (oríspela, pústula maligna, elefantiasis árabe, escleroma).

El pronóstico de las lesiones cutáneas puede hacerse mejor en los géneros que en las formas elementales, porque su gravedad está mejor estudiada.

El *eritema* es leve y grave, según la causa que le produce. El eritema pelagroso y el nudoso son graves, lo mismo que el escrofuloso (lupus eritematoso).

El *eczema*, como lesión, es leve, á no ser muy extenso, crónico y generalizado; pero, aunque no deje reliquias en la piel cuando desaparece, molesta más ó ménos, según su causa, por la picazón ó exudación repugnante á que dá lugar.

El *herpes*, como afección casi siempre parasitaria, es leve, si se conoce y trata convenientemente.

El *impetigo* aumenta la gravedad del *eczema* cuando á él se une, formando una lesión compuesta. Como forma más inflamatoria que el *eczema*, es más grave; suele no dejar tampoco cicatrices profundas, pero siempre exulcera el dérmis, y especialmente el cuerpo reticular. Las costras que produce son mayores y afean más que las del *eczema* simple.

El *ectima* es una lesión todavía más profunda y más grave que las anteriores; dependiendo, como ellas, de diversas causas, que son el principal fundamento de la gravedad relativa de sus especies, indica sin embargo, en igualdad de naturaleza, un mayor grado de saturación morbosa ó un estado caquéctico.

El *penfigo* y la *rupia* son, por lo ménos, tan graves como el *ectima* y por razones análogas.

El *psoriasis* afea y deforma más que molesta. Cuando se generaliza, trastorna las funciones respiratorias de la piel; por lo que, así como por la causa siempre constitucional ó discrásica que indica, es grave.

El *pitiriasis* es más leve, en igualdad de circunstancias, y suele desaparecer fácilmente.

Entre las erupciones papulosas, debemos contar al *prurigo* como muy grave, por lo intolerable de los sufrimientos que provoca, y por su relación íntima con afecciones viscerales, y al *liquen* como más leve ó ménos tenaz y peligroso.

La *urticaria* que, cuando aguda, tiene poca importancia, porque sus molestias pasan pronto y no comprometen la vida del paciente, cuando crónica, se equipara con el *prurigo*.

No queremos insistir en estos detalles pronósticos, que tendrían explicación más minuciosa en otro sitio; pero conviene hacer notar la poca influencia que en el pronóstico tiene la forma, relativamente á la que tiene la causa.

c. El carácter esporádico, endémico ó epidémico de las dermatosis influye, dentro de una misma forma elemental y

de una misma naturaleza, en la gravedad mayor ó menor de las afecciones cutáneas.

La forma esporádica, más leve que las otras, indica en unos casos menor intensidad en la causa, ó cantidad menor del agente morbígeno, y en otros una confusión de la naturaleza del mal, es decir, un error médico.

Para nosotros, por ejemplo, el cólera esporádico no tiene la naturaleza que el epidémico, y los consideramos tan esencialmente distintos como á la fiebre amarilla y á la biliosa de nuestros climas. Creer otra cosa, es confundir la naturaleza de ambas dolencias.

La epidemia es el *contagio extenso*, debido á un agente material, que puede caminar por el aire y reproducir en puntos lejanos la enfermedad de donde procede, pero que en los puntos próximos se propaga también por contacto directo.

La endemia puede ser ó no ser contagiosa.

La endemia de enfermedad *contagiosa* es una pequeña epidemia que puede llegar á ser grande, y en la cual hay que añadir á las causas de la localidad (si es forzoso admitirlas), el agente morboso especial del contagio. La endemia *no contagiosa* tiene sus causas todas en la localidad, y jamás se hará ó se convertirá en epidemia.

Para nosotros, pues, no hay enfermedades epidémicas que no sean contagiosas, directamente y por infección á la vez; pero puede haber endemias de enfermedades que no se propaguen por contagio.

La lepra, el escorbuto, la escrófula y la pelagra, no son contagiosas; por eso no son epidémicas, sino endémicas, en ciertas regiones. La viruela, el sarampión y demás fiebres eruptivas que son contagiosas é infecciosas, pueden ser epidémicas, como el cólera, el tífus y otras pestes.

Los parasitismos, animales ó vegetales, incluyendo en éstos las plicas, las difterias y las tiñas, y en aquellos los efectos del ácaro y de la miga ó pulga penetrante, constituyen endemias contagiosas.

Alguna vez los parasitismos vegetales pueden contagiarse por el aire, y dar lugar á epidemias, como sucede con el erup y la tos ferina; lo que prueba nuestro aserto de que las endemias contagiosas son pequeñas epidemias.

El ergotismo, la acrodinia y otras afecciones, artificiales ó provocadas, efecto de envenenamientos ó del hábito de comer ciertas sustancias, son endemias simples ó no contagiosas.

Hay algunas enfermedades contagiosas, cuya causa no está bien estudiada todavía, al ménos en su naturaleza íntima, y para las cuales no se pueden formular las mismas leyes que para las referidas anteriormente.

La sífilis, el venéreo, la rabia, el muermo y la pústula maligna son enfermedades contagiosas, pero sólo por inoculación *natural* ó *artificial*, es decir, que el virus que las produce no penetra en el organismo á través del epidermis ó del epiteliom intacto, sino cuando hay en ellos algun punto denudado



aunque sea pequeño, por lo que, en nuestra opinión, *no han sido ni pueden ser*, enfermedades epidémicas ni endémicas, por numerosas que sean y generalizadas que estén.

A éstas las llamaríamos simplemente inoculables. La llamada epidemia de sífilis del siglo xv, es el contagio directo de una enfermedad nueva en Europa que vino a adicionarse á las demás inoculables, que de antiguo existían, mezclándose con ellas y haciendo estragos, por la ignorancia, muy natural en aquellos tiempos, para detener los progresos y el contagio del mal americano.

Si fuera posible recluir en un solo día á todos los enfermos sífilíticos del mundo, sin perdonar á los que tuvieran el mal en el período de incubación, ni á los que pudieran propagarle en la herencia, aunque á la sazón no tuvieran *accidentes* contagiosos, la sífilis desaparecería para siempre, y este no es carácter de las enfermedades verdaderamente epidémicas.

Si fuera posible evitar el contacto del virus venéreo, mucoso, carbuncoso, lísico y sífilítico con el dérmis denudado ó el tejido celular subdérmico, se detendría la propagación de las enfermedades á que dan margen; y esto no impediría el desarrollo de las otras enfermedades llamadas epidémicas.

Resumiendo nuestras ideas en este punto, que no debemos discutir en una obra de dermatología, diremos:

1.ª Que hay enfermedades cutáneas esporádicas, endémicas y epidémicas.

2.ª Que asignamos á las epidémicas tres caracteres, que es necesario tengan para considerarlas como tales: que se propagan por contagio directo; que se propaguen también por infección ó por el aire á mayor ó menor distancia del foco de emanaciones virulentas, y que el agente morboso que las produce obre por absorción ó penetración no cuenta en la sangre y en la generalidad del organismo (fiebres exantemáticas).

3.ª Que las endémicas son simples ó no contagiosas, y contagiosas ó pequeñas epidemias.

4.ª Que las endémicas verdaderas ó no contagiosas, dependen de causas que, accidental ó constantemente, existen en la localidad, ó rodeando á los enfermos que las sufren, y acompañándoles á donde quiera que vayan. La escrófula, la lepra, la pelagra y el escorbuto, son enfermedades esporádicas y pueden ser endémicas, dependientes de causas que *constantemente* existen en ciertas localidades. La acrodynia, el ergotismo y los envenenamientos de la belladona, de los mariscos, de las setas, etc., que producen afectos cutáneos bien conocidos, aunque atacan á muchos, no son enfermedades contagiosas, y por lo tanto no son epidémicas; son endémicas verdaderas, pero de causa accidental ó no constante en la localidad, pudiendo acompañar á los enfermos á todas partes; y

5.ª Que las endémicas contagiosas ó pequeñas epidemias, casi nunca dependen de las condiciones constantes de la localidad, sino de causas ó agentes contagiosos que de una manera

accidental van á fijarse en ella, propagándose entonces á un gran número de individuos por contagio directo ó infeccioso.

Haciendo ahora aplicación de estas ideas al pronóstico de las dermatosis, puede decirse de una manera general, que existiendo en la forma endémica de un padecimiento un conjunto de causas locales que le modifican y obran constantemente en los individuos, siendo difícil que éstos se libren de su acción, su gravedad ha de ser mayor que la correspondiente á la forma esporádica.

La gravedad de la forma epidémica, mucho mayor todavía, depende de que la causa es más intensa y más extensa ó generalizada, indicando mayor saturación en el organismo, y tal vez condiciones meteorológicas desconocidas al presente.

Las fiebres eruptivas, en su forma esporádica, dan cuando más un 10 por 100 de mortalidad; pueden subir á un 15 ó 20 por 100 en la endémica, y llegar á un 50 en las grandes epidemias.

La escrófula endémica tiene manifestaciones más graves que la esporádica.

La lepra y la pelagra tienen un curso más rápidamente mortal en las localidades en que reinan endémicamente, que alejándose de ellas y cambiando de condiciones higiénicas, de género de vida y alimentación.

Las endemias, que proceden de la alimentación malsana, como el ergotismo, la acrodinia, etc., tienen, relativamente á cada individuo, la misma gravedad que en los casos aislados ó esporádicos; pero las prescripciones generales que exigen, atañen á los gobiernos ó influyen en la aplicación de grandes medidas higiénicas, que las dan mucha mayor importancia á los ojos de la sociedad.

Las endemias contagiosas son las más graves, porque cuando se fijan en pequeñas poblaciones producen tantas víctimas como las epidemias. La difteria, el muguet, la viruela, el sarampión, la escarlatina, la plica y las diferentes tiñas, pueden cebarse en un pueblo, y sin salir de él, es decir, conservando la forma endémica, atacar á todos ó á la mayor parte de los habitantes.

En estos casos, la infección del aire, producida por la multitud de focos de emanación, no sólo favorece el contagio, sino que aumenta la intensidad de la causa, y por lo tanto la saturación del organismo y la intensidad del mal.

d. El modo patogenético de las dermatosis se ha confundido unas veces con la naturaleza y otras con la forma anatómica de las mismas, pero *no es una cosa ni otra*. Comprendiéndolo así, no hay inconveniente en llamar *elemento morboso* á ese modo de ser, congestivo, inflamatorio, hemorrágico, exudativo ó nervioso que domina en las afecciones cutáneas; pero sólo, repetimos, como medio convencional de hablar, porque dentro de una misma naturaleza caben todos esos elementos, y dermatosis muy diferentes pueden presentarse con igual modo patogenético.

Cada uno de estos elementos ó modos patogénéticos puede ser agudo y crónico, y su gravedad variable es digna de tenerse en cuenta en el estudio de cada dermatosis.

El modo patogénético congestivo es propio de afecciones tan diferentes como el simple eritema y el sarampión ó la roséola; pero aquí no debemos ocuparnos sino de averiguar, dada una enfermedad que pueda tener en la piel diversos modos de presentación, cuál es la gravedad relativa de cada uno de ellos.

Por regla general, el elemento congestivo, agudo y crónico es menos grave, y sobre todo, más fácil y pronto de curar que el inflamatorio correspondiente. El elemento exudativo es más repugnante é influye más en la moral de los enfermos, y el elemento nervioso puede ser terrible por las molestias insuperables que causa.

Las congestiones agudas del herpetismo son mucho más leves y fugaces que las inflamaciones exudativas que dicha enfermedad produce en la piel; lo mismo pasa con los exantemas sífilíticos y los eritemas escrofulosos, respecto de las manifestaciones inflamatorias ó ulcerosas de igual índole. El elemento congestivo agudo puede decirse que albre la escena cutánea en estas diátesis y en la reumática, pelagrosa y leprosa, lo cual indica menor gravedad relativamente á los accidentes ulteriores que sobrevienen en edad más avanzada de estos padecimientos.

La congestión ó hiperemia crónica, en igualdad de naturaleza, es más grave que la aguda, porque indica también que el padecimiento está más avanzado. Los eritemas crónicos de la escrófula exigen un tratamiento más enérgico que los agudos; y muchas veces, descuidados, sirven de asiento al lupus. La urticaria crónica, herpética ó reumática, es tan tenaz y tan molesta, que puede conducir á la desesperación y al suicidio; mientras que la aguda, de la misma índole, desaparece más pronto y ocasiona por lo tanto menos molestias.

La inflamación, y principalmente la inflamación crónica, es el elemento obligado de la mayor parte de las dermatosis.

Están los médicos en la idea de que la inflamación es un proceso morboso, siempre idéntico, cualquiera que sea la causa que lo produce; y este es un error lamentable que demostrará el tiempo.

La palabra inflamación, es un nombre genérico que se podrá descomponer más adelante en numerosos procesos morbosos, diferentes y bien deslindeados.

En la misma inflamación aguda puede observarse la diferencia que hay entre la crispela aguda y la escarlatina; inflamaciones cutáneas ambas en que tantas diferencias encuentra el vulgo, cuanto más el médico.

Dentro de la crispela, compárese la escrofulosa con la que no lo es, y se verán las modificaciones notables de la enfermedad según los casos.

Pero en la inflamación crónica es donde más puede verse la confirmación de nuestras ideas.

¿Quién podrá creer que es igual la inflamación que acompaña á las sífilides, que la que acompaña á las herpétides, escrofulides, reumátides, leproídes y erupciones artificiales?

¿Dependerán sus diferencias del sitio del mal, del órgano ó de los órganos cutáneos afectos? El ser unas contagiosas y otras no, ¿se explicará solamente por adicionar á la inflamación simple cierta cantidad del agente contagioso? La forma ulcerosa ó resolutive en inflamaciones crónicas de la misma índole, ¿es igual proceso morboso?

A la inflamación le pasará pronto lo que á la irritación. A fuerza de distingos y necesarias explicaciones en cada caso concreto, quedará reducida á un término genérico, y desaparecerá de la ciencia verdadera, aunque se conserve como palabra en la terminología.

Prescindiendo por ahora de estos deslindeos, y aceptando, por no haber hoy otro remedio, la palabra inflamación crónica, puede decirse de ella que, en igualdad de naturaleza, es más grave que la aguda, por la tenacidad ó lo refractaria que es á los tratamientos mejor combinados, y por la facilidad de su reproducción cuando su causa es diatéctica.

El elemento inflamatorio crónico, por ejemplo, de las sífilides, escrofulides y herpétides, se eterniza en la piel; aunque cambiando de sitios, deja huellas en el tegumento, cicatrices, infartos, estados varicosos por la dificultad de la circulación, manchas repugnantes é hiperemias crónicas; por lo que es mucho más grave que el elemento congestivo de igual índole.

Hay en algunas dermatosis, producidas por alteraciones especiales de la sangre, un elemento que no es en realidad congestivo ni inflamatorio, y que tampoco puede llamarse exudativo. Nos referimos á las hemorragias cutáneas que se observan en la púrpura, en el escorbuto, en algunas reumátides, y como complicación de ciertas fiebres eruptivas malignas y aun de algunos estados caprécicos, de la sífilis, de la lepra y de la escrófula.

La gravedad de este elemento morboso es mayor que la de todos los demás. El estado de depauperación orgánica que en unos casos le acompaña; la putridex ó la fluidez y alteraciones diversas de la sangre que en otras ocasiones indica, hacen á este modo patogénético de una importancia grande para el juicio pronóstico, bien se presente aislado ó como complicación de otras dolencias.

La exudación ó el elemento exudativo, muy frecuente en las escrofulides benignas y en las dermatosis herpéticas, tiene gravedad, más que por su influencia local, por la repugnancia que produce, hasta en el mismo enfermo, y por sus relaciones simpáticas con algunos actos orgánicos distantes; pudiendo por ellas dar origen á revulsiones internas, reperusiones y fenómenos graves por trastorno de un hábito morboso.

En los eczemas herpéticos muy exudativos y antiguos es en donde se observan fenómenos graves á consecuencia de su brusca desaparición.



El elemento nervioso constituye por sí sólo varias dermatosis y acompaña á otras, aumentando cruelmente sus molestias y sufrimientos. La picazon irresistible del prurigo, y la que acompaña á las dermatosis herpéticas, así como las neuralgias del zona, aumentan la gravedad que estas dolencias tienen por razon de su naturaleza especial, y forman la base de ciertas indicaciones que, aunque sintomáticas, es preciso llenar.

e. La circunstancia de ser ó no contagiosa una enfermedad cutánea, no sólo modifica su pronóstico, sino que obliga al médico á completar sus prescripciones terapéuticas con las reglas higiénicas necesarias para evitar su propagacion. La primera pregunta, además, que los familias dirigen al profesor encargado de la asistencia de una enfermedad cutánea, es si puede contagiarse; y es necesario que sepa con seguridad dar su dictámen, sin atenerse á los refranes ó preocupaciones vulgares, que tantos disgustos domésticos han ocasionado.

No viene mal á este objeto hacer una lista de las dermatosis contagiosas, aunque repitamos una vez más lo que indicamos ya en la etiología.

Dermatosis paritarias...	Animales parásitos comunes, piojo, ladilla, etc. Sarus (acarus).	Tífa favosa. Tífa ó herpes tonsurante (mentagra, id.). Tífa pelada ó pórigo decalvans. Pitiriasis versicolor, nigricans, y aña de la cabeza. Oionema, efélides y manchas hepáticas. Difteria cutánea. — Pitycus. Dermatitis de otra índole con parásitos vegetales. — Escrofúidos benignos exudativos, etc.)
	Vegetales parásitos...	
Dermatosis espontáneas...	Fiebres eruptivas...	Sarampion, escarlatina, sifonheilla, millar, viruela, varioloides, varicela.
	Dermatitis sifilíticas	Chancro. — Sifilides ulcerosas, pópulas mucosas.
Dermatosis artificiales...	Muermo.	
	Carbonco.	
	Moluscum contagiosum?	
	Vacuna.	
	Úlcera venérea. Vegetaciones sexuales. Gangrena de hospital. Pióstula maligna.	

Tal vez dentro de pocos años estas dermatosis, entresacadas de los tres grupos de nuestra clasificacion, se incluyan todas en el primero si se comprueban los trabajos de Hallier y otros micrografos modernos, que demuestran la existencia constante de esporos vegetales en el sitio enfermo, ó de numerosas bacterias en la sangre, pero prescindiendo de estos hechos, que nos obligarian con mucho gusto á modificar nuestra nosología, debemos hacer constar que algunas dermatosis

como la lepra, tenidas por contagiosas, si lo fueron, hoy no lo son; y que algunas otras que no lo parecen, tal vez lo sean y se demuestre con el tiempo.

Relativamente al pronóstico comparativo de las afecciones cutáneas contagiosas y de las que no lo son, puede suponerse ya la mayor gravedad extrínseca de las primeras por lo que influir pueden en la salud de multitud de individuos; pero como el contagio indica siempre *especificidad*, no se encuentran enfermedades ó dermatosis de una misma naturaleza que puedan ser contagiosas unas veces y otras no: exceptuándose de esta regla las sifilides resolutivas que no exudan y se contagian como las ulcerosas, á pesar de ser igual su causa ó naturaleza.

f. Las simpatías ó sinergias orgánicas que ciertas dermatosis despiertan, pueden, exagerándose por circunstancias especiales, aumentar su gravedad hasta el punto de infundir temores sobre la vida de los enfermos. La erisipela dá lugar muy á menudo á fenómenos simpáticos cerebrales que pueden convertirse en verdaderas meningitis. Estas mismas y otras simpatías orgánicas se desarrollan en el momento en que debe aparecer en la piel el exantema de las fiebres eruptivas.

En cambio, otras muchas dermatosis indolentes, de curso lento y tal vez incurables, no despiertan, á pesar de su gravedad intrínseca, simpatías orgánicas de ningun género. El médico debe conocer y predecir esto, para evitar temores infundados en unos casos, ó para no apresurarse á dar en otros un juicio favorable, despreciando las contingencias simpáticas que puedan acarrear complicaciones graves.

Las erupciones agudas y fugaces, como la urticaria, sobre todo la que depende de indigestiones de mariscos, setas y pescados azules ó en descomposicion, son las que desarrollan simpáticamente fenómenos nerviosos más rápidos y graduados, por la gran congestión y el terrible y generalizado picor que de pronto se presenta en la piel, acompañando á los demás síntomas ó efectos del envenenamiento.

La expulsion de la causa y la neutralizacion de sus efectos inmediatos, hace desaparecer pronto la gravedad del mal; pero faltando esta terapéutica, y creciendo los fenómenos simpáticos, pueden venir enfermedades viscerales agudísimas, seguidas de una muerte pronta.

No se olvide, pues, la importancia que en los juicios pronósticos tiene la posibilidad de que aparezcan esas simpatías orgánicas, más graves por sí mismas que la afección que las provoca, ó la seguridad, hija de la experiencia, de que no se han de presentar.

g. El grado de eficacia del tratamiento influye mucho en las seguridades del pronóstico.

Cuando para una enfermedad muy grave, mucho más terrible que otras si se la deja á su curso espontáneo, tenemos remedios de accion positiva, pronta y segura, confiamos en

ellos y calmamos la ansiedad de las familias y los temores propios con la esperanza de un éxito lisonjero.

La seguridad de acción de la quina, del opio ó del mercurio, nos hacen pronosticar hoy mejor de ciertas dolencias que se pronosticaría en otros tiempos, ó en los actuales cuando no se pueden tener á mano dichos remedios.

Las sífilides no conservan la gravedad que en siglos anteriores, porque está bien conocido y estudiado su tratamiento; y lo mismo decimos de las dermatosis parasitarias y de algunas otras que, tenidas antiguamente por incurables, por mortales ó por difíciles de curar, se curan hoy con facilidad y prontitud.

Para las dolencias cutáneas existen, aunque pocos, algunos remedios de acción tan inmediata y tan constante, que podemos asegurar el alivio pronto de algunas, la curación rápida de otras, y la curación lenta pero infalible de muchas; caminando en estos casos con acierto por los senderos del porvenir, y pudiendo hacer palpables á voluntad las diferencias que hay entre el curso espontáneo de ciertas dermatosis, y el que tienen tratadas de un modo conveniente.

Con las pomadas de breca, de azufre, de calomelanos, de sublimado y de los yoduros de mercurio; con el aceite de enebro, las soluciones de nitrato de plata y algunos otros remedios tópicos, astringentes ó catécticos, vemos el alivio inmediato de muchas dermatosis; con el uso interno de los arsenicales, de los alcalinos, de los mercuriales y del aceite de hígado de bacalao, vemos la curación lenta, pero segura, de otras dolencias cutáneas, gravísimas ó mortales, cuando se dejan á su curso espontáneo, se tratan mal ó por tiempo insuficiente; y por último, con no hacer nada, que á veces es un remedio de importancia, se disipan rápidamente dermatosis que se eternizan ó producen graves trastornos cuando se intenta hacer algo para detener su evolución.

El que tenga seguridad de conocer la naturaleza y demás circunstancias de una enfermedad cutánea y sepa manejar bien el remedio ó los remedios internos y tópicos que la convienen, puede pronosticar mejor que el que los desconozca ó no los sepa manejar bien.

Con sólo las pomadas y los medicamentos arriba mencionados se domina la terapéutica dermatológica, siempre que se sepa dosificarlos para cada caso, suspenderlos á tiempo, etc., etc.

En cambio, cuando no hay remedios útiles para una dermatosis, la gravedad del pronóstico es inmensa, pues ni queda á veces la esperanza de alivio, ni puede creerse que sobrevenga otra cosa que el estacionamiento del mal ó sus progresos seguidos de la muerte.

h. El papel crítico ó revulsivo que á veces tienen las dermatosis, y cuya importancia para el pronóstico es de todos conocida, nos obliga á decir algo sobre este asunto.

Es indudable que hay dermatosis críticas, es decir, que

aparecen en la declinación ó en la convalecencia de enfermedades graves de una manera espontánea, y juzgando el mal principal de un modo favorable, aunque ellas, en su evolución independiente, puedan hacerse graves y aun mortales.

Es común la erupción de brotes furunculosos, retinatosos, eczematosos ó liquenoides agudos después de las fiebres graves, ó como fenómeno crítico de las inflamaciones viscerales; pero es preciso que no confundamos estos casos con las dermatosis sintomáticas de las *pestes*, ni con las erupciones artificiales á que podemos dar lugar por los estimulantes cutáneos que hayamos podido aplicar durante el curso del padecimiento.

Nosotros incluimos estas dermatosis verdaderamente críticas en los *pseudo-exantemas* ó inflamaciones cutáneas agudas, dependientes de la fluxion ó hiperemia brusca de la piel, pues una vez suprimida la afección profunda que atraía hacia el órgano enfermo, si se nos permite esta hipérbole, la invasión y la circulación, vuelve el equilibrio de estas funciones, y el tegumento, congestionado de pronto, da lugar á dermatosis de forma aguda y verdaderamente inflamatoria.

Los exantemas verdaderos, como estos pseudo-exantemas, son erupciones críticas también, de una fiebre específica ó virulenta; y la erupción de la viruela, del sarampión ó de la escarlatina que juzgan la fiebre, se convierten en causa de su continuación ó de su reproducción, si aquella cede por el grado de la inflamación ó congestión que en los tegumentos externo ó interno determinan.

La idea de crisis, y de crisis favorable, despierta la de respetar las erupciones; pero en esto, como en todo, suele haber más que respeto, fanatismo, sin considerar que la erupción crítica puede, por muchas circunstancias, hacerse mortal si no se moderan sus ímpetus inconscientes. Al hablar de la viruela concretaremos más estas ideas, que necesitan para su aplicación un buen criterio desprovisto de preocupaciones, y así evitaremos el caer, por exageración de una buena idea, en un error lamentable y altamente perjudicial.

Hay, por otra parte, afecciones cutáneas que, prescindiendo de su naturaleza, juegan un papel revulsivo en una afección crónica profunda ó en un trabajo funcional que no es patológico, como la dentición, pero que puede fácilmente dar lugar á trastornos graves.

El usagre de las mejillas en la época de la dentición es una escrofulide benigna que en otra época debe combatirse energicamente, pero que en la referida debe respetarse, si no en todos los puntos, en algunos, porque la experiencia demuestra que evita muchos males y favorece la erupción dentaria.

Las supuraciones crónicas artificiales que por diversas sustancias irritantes sostenemos en los brazos, en las piernas ó en otros puntos, son, aunque artificiales, revulsivas, y para curarlas ó hacerlas desaparecer es conveniente poseer dos datos clínicos: primero, si la enfermedad profunda está completamente curada; y segundo, si la cutánea artificial se ha con-



vertido ó no en un hábito morboso exulativo que no convenga hacer desaparecer bruscamente.

Si la enfermedad profunda está curada y no ha habido tiempo para que el revulsivo constituya un hábito morboso, puede y debe curarse rápidamente el exutorio; si falta la primera condición, no debe curarse; y si falta la segunda, debe curarse lentamente y por grados, ó sustituyendo la revulsión cutánea con la intestinal por algún tiempo.

El papel crítico ó revulsivo de ciertas dermatosis influye, como se vé, en el pronóstico, porque no debiendo emplear el tratamiento eficazísimo que contra ellas adoptaríamos en estas circunstancias, tenemos que dejarlas á su curso espontáneo, ó sostenerlas y empeorarlas para que sirvan de remedio á otras enfermedades.

Por desgracia, el abuso de estos temores y el error de generalizar estas ideas, sólo aplicables á casos concretos, es la causa del atraso de la ciencia y de mil extravagancias médicas que vamos á estudiar y poner de manifiesto en seguida, ocupándonos de la influencia que tiene para el pronóstico ese fenómeno llamado repercusión, metástasis ó retrocesión de las dermatosis.

I. El estudio de la repercusión está por hacer, y fuerza es comenzar analizando los hechos de diferente naturaleza que se han confundido lastimosamente bajo esta denominación genérica.

Empezaremos por definir la repercusión, diciendo que es «la traslación de un proceso morboso de un punto á otro del organismo.» La palabra traslación dá á entender, que para presentarse el mal en el sitio nuevamente afectado, ha tenido antes que desaparecer del que habitualmente ocupaba. Con la palabra proceso morboso, evitamos el decir enfermedad; pues siendo en las constitucionales donde se observa con más frecuencia, no son aquellas en totalidad las que se trasladan, sino una de sus afecciones ó manifestaciones locales. Ahora bien; dentro de la repercusión han cabido y se han incluido hasta hoy todos los fenómenos ó accidentes graves que, de un modo transcuriente, han sobrevenido en el curso de una erupción cutánea crónica ó aguda, sin fijarse lo bastante en determinar si la desaparición de la dermatosis era causa positiva de tales trastornos, ó si éstos, dependiendo de otras causas, eran, por el contrario, los que hacían desaparecer la afección cutánea.

Los estudios modernos y el conocimiento que vamos lentamente adquiriendo de la naturaleza de ciertas enfermedades de la piel, nos hacen en la actualidad desear por absurdos muchos hechos de repercusión citados por los antiguos; y á la altura científica en que se halla la Medicina, creemos posible ya diferenciar la verdadera retropulsión de esos estados ó fenómenos morbosos que la simulan y nos confunden cuando se hace de ellos un análisis superficial, ó se juzgan con el temor del ignorante, en vez de apreciarlos con la serena impar-

cialidad del que los ha estudiado á conciencia y en todos sus detalles.

La retropulsión de la sarna y de las tiñas que preocupaba tanto á los antiguos, es un hecho completamente falso, hijo de errores de diagnóstico, y explicable en los casos auténticos por alguna coincidencia ó por la falsa repercusión, es decir, por la revulsión interna de una enfermedad accidental, que ha determinado el sueño ó aparente muerte de los parásitos.

Cuando á un sarnoso ó á un tífoso le sobreviene una fiebre tífidea ó una pulmonía, las erupciones artificiales á que los parásitos dan lugar disminuyen y desaparecen, quedando éstos como inactivos, hasta que volviendo con la convalecencia la vida de la piel, y la normalidad de sus funciones con el riego de los jugos nutricios normales, los parásitos despiertan y las erupciones repuntan. Como la desaparición coincide con la presentación de la enfermedad interna, y la reaparición, á modo de crisis, con la convalecencia, ha podido pensarse fundadamente en la metástasis ó retrocesión; pero, ¿quién que tenga algo de lógica lo creerá hoy, una vez averiguada la naturaleza de los parasitismos y el papel que juegan los parásitos en estas dolencias? (1)

Nadie tomará en la actualidad por verdadera ni aun por falsa repercusión, la presentación de los dolores osteócospos, de la íritis, ó de otras afecciones profundas sífilíticas después de terminada una sífilis, ni tomará la locura pelagrosa como una metástasis del eritema escamoso de las manos, una vez conocido el curso natural y la evolución de ambos padecimientos constitucionales.

Hay hechos absurdos y que, sin embargo, se han citado como pruebas de la repercusión, siendo simplemente errores de diagnóstico ó perversión de las ideas de toda buena lógica y sana filosofía. Hemos visto úlceras sifilíticas de la garganta atribuidas á la curación de un eczema herpético que se metió dentro, según la mala expresión vulgar, y sífilis constitucional achacada al mal tratamiento ó á la resolución, inconveniente para el vulgo, de un bubón ó adenitis venérea, enfermedades todas que no pueden tener relaciones de causalidad mútua, ni pueden transformarse por el acto de una supuesta é imposible metástasis.

Con la palabra repercusión se ha hecho mucho daño á la humanidad, y al progreso científico en general; y así como con la palabra herpes se han confundido lastimosamente todos los conocimientos dermatológicos, y exagerado sin motivo los peligros de tratar todas las enfermedades de la piel, así por otra generalización absurda, por la falta de observaciones bien hechas, ó por otras causas, se han estorbado los estudios es-

(1) ¿Necesitaremos explicar el por qué los parásitos tienen una vida más limitada en un cuerpo gravemente enfermo que en un cuerpo sano?

¿Necesitaremos explicar el por qué desaparecen las erupciones irritativas de la piel á que aquellos dan lugar por la picazón que determinan, y que no se siente cuando hay un estado morboso grave y profundo?

peñales, se han favorecido las preocupaciones vulgares y se ha dejado morir, por no tener valor para oponerse á ellas, á muchos enfermos que debían salvarse.

Infinitos lupus y otras manifestaciones escrofulosas que, cogidas en los primeros momentos de su evolución, han podido ser detenidas en su desarrollo destructor, se han abandonado á su curso espontáneo, se las ha llamado herpes, y haciendo creer á los enfermos en lo fácil de una repercusión (nunca vista en las enfermedades citadas), se les ha obligado á permanecer espectadores impasibles de la destrucción y deformidad consiguiente de su cara, ó de la pérdida de sus miembros, tormento más horrible que la muerte, sobre todo si los pacientes llegasen á saber que su enfermedad, en vez de ser repercutable, era difícil de curar y de detener en sus progresos, y que en lugar de respetarla, necesitábamos por el contrario emplear remedios enérgicos para combatirla desde el primer momento.

Al insistir en dar cuenta de estos y otros errores, no negamos la existencia de la repercusión; lo que queremos es deslindar bien los campos de la que llamaremos verdadera y de la falsa; fijar reglas para poderla distinguir, prevenir ó corregir, si llegan á presentarse á la observación del práctico, y hacer que se aprecien bien los hechos para no estorbar el libre juego de la ciencia, y sobre todo de la terapéutica.

¿Necesitaremos decir que la primera condición que debe llenarse para poder hablar de repercusión, es saber diagnosticar?

¿Necesitaremos decir que no basta conocer la lesión cutánea, si no sabemos apreciar su naturaleza ó la enfermedad que representa en la piel?

¿Tendremos que añadir que el que llama herpes á toda erupción cutánea, y no sabe distinguir si es la sífilis, la escrófula, el herpetismo, el reumatismo, los parásitos ó agentes externos diferentes, las causas que la sostienen, debe callarse en asunto de tanta trascendencia, y no, como suele hacerse, fallar como juez idóneo, faltándole la verdadera experiencia?

¿Haremos caso de las advertencias de un práctico que nos hablase de los accidentes peligrosos que sobrevienen por tratar la pulmonía de esta ó de la otra manera, si supiéramos que con este nombre apellidada y confundida varias enfermedades de naturaleza muy diversa?

El que sabe diagnosticar el herpetismo y el reumatismo cutáneo, que son, con las fiebres eruptivas, las dolencias repercutibles; el que sabe distinguirlos de la sífilis, de la lepra, de la escrófula y de la pelagra, por ejemplo, que no lo son en ninguna de sus manifestaciones, tanto cutáneas como internas, puede dar su opinión fundada en el asunto de que tratamos; pero el que llama herpes á todo, á la lepra, á la pelagra, á la escrófula ó á la sífilis cutáneas, sólo sirve para allegar materiales, datos empíricos que otros podrán interpretar, y que él ni puede ni debe intentar hacerlo.

Ahora bien; existiendo la repercusión verdadera y fenó-

menos que la simulan; habiendo enfermedades repercutibles y otras que no lo son, y siendo necesario fijar reglas para distinguir la una y conocer las otras, para evitar ó tratar convenientemente la primera y transigir hasta cierto punto ó combatir con energía á las segundas, expondremos brevemente nuestras ideas sobre el particular.

Para que la repercusión sea verdadera es preciso que existan las condiciones siguientes:

1.ª «Que los fenómenos que se presenten, graves ó leves, próximos ó distantes del sitio de la afección cutánea, sean de la misma índole ó de igual naturaleza.»

Sería una falta de lógica imperdonable, por ejemplo, el atribuir unas úlceras sífilíticas de la garganta á otra afección visceral de la misma índole ó la retropulsión de un *psoriasis herpético*, de una tiña ó de una sarna; y de esto se ven infinitos casos en la práctica civil, donde el médico oye muchas relaciones vulgares faltas de sentido común. Algunos atribuyen la hepatitis crónica ó los infartos viscerales que padecen á la curación de una sarna antigua; pero si se trata en los casos auténticos de averiguar la naturaleza de la erupción que así denominan, se conoce á la legua que era un prurigo herpético y no la sarna; y que la afección interna, siendo de la misma índole, podía haber sido originada por la repercusión ó tal vez por la edad, es decir, por el curso del padecimiento constitucional llamado herpetismo.

La repercusión del prurigo reumático es muy frecuente; pero las afecciones profundas á que puede dar lugar (asma, angina de pecho, etc.) tienen la misma índole reumática, y como de naturaleza idéntica, exigen ambas dolencias idénticos remedios.

Es verdad que en estos casos, el sitio del mal dá una gravedad extrema á los síntomas, y es preciso acudir á la urgencia que compromete la vida; pero esto no modifica, ni modificar debe, la idea de igualdad de naturaleza, comprobada después por el curso que siguen los fenómenos ó los afectos que produce la metastasis.

En las repercusiones de las fiebres eruptivas es donde más se demuestra ó puede demostrarse la identidad á que nos referimos. El movimiento fluxionario que en los exantemas tiende á eliminar la causa morbosa por el tegumento externo, se detiene á veces por motivos diversos que no es del caso enumerar, y entonces accade bruscamente á donde puede encontrar caminos de eliminación ó de salida, siendo el primero el tegumento interno, es decir, las membranas mucosas, no sólo en sus grandes superficies, sino en las pequeñas y en los puntos de las mismas que por la tenuidad de su textura son más asquillosas para ello (1).

(1) La mucosa que divide el estómago y el intestino delgado, es la más propicia á lo que se presta más á recibir el movimiento fluxionario que podemos llamar *reflujo* con Duméril. El hígado, los pulmones y los órganos urinarios son por esta circunstancia más asquillosos que la mucosa gastro-intestinal.



Si á pesar de estas consideraciones, alguno creyese demasiado absoluta la condición que exigimos para tener á una repercusión por verdadera, es indudable que exponiéndola en términos al parecer distintos pero en realidad iguales, sería admitida en buena lógica como un axioma. Es preciso, diríamos en este caso, «que los fenómenos que se presenten, graves ó leves, próximos ó distantes del sitio de la afección cutánea, no sean de naturaleza diferente.»

2.º «Que tenga igual modo patogenético (exudativo, inflamatorio, nervioso, etc.).»

Esta condición es deducida á posteriori de la observación de numerosos hechos. La repulsión del prurigo herpético ó reumático dá comunmente lugar á fenómenos ó accidentes nerviosos de más ó menos importancia.

El asma esencial, la epilepsia, la eclampsia, los ataques histeriformes y las neuralgias viscerales (hepatalgia, gastralgia, angina de pecho, etc.), son, con las palpitaciones del corazón y ciertas alteraciones de la inteligencia, las neuropatías que suelen sobrevenir á consecuencia de la retrocesión de la afección cutánea eminentemente nerviosa que llamamos *prurigo*; al paso que en la metástasis del eczema herpético muy exudativo ó generalizado, lo que sobreviene es la inflamación ó congestión exudativa de las vísceras ó de las membranas mucosas que interiormente las recubren (hepatitis, hiperemia hepática, fenómenos poliócicos, diarreas, metritis y cistitis de forma catarral, catarros pulmonares, etc.), y en la del eczema ó pústulo reumático, la inflamación exudativa de las membranas serosas intracavitarias ó intraviscerales (pericarditis, hidrotórax, ascitis, etc.).

Parece, pues, que el elemento morboso dominante en la afección cutánea se traslada íntegro á los puntos nuevamente afectados, acompañando como hermano gemelo á la naturaleza ó modo íntimo y causal de ser del padecimiento.

3.º «Que los fenómenos que se atribuyen á la repercusión no puedan explicarse por la edad, ó sea por el curso progresivo y de fuera á dentro que siguen todas las enfermedades constitucionales.»

La observación nos ha dado á conocer que en la sífilis, por ejemplo, después del chancro y de las sífilides, sobrevienen las afecciones del tejido celular, del fibroso, del óseo y del visceral; que en la escrófula, después de la cutánea y celular, se presenta la ganglionar, la ósea y la pulmonar; que en el herpesismo, después de las herpéticas cutáneas, se suceden las de las mucosas, los catarros crónicos, las neuralgias, diversas neuropatías, y los infartos crónicos del hígado y de otras entrañas; que en el reumatismo, después de las reumáticas y de los dolores musculares y articulares, aparecen las lesiones del tejido fibroso y sinovial, las exudaciones de los tofos, la litiasis, y las lesiones agudas y crónicas de los grandes centros vasculares.

¿Diremos en estos casos que la osteitis ó periostitis liti-

cas, que las gomas hepáticas ó pulmonares, son producidas por la repercusión de una sífilis que vivió en la piel el tiempo que debía vivir, y que desapareció con más ó menos rapidez?

¿Diremos que la tisis escrófulosa, que el tumor blanco y la adenopatía son resultado de la curación de un usagre, de un ácora, de una guma, de un pórriago ó impétigo larvalis, nombres todos que se han dado malamente á las escrófulas benignas exudativas? (1)

¿Consideraremos al herpesismo profundo y visceral como consecuencia de la repercusión, siendo así que al presentarse aquél es cuando se generaliza y se hace el herpesismo cutáneo más fijo y crónico en la piel?

¿Llamaremos cáncer retropulso al tumor escirroso del hígado ó de la matriz que dá señales de existencia, después de la extirpación de otro análogo en la mamma ó en la piel, sabiendo, como sabemos, que al separar el síntoma ó la lesión no hemos separado la enfermedad constitucional, que es la causa productora y reproductora de semejantes manifestaciones?

Para decir, por lo tanto, que existe verdaderamente un afecto retropulso, es preciso conocer á fondo el curso progresivo de ciertos males, y saber deslindar lo que puede ser accidental de lo que es propio del curso ó de la edad del padecimiento.

4.º «Que preceda la desaparición de la dermatosis á la presentación de la afección interna.»

Si sucede lo contrario, no se trata seguramente de repercusión, sino de una revulsión ó derivación interna que distrae de la piel el proceso morboso; accidente que observamos con mucha frecuencia en la práctica, que á nadie choca, pero que algunos explican al vulgo por la repercusión, sin duda creyendo que dan así más gravedad á la dolencia, y tienen más excusa si no pueden vencerla.

A veces hay repercusión, coincidiendo ó verificándose al mismo tiempo la desaparición del mal cutáneo y la aparición del profundo; pero analizado bien el hecho, y buscando sobre todo las otras condiciones que hemos considerado necesarias, se vendrá en conocimiento de lo que hay de cierto en el caso concreto que estudiamos.

De todos modos, puede decirse cambiando los términos, como hemos hecho anteriormente, que «no hay repercusión verdadera si la afección interna se presenta antes que empiece á desaparecer la externa;» pues los fenómenos que en estos casos se observan son debidos á la revulsión ó derivación interna, es decir, á la falsa repercusión.

(1) Aceptamos de buen grado el nombre de escrófula benigna exudativa que ha dado Bacin al virus impetiginoso que tan común es en los niños escrófulosos, y que es en él, y no la primera, de las primeras manifestaciones de la escrófula. El herpesismo no existe en la primera infancia; y si éste lo es, como algunos dicen, se cura con los remedios anti-escrófulosos y se confunde con los anti-herpéticos, lo cual no dejaría de ser raro.

5.ª La última condición que ponemos para admitir como verdadera á la repercusión, es «que se verifique bruscamente.»

No hay repercusiones lentas. Las repercusiones verdaderas se manifiestan siempre por fenómenos insólitos, repentinos, tan graves como indeterminables en su esencia; muchas veces transitorios y curables espontáneamente; y otras tan terribles que conducen rápidamente á la muerte ó á una enfermedad agudísima y mortal. La mayor parte de las veces el enfermo sucumbe ántes de que se haya podido ver su gravedad, ó ántes de que llegue á saberse cuál es la viscera ó el sistema orgánico que ha sido el afectado principalmente; y si se pasa á buscar en la autopsia la causa de la catástrofe, no se encuentra.

Las que se han creído repercusiones lentas han sido simplemente los adelantos naturales de una enfermedad constitucional que, avanzando en edad, ha llegado á los órganos profundos, ó los efectos, bruscos sí, pero no repulsivos, de una revulsión interna, que á veces la produce una enfermedad aguda, y que nosotros buscamos en otras ocasiones con los purgantes ó con remedios especiales para cada caso.

Después de estas consideraciones, deducidas de la observación imparcial de numerosos hechos, se echará de ver lo raro que es ó puede ser la repercusión verdadera, y lo frecuentes que serán por el contrario esos estados que la simulan y que constituyen la que hemos llamado falsa repercusión, siendo tan fácil como importante conocer de lo que se trata para fijar el rumbo de la terapéutica.

Así, en la verdadera, es urgente acudir pronto al peligro con los antiflogísticos, con los antiespasmódicos enérgicos, con los baños excitantes ó con agentes que bruscamente determinen la reproducción de la dermatosis, mientras que estos remedios serán nocivos en la falsa.

Si esta última depende de la edad del padecimiento, de nada sirve llamar excitaciones á la piel que no puede revelar la lesión orgánica: lo lógico es llenar la indicación causal, combatir la enfermedad interna con los mismos remedios internos que hubiéramos combatido la de la piel, y manifestar á todos la verdad; pues es muy triste que teniendo la enfermedad la culpa por el curso natural de sus progresos, se atribuya al tratamiento inocente y tal vez acertado de un médico la repulsión que no existe.

Si la falsa repercusión depende de la revulsión interna que produce de pronto una enfermedad aguda, no debemos ocuparnos de la erupción que reaparecerá ó se habrá curado cuando vuelva al estado normal el órgano profundo enfermo. A éste debemos dirigir nuestros remedios, sin preocuparnos para nada la desaparición de la dermatosis.

Ahora bien; ¿qué es lo que nos dice la observación acerca de las lesiones y afecciones cutáneas, respecto á su grado de repercutibilidad? ¿Cuáles son las que se repulsan? ¿En

cuáles debemos temer este accidente, y en qué otras podemos tener seguridades de que nada ocurrirá?

Por regla general, puede decirse que las que están caracterizadas por alteraciones de textura, las que en el lenguaje moderno podíamos llamar tróficas, no son repercutibles, al paso que las exudativas ó puriginosas pueden serlo; pero esta indicación no debe bastar al práctico, que necesita datos precisos para saber á qué atenerse en los casos concretos que él tenga á su cuidado en el ejercicio profesional. He aquí una lista de las enfermedades y de las lesiones que por observaciones bien recogidas no resultan repercutibles ó no se han visto repercutidas en los enfermos de nuestras salas del Hospital, durante nuestro servicio médico, y otra de las que han dado lugar, aunque rara vez, á la repercusión verdadera:

ENFERMEDADES en las que no se ha observado nunca la repercusión de las manifestaciones cutáneas.	ENFERMEDADES en las que se ha observado la repercusión de las manifestaciones cutáneas.
<p>Dermatitis artificiales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— parasitarias.</li> <li>— espontáneas locales ó deformidades.</li> <li>— sífilíticas.</li> <li>— escrofulosas.</li> <li>— leprosas.</li> <li>— pelagrosas.</li> <li>— escorbúticas.</li> <li>— muetras.</li> <li>— carbonílicas.</li> <li>— cancerosas.</li> <li>— tuberculosas.</li> </ul>	<p>Dermatitis exantemáticas. . . . .</p> <p>Dermatitis pseudo-exantemáticas. . . . .</p> <p>Dermatitis herpéticas crónicas.</p> <p>Dermatitis reumáticas agudas y crónicas.</p>
<p>LESIONES CUTÁNEAS en que no se ha observado la repercusión.</p> <p>Tumefacciones crónicas.</p> <p>Vesículas (de herpes, varicela, sarampión, etc.).</p> <p>Pústulas (de impétigo, eritema, vacuola, etc.).</p> <p>Rosarios.</p> <p>Tubérculos.</p> <p>Ampollas.</p> <p>Actas.</p> <p>Furúnculos.</p> <p>Eminencias lifosas.</p> <p>Eminencias acarianas.</p> <p>Absceso dérmico.</p>	<p>Viruela.</p> <p>Escarlatina.</p> <p>Sarampión.</p> <p>Erisipela de la cabeza.</p> <p>Erisipela aguda.</p> <p>Erisipela.</p> <p>Pápulas (de prurigo y de liquen crónico).</p> <p>Vesículas (de eczema).</p> <p>Vesículo-pústulas (de eczema impetiginoso).</p> <p>Pústulas (de viruela).</p> <p>Manchas (de sarampión y escarlatina).</p> <p>Habones (de urticaria).</p>

Sumando ahora estas dos listas, ó lo que es lo mismo, buscando el nombre y apellido de las dolencias repercutibles según nuestra estadística, se reducen á un corto número, y son: la viruela, el sarampión, la escarlatina (1), la erisipela, la ur-

(1) Es probable que la urticaria lo sea; pero, ó esta enfermedad se poco frecuente en Madrid, á pesar de lo que se veían frecuentemente las manifestaciones de Hales, ó por la misma razón no hemos tenido ocasión de verla bien caracterizada. Las que se nos han presentado por tal no lo eran.

No quisieramos que, por decir esto, se nos atribuyese la idea de que negásemos la existencia de dicha enfermedad.



ticaria, el eczema crónico exudativo y generalizado herpético, el eczema seco reumático, el prurigo herpético, el prurigo reumático, el liquen crónico herpético y reumático.

Tal vez exista la repercusión verdadera en otras especies morbosas, pero no la hemos observado.

En cambio, la repercusión falsa por derivación interna puede observarse en todas las exudativas y pruriginosas; mas ya sabemos á qué atenemos respecto á esta circunstancia, lo mismo que á todo lo que se refiere á la edad de las afecciones constitucionales.

Conociendo ya cuántas y cuáles son las afecciones cutáneas repercutibles y las formas elementales que tienen en estos casos, podemos resolver con acierto las tres cuestiones más importantes que se presentan á nuestra consideración.

La primera es, la influencia que en el pronóstico tiene la posibilidad de repercusión de una dermatosis.

Todos los temores inconscientes que hasta hoy ha tenido el vulgo, distribuidos entre la mayor parte de las dermatosis, deben reconcentrarse en los exantemas y en las manifestaciones eczematosas ó pruriginosas del reumatismo y del herpetismo.

Por sólo esta circunstancia la gravedad de dichas afecciones cutáneas aumenta de un modo considerable, porque nada hay más grave que un peligro desconocido y que puede sobrevenir inopinadamente, á pesar del mejor y más adecuado tratamiento.

La segunda es, decidir hasta qué punto deben respetarse las dermatosis repercutibles, ó si no debemos intervenir en ellas para nada, dejándolas en su evolución á su curso espontáneo.

Esta última opinión, que es la que domina en los médicos prudentes cuando no han tenido ocasiones numerosas de tratar dolencias cutáneas, dista mucho de ser la racional ni la más conveniente para el enfermo.

Dejadas unas á su curso espontáneo, la enfermedad constitucional que las determina avanza en su desarrollo, invade órganos profundos, y el sintoma cutáneo cede unas veces, dejando de atormentar al enfermo, como sucede en el reuma; ó por el contrario, crece y se exaspera, como se vé en el herpetismo. Abandonadas otras, como las formas graves de las fiebres eruptivas, á su evolución natural, puede la erupción mal brotada, ó el exceso de la misma, convertirse en causa necesaria de intervención por la gravedad de las lesiones que existen en la piel, y que conviene mejorar ó detener á todo trance.

No debemos por lo tanto respetar de un modo absoluto las dermatosis repercutibles; sólo si debemos tratarlas con precaución, avisando el peligro que, sin necesidad de errores médicos ni de agentes repercusivos, viene cuando menos se espera, y á veces á pesar de poner todos los medios para que no venga.

La supresión brusca del prurigo es causa frecuente de fenómenos graves de repercusión; pero lo intolerable de la picazón nocturna que produce, el insomnio eterno á que dá lugar y el estado nervioso que ocasiona, conduce también á la desesperación y al suicidio, y hay necesidad de calmar en lo posible tan terrible estado.

La erupción confluyente de la viruela, siquiera la consideremos como un acto eliminatorio, puede dar lugar á una fiebre supuratoria consecutiva tan intensa, que mate al enfermo; y es preciso intervenir, á pesar de los temores vulgares, para secar rápidamente el pús formado y evitar la auto-intoxicación del paciente y la propagación del mal á los que le rodean.

La expectación prudente equivale en estos casos á la intervención atinada y juiciosa del que sabe los peligros que corre y á lo que se expone; pero la expectación absoluta ó la no intervención es tan perjudicial como el tratamiento intempestivo del médico ignorante.

La tercera cuestión que podemos resolver, aunque de un modo general y dejando los detalles para cada caso concreto, es la del modo de intervenir á fin de evitar la repercusión verdadera y la falsa, ó de combatirla cuando se ha presentado con ó sin causa abonada para ello.

Algo hemos indicado en los párrafos anteriores acerca de este asunto; pero no estará de más que demos algunas reglas de conducta que sirvan para guiar al práctico en la generalidad de los casos, cuando se propone combatir los accidentes repentinos y graves de una repercusión (1).

Debiendo el médico imitar en sus procedimientos á la naturaleza, lo primero que ha de procurar en estos casos es la reparación de la erupción repercutida, sustituyéndola artificialmente por otra análoga en su forma elemental ó en su modo patogénico; es decir, que si la dermatosis retropulsa era congestiva, exudativa ó pruriginosa, por ejemplo, la artificial debe tener por objeto producir en la piel congestión, exudación ó picazón intensa.

Los medios de que celemos mano para conseguirlo, no pueden ser por lo tanto indiferentes.

La urticación y el calor servirán para la urticaria y los exantemas; la mostaza, el amoníaco, las cantáridas, la aproximación del hierro candente, sin tocar á la piel, el agua hirviendo, etc., para las dermatosis muy exudativas; y los emplastos de tapsia, las pomadas de croton, de ipecacuana y de azufre, etc., para las pruriginosas y eczematosas poco exudativas.

Pero, aun contando con la acción rápida de estos revulsivos cutáneos, los fenómenos internos pueden ser tan alarmantes que exijan otros remedios de influencia más general; y en esta

(1) La repercusión puede confundirse con una primera afección de intermitente periodicidad, como hemos tenido ocasión de observar alguna vez; y como en caso de ésta más vale pecar por exceso de precaución, siempre aconsejaremos en estas circunstancias el tratamiento antilítico, combinado con el que exija la repercusión, según su forma y modo patogénico.

parte de la terapéutica de un accidente morbozo, viene á observarse la confirmación de las ideas que acerca de él hemos expuesto.

En la repercusión de las afecciones pruriginosas (pródigo herpético y reumático, urticaria crónica herpética ó reumática), las evacuaciones sanguíneas generales perjudican, á pesar de la disnea y de la aparente congestión visceral torácica que sobreviene ó puede sobrevenir, mientras que los anodinos y antiespasmódicos enérgicos dan buen resultado.

En las repercusiones de las dermatitis inflamatorias, congestivas ó exudativas, por el contrario, debe apelarse desde luego á la sangría, sin olvidar la reabsorción cutánea, por los medios referidos ó los baños calientes y sinapizados.

Llevando á cabo estas dos indicaciones generales, las demás son particulares á cada estado morbozo, y no podemos hablar de ellas en este momento.

Creemos, con el ligero bosquejo que hemos hecho de la repercusión verdadera y de la falsa, haber demostrado la importancia de su estudio y la influencia que estos accidentes tienen para el pronóstico de las dermatitis, sin caer en la exageración ni en los errores vulgares que tantas víctimas han causado y causarán todavía.

j. La mayor ó menor cronicidad de una dermatitis no indica siempre mayor ó menor gravedad en ella. Hay acnes y caparrosas de la cara que se eternizan y hacen refractarios á los tratamientos mejor combinados; al paso que otras dermatitis de más aparente gravedad y de la misma naturaleza ceden pronto, ya espontáneamente, ó bien auxiliadas por el plan terapéutico más sencillo.

Esta cronicidad desesperante, que se aproxima á la incurabilidad, puede no ejercer gran influencia en la salud general del enfermo; pero es preciso tenerla muy en cuenta al exponer nuestro juicio pronóstico á las familias ó al mismo interesado, porque una dermatitis que aparece insignificante suele ser muy tenaz ó incurable, y otra que se presenta con gran aparato, y con costras enormes y úlceras horribles, puede, como hemos dicho, desaparecer fácilmente.

Los enfermos de la piel, confunden la mayor ó menor gravedad con la menor ó mayor curabilidad; no recurren al médico por miedo de perder la vida, sino por el deseo de quitarse pronto una molestia que les afeca ó les repugna; de aquí que el juicio pronóstico deba referirse principalmente al tiempo que les durará el padecimiento.

Hay dermatitis que, sin ser graves ni mortificantes, son incurables; y esto que interesa salir al enfermo para no perder el tiempo y el dinero en intentar curaciones imposibles, interesa más al médico, para no perder su reputación ni sufrir menoscabo en su dignidad profesional.

La cronicidad excesiva ó la incurabilidad son, pues, de más importancia para el pronóstico que la gravedad misma, tratándose de afecciones cutáneas; y conviene saber á este pro-

pósito cuáles son las dermatitis incurables y cuáles las muy crónicas y difíciles de curar; aunque no tengan influencia sobre la salud, ó mejor dicho, sobre el estado general del paciente.

Entre las deformidades ó dermatitis espontáneas locales de nuestro cuadro se encuentran algunas incurables ó refractarias á toda clase de remedios (como el vitiligo y las diversas alteraciones del pigmentum, el ictiosis, los nevus maculosos y las hipertrofias cutáneas extensas), y otras que, aunque incurables, pueden hacerse desaparecer, mediante el bisturí, la ligadura ó los cáusticos. (Quistes, verrugas, nevus vasculares, hipertrofias cutáneas limitadas, etc.)

Entre las dermatitis espontáneas generales, sólo pueden tener la forma crónica las hiperidriáticas y los nerviosas que, sin lesión visible del tegumento, son muchas veces incurables y algunas curables, pero con dificultad. Las alteraciones del sudor, la osmidrosis, la ehidrosis, cromidrosis, etc., se hacen tan tenaces, que llegan á producir en los enfermos la desesperación, ó un estado habitual de tristeza y desaliento que les hace muy desgraciados. El médico que les ofrezca una curación segura ó pronta, se expone á un fracaso que, perjudicando su buen nombre, aumente en el enfermo con un nuevo desengaño el largo catálogo de los ya sufridos; pero en cambio, el que les quite toda esperanza, además de obrar mal en el ánimo de los pacientes, se expone á que de pronto y sin remedio alguno desaparezca espontáneamente lo que creyeron incurable. Es preciso, pues, ser muy cautos y no aventurarse mucho en el juicio pronóstico, tratándose de las hiperidriasis y neurosis cutáneas que engañan fácilmente á todos, no sólo respecto á su importancia, sino también respecto á su mayor ó menor duración y curabilidad.

Entre las dermatitis espontáneas constitucionales de forma crónica hay algunas incurables, como el cáncer, la lepra y la pelagra; pues si bien la afección cutánea desaparece por el curso natural del padecimiento, para reaparecer más tarde, ó por el cuchillo del cirujano, para reproducirse á la primera ocasión favorable, la enfermedad constitucional sigue su curso, invadiendo y alterando los tejidos y los órganos profundos, y matando por fin al enfermo, después de haberle hecho pasar por un período catártico más ó menos largo.

Las escrofulides y sífilis malignas ó que se presentan en un periodo avanzado de la escrófula ó de la sífilis, son muy difíciles de curar y muy lentas en su curso; y las herpétides generalizadas del cuarto periodo del herpetismo acompañan al enfermo hasta el último momento de su vida, sin que podamos influir en su desaparición, que la agonía sólo es capaz de determinar.

Algunas otras dermatitis crónicas, incurables espontáneamente, desaparecen por eliminación quirúrgica, y no siempre se reproducen, como los neoplasmas, el keloides, el epiteloma ó cancroide, sirviendo este recurso extremo con que puede



contarse para modificar el pronóstico respecto á la duracion y curabilidad de las dolencias referidas.

k. La *influencia moral* que algunas dermatosis ejercen sobre los pacientes puede alterar mucho nuestros cálculos pronósticos, por tantas circunstancias ya modificados. Ninguna enfermedad influye en el ánimo de la mujer, y sobre todo de la joven, como una erupcion en la cara ó en el cuello. Con el espejo en la mano, sigue triste y llorosa los progresos y el curso de su dolencia; y si ésta es crónica y tarda en mejorar ó desaparecer, no es raro que enfermedades graves se presenten como efecto de su desventura.

La erupcion, tal vez en sí, no tiene gravedad alguna. Un hombre no haria caso de ella, y su salud general no cambiaria; pero en la mujer puede ser tan grave por las circunstancias referidas, que la conduzca á la desesperacion ó la ocasiona la muerte.

El sitio del mal modifica, pues, segun las condiciones individuales y por su influjo en la imaginacion ó en las exigencias de la sociedad, el cálculo pronóstico mejor formado.

La localizacion de una dermatosis crónica en los genitales es tambien, y por la misma influencia, causa bastante para considerarla como más grave que si existiese en otros puntos del tegumento.

El pudor ó el miedo del *qué dirán*, por lo comun que es atribuir al vicio todos los padecimientos de los genitales, hace insufrible para el enfermo lo que sin esta circunstancia pudiera serle tolerable.

A más de esto, las dermatosis que tienen su asiento en la vulva, en el escroto ó en la piel de los órganos sexuales, dan margen casi siempre á desórdenes nerviosos ó á enfermedades tan graves como la satiriasis y la ninfomania, cuya influencia en la parte moral y en las costumbres del desgraciado que las sufre no pueden ponerse en duda.

¿A cuántos otros no conduce á la desesperacion el considerar la repugnancia que causan á los demás, á pesar de saber que su enfermedad es leve y de poca ó ninguna gravedad?

Las reliquias que afean ó deforman, ó las cicatrices que estorban el libre ejercicio de ciertos órganos ó sentidos, dan mayor gravedad tambien, por sólo esta circunstancia, á las dermatosis que las causan, aunque sean leves y fáciles de curar.

Finalmente; el nombre sólo de una afeccion cutánea puede tener tal influencia en la moral de un sujeto, que á menudo nos vemos precisados á callarlo, sin perjuicio de emplear el tratamiento conveniente.

En las clases elevadas de la sociedad se padece á menudo la sarna; pero el médico que la llame por su nombre, verá pintada una ofensa en el semblante del paciente, y se expone á disgustos que puede evitar curando al enfermo sin decirle lo que tiene.

Es, pues, evidente que la influencia moral que ciertas dermatosis ejercen, no sólo modifica el pronóstico, sino que exige

además cierto tacto especial en el médico para salir airoso en el tratamiento.

L. Muchas son las *complicaciones* que pueden sobrevenir en el curso de una dermatosis, aumentando su gravedad, y modificando por consiguiente nuestro juicio pronóstico. Las más son externas, es decir, se presentan en la misma piel; pero algunas son internas, ya accidentales, ya relacionadas con el padecimiento cutáneo por la identidad de su naturaleza ó de su causa.

La picazon de las artificiales, parasitarias y herpéticas, y los arañazos, que son su natural consecuencia, dan lugar á inflamaciones extensas del dérmis ó del tejido celular subcutáneo; es decir, á flemones y erisipelas flemenosas, que pueden determinar grandes destrozos y aun la misma muerte. El ectima, el forúnculo y el antrax, modifican mucho el aspecto y la importancia de la sarna, que complican y estorban la brevedad y eficacia de su habitual tratamiento.

Los ganglios próximos á las dermatosis ulcerosas se inflaman ó se inflaman y supuran lo mismo que los vasos linfáticos de la region, y estas linfangitis y adenitis supurativas pueden tener mal resultado ó hacerse crónicas y rebeldes.

Las complicaciones internas accidentales son todas las enfermedades que por accidente y sin relacion de causalidad pueden aparecer en el curso de una dermatosis, y no creemos necesario ocuparnos de ellas. Tampoco hay precision de que nos detengamos en las complicaciones internas naturales ó efecto de la misma causa que produce la afeccion cutánea, puesto que en realidad no son complicaciones, sino grados diversos de la evolucion morboza, ó épocas diferentes de una misma enfermedad.

Pero no es justo que guardemos silencio acerca de las enfermedades mixtas, ó lo que es lo mismo, de la mezcla y combinacion de dos ó más enfermedades constitucionales, asunto poco estudiado á pesar de la frecuencia de estos compuestos morbosos, que influyen en el pronóstico de una manera notable.

La mezcla de la escrófula y de la sífilis en el tegumento dá á la dermatosis un carácter tal de gravedad é incurabilidad, que no tienen las escrófulas ni las sífilides aisladas.

La escrófula y el herpetismo rara vez se ven juntos, porque son propios de edades diferentes; y cuando coexisten en un sujeto generalmente se suceden, es decir, que un enfermo escrófuloso hasta los 25 años, puede demostrar en la piel su herpetismo heredado desde los 25 á los 60 ó hasta su muerte.

El herpetismo y reumatismo cutáneos se presentan mezclados muy á menudo; pues aunque Bazin quiere llevar á sus artritis la mayor parte de las herpéticas crónicas localizadas, la verdad es que hay muchas de estas últimas que son simétricas, pican más por la noche y con el calor, y tienen, en fin, caracteres mixtos herpético-reumáticos y coinciden-

cias de afecciones internas bien caracterizadas de ambas enfermedades.

En la actualidad existe en nuestras enfermerías un sujeto pelagroso, que ha padecido ya cuatro primaveras el eritema de las manos, y que hace un año contrajo el chanero sífilítico, teniendo a los pocos meses íritis doble, ulceraciones de la garganta y una erupción que probablemente fué sífilítica. Cuando entró en la sala traía el cuarto brote del eritema pelagroso bien caracterizado; las íritis ya curadas habían producido tales sinequias, que las aplicaciones más continuadas de la disolución fuerte de atropina no consiguieron dilatar por ningún punto las pupilas del diámetro de dos milímetros escasos. En el curso de su enfermedad, hemos visto aparecer una *herpétide papulosa crónica* y generalizada, acompañada de terribles picaciones nocturnas; y este líquen, que dá lugar á escamitas psoriasiformes en su ápice, sigue todavía, á pesar de un tratamiento mixto prudentemente usado. En este sujeto, cuya historia detallada y curiosa seguiremos, hay, pues, tres enfermedades con sus manifestaciones mezcladas, aunque por hoy distintas. ¿Qué pasará mas tarde? ¿Qué podemos pensar del pronóstico de tal compuesto morboso? ¿Cómo deben influir en nuestros juicios sobre lo futuro las graves complicaciones mencionadas? Si difícil es curar una sola de las enfermedades que padece este desgraciado, júzuese de las dificultades que opondrán las tres reunidas.

No hemos visto todavía con la evidencia necesaria el fatal maridaje que debe hacer la lepra con la sífilis ó con el cáncer, y hasta hemos llegado á sospechar si serían incompatibles; pero en cambio, hemos visto á todos los parasitismos animales y vegetales apoderados del terreno que han dado en llamar diatésico; siendo preciso confesar, que estas mezclas ó complicaciones son muy comunes, y modifican el pronóstico, en cuanto hay que adicionar un mal molesto á otro de suyo grave, incurable ó mortal de necesidad.

m. Una de las cuestiones importantes que tambien debe resolverse en el pronóstico de las dermatosis, es saber cuáles son las enfermedades de la piel que se transmiten por la herencia, si hay alguna que puede transmitirse por la lactancia; y uniendo á los datos que este estudio nos proporcione, otros de índole diferente, determinar cuáles son las dolencias que impidan á las madres ó á las nodrizas criar.

Cazenave, que ha dedicado en su *patología general cutánea* un párrafo bastante largo á dilucidar este punto oscuro de la ciencia, considera como incompatibles con la lactancia, *el pénfigo*; la *rupia*, *el eritema* y la *porfura hemorrágica*, por la depauperación de la economía que las acompaña; la *túla farosa* por su contagio, la dificultad de su curación si se propaga á la criatura, y el empobrecimiento que causaría en su constitución, y las *sífilides*, porque, aun prescindiendo del contagio directo á que el niño se expone, cree que la sífilis se propaga por la leche de la nodriza, fundándose en algunas

observaciones de Hunter, y en otras suyas que él mismo considera incompletas y de poco valor.

Nosotros, que aceptamos como buenas las conclusiones de Cazenave en su mayor parte, no podemos, sin embargo, discurrir como él; y aunque lleguemos al mismo ó parecido fin, será por camino diferente.

Tratándose de enfermedades ó afecciones cutáneas hereditarias, el que la madre no críe á su hijo, ciertamente que no evita la trasmisión; pero puede *tal vez* no aumentarla ó corregirla y modificarla en su germen, es decir, en esos primeros momentos de su evolución tan misteriosos como la vida.

Por regla general, pues, no debe criar la madre que padezca enfermedades hereditarias, siempre que sean constitucionales y puedan disminuir las condiciones nutritivas de la leche. Las diversas manifestaciones cutáneas de la sífilis, de la escrófula, de la lepra, de la pelagra y del cáncer, por ejemplo, estorban la lactancia materna, sobre todo las tres últimas, porque en las dos primeras puede haber, por ciertas consideraciones, algo de tolerancia.

En la sífilis infantil hay la costumbre de dejar á las madres sus hijos para tratar en ellas de una manera indirecta la enfermedad del recién nacido. Tal conducta tiene su origen en la idea, poco fundada, de que por la leche irá el medicamento á curarle; pero no estando probado que haya mercurio en la secreción láctea de las que le toman, el *tratamiento indirecto* de la sífilis infantil es inútil ó perjudicial, si se atiende al tiempo perdido y á la engañosa confianza que puede tenerse en una acción que no existe.

Lo que puede obstar á que una madre sífilítica críe á su hijo, es el temor de que éste contagie la sífilis á otra nodriza, víctima inútil para conseguir el objeto deseado, puesto que se la colocaría al poco tiempo en las mismas condiciones de la madre, y no por eso se había de curar la criatura.

Las numerosas, notables y recientes observaciones de los sífilógrafos permiten hoy asegurar que la sífilis no se propaga por la lactancia; pero esto no es razón para consentirla: primero, porque una criatura sana, es decir, no sífilítica, se expone á contraer la enfermedad, ya que no por la leche que mama, porque se inoculara aquella en cualquiera grieta ó escoriación; tan frecuentes en los recién nacidos, mediante la supuración de alguna sífilide ó la sangre de la nodriza enferma; y segundo, porque la sífilis, en sus manifestaciones secundarias ó terciarias, lleva consigo alteraciones de nutrición y condiciones especiales de la sangre, que aunque no den lugar á secreciones sífilíticas ó sífilogénicas, dan lugar á secreciones anormales ó poco nutritivas.

Esto mismo, pero en mayor escala, sucede en la lepra, en la pelagra y en el cáncer cutáneo, enfermedades que no se propagan por la lactancia, pero que indican graves y profundas alteraciones de nutrición, y no es posible que acompañen á una secreción láctea de buenas condiciones. Las nodrizas



que padezcan escrófulas benignas, bien sean secas ó exudativas, podrán criar si el estado general de las demás funciones es bueno y la lactancia dura poco; pero si ha de durar mucho, ó la escrófula es maligna y ulcerosa, debe prohibirse terminantemente.

Las dermatosis escorbúlicas y las hemorrágicas son á todas luces y de un modo absoluto incompatibles con la lactancia, por la alteración de la sangre que presuponen, y porque no faltan profesores que crean en su transmisión por este medio y sin necesidad de la herencia.

Las dermatosis herpéticas y reumáticas permiten á las madres ó á las nodrizas criar á sus hijos ó ahijados (1), siempre que no vayan acompañadas las afecciones cutáneas de afecciones viscerales crónicas de la misma naturaleza, ó lo que es lo mismo, siempre que el reumatismo ó herpetismo no estén en los últimos períodos de su evolución, en esos momentos verdaderamente caquéticos ó hidrobémicos que preceden á la consunción y á la muerte, y que dependen de lesiones anatómicas profundas del hígado, del corazón, de los pulmones ó de otras vísceras importantes.

Aunque las dermatosis parasitarias no se transmiten por la generación ni por la lactancia, sino por contagio directo ó indirecto, constituyen un impedimento ó un motivo poderoso para no criar, pues exponemos á una infeliz y débil criatura á contraer un padecimiento, que será en ella mucho más grave que en su nodriza.

La sarna tiene en los recién nacidos una gravedad extrema, por poco que se descuide su tratamiento. La erupción se hace en pocos días generalizada y pustulosa; y al revés de lo que pasa en el adulto, ataca de preferencia el cuello, la cara y la cabeza. La picazón es tan atroz que el niño no duerme, y la inflamación tal, que son fáciles y frecuentes los flemones, las erisipelas y sus complicaciones naturales, la eclampsia, la meningitis, etc., etc.

¿Podemos, en vista de un cuadro tan triste como verdadero, exponer á una criatura á contraer la sarna, permitiendo que la críe ó la dé un solo día de mamar una persona que padezca semejante dolencia?

Permitir criar á la que tenga un favus ó otra especie de tiña sería también imprudente, pues aunque fuera el contagio más difícil que en la sarna, tomando precauciones (fáciles de tomar si el mal existe sólo en la cabeza), podría, á pesar de todo, verificarse la transmisión de la más repugnante dermatosis, sin contar con los trastornos que en la salud y nutrición de la criatura habrían de sobrevenir, y con la poca eficacia del tratamiento en edades muy tempranas.

Las fiebres exantemáticas obligan, cuando se presentan en las nodrizas, á suspender la lactancia empezada, siquiera sea

posible continuarla más tarde, cuando, á juicio de personas competentes, no exista temor de contagiar á la criatura.

Por desgracia para todos, el tiempo de precaución es largo y la secreción láctea generalmente no existe en esta época, si ha podido resistir á los profundos trastornos generales de la fiebre eruptiva en sus primeros períodos.

Volviendo sobre nuestros pasos para comentar las ideas de Cazenave, se echará de ver lo incompletas que son, por apartarle algo de la verdad su idea filosófica. Prescindiendo de las graves omisiones del cáncer, de la lepra y de la pelagra, que para nada mienta en un asunto tan vital; prescindiendo también de la inconsecuencia que hay en imponer su veto á una enfermedad contagiosa, el favus, y no acordarse del herpes tonsurante, de la sarna, de la viruela, del sarampión y de la escarlatina; y dejando á un lado la teoría que sirve de fundamento á su doctrina, diremos, respecto á las enfermedades que él considera incompatibles con la lactancia, que lo son en efecto algunas, como la púrpura, la tiña favosa y las sífilides, por las razones expuestas; que lo es igualmente la rupia, porque indica un estado caquético casi siempre escrófuloso ó sífilítico; que lo es también el pénfigo crónico, porque indica del mismo modo el período caquético de la sífilis, del reumatismo, del herpetismo, de la pelagra ó de la lepra; pero no lo es el pénfigo agudo simple ni el artificial; y finalmente, que infinitas especies del ectima son compatibles con la lactancia, y sólo deja de serlo cuando su causa es la sífilis ó un estado caquético, hijo de la escrófula avanzada ó de la escasa alimentación y privaciones de todo género.

Hay afecciones cutáneas locales ó deformidades que, aunque se transmiten por la herencia, ni influyen en la lactancia ni se transmiten por ella, como los nevus, las ietiosis, las hipertrofias cutáneas, etc., etc.

De todo lo dicho, se deduce: 1.º Que hay dermatosis que se transmiten por la herencia, circunstancia que no debemos olvidar en el juicio pronóstico por lo que aumenta la gravedad y por lo que modifica el tratamiento (1); 2.º Que hoy por hoy, es dudosa la transmisión de las enfermedades por la lactancia con los caracteres específicos de cada una de ellas, siquiera á nadie se oculte el mal efecto que tiene que producir la secreción láctea de una nodriza enferma; 3.º Que las enfermedades incompatibles con la lactancia son las constitucionales y las contagiosas, con las ligeras limitaciones de que hemos hecho mérito; y 4.º Que las lesiones cutáneas á que se refieren Cazenave y todos los localizadores, si son incompatibles con ella, es porque dependen, y sólo cuando dependen, de los estados ó enfermedades constitucionales por nosotros dichas.

(1) Las afecciones cutáneas que se heredan son las dichas en el párrafo anterior; pero las enfermedades que al transmitirse por herencia pueden dar en el hijo lugar á dermatosis, son la sífilis, la escrófula, la lepra, el cáncer, el herpetismo y el reumatismo.

(1) Hay que hacer á esta debíamos decir, para ser más exactos en el lenguaje.

## XII.

Algunos autores de dermatología se ocupan en la terapéutica general de ciertas cuestiones que hemos nosotros discutido en el pronóstico, como son todas las que se refieren á la repercusión ó metástasis, á las crisis y á las dermatosis que por cualquiera circunstancia es conveniente respetar. Otros, como Devergie, se ocupan además, de fijar la época del año y de la enfermedad que es más apropiada para seguir un tratamiento con probabilidades de mejor éxito, y no falta alguno como Hebra y como Cazenave, que al echarse en brazos del empirismo para tratar las afecciones de la piel, sin precisar ántes las indicaciones, que en buena lógica deben siempre preceder á la aplicación ó administración de los remedios indicados, se levanta contra esas preocupaciones vulgares y aconseja curar cuanto ántes, sin temores ridículos y sin esperar épocas determinadas, todas las dermatosis.

Nada tenemos que añadir nosotros á lo dicho anteriormente sobre algunas de estas diferentes cuestiones; pero debemos consignar nuestra opinión acerca de la época en que es conveniente poner en cura á los enfermos de la piel. Tratándose de dermatosis agudas no hay que esperar época ninguna, sino acudir inmediatamente á llenar las indicaciones que se formen; pero tratándose de dermatosis crónicas puede haber épocas de elección para determinados remedios. En las afecciones cutáneas herpéticas, escrofulosas y reumáticas muy crónicas y rebeldes, se escoge el verano para el tratamiento hidroterápico ó hidromineral, y las demás estaciones para el farmacológico; pero esto no es ni debe darse como regla ó precepto general. La primavera, que es la estación de las *eflorescencias*, como llama Hebra á las dermatosis, es el momento más oportuno para combatir la escrófula, porque la temperatura y demás condiciones atmosféricas ayudarán á la medicación tónica, mientras que los grandes frios y humedades del invierno se opondrán á sus buenos efectos. El invierno es en cambio la estación más apropiada para el tratamiento del herpesismo, y el verano la mejor para el tratamiento de las manifestaciones cutáneas del reuma, de la lepra, de la pelagra, del escorbuto y de otras que exijan otros remedios que sólo pueden usarse durante el calor.

Así como hay épocas de tiempo preferibles, hay épocas de las enfermedades que son mejores que otras para emplear el tratamiento radical, y algunas en las que por infinitas circunstancias sólo debe ó puede emplearse el paliativo. En las exacerbaciones agudas y febriles del herpesismo ó de la escrófula cutánea, no puede ni debe usarse el arsénico ó el aceite de bacalao, sino los derivados al conducto intestinal, las bebidas diluyentes y los tópicos emolientes, y hay que esperar á que la agudeza pase para llenar la indicación que nos sumi-

nistra la naturaleza del padecimiento. El tratamiento radical ó específico de las enfermedades crónicas de curso remitente ó intermitente, debe ponerse en acción en los momentos de remisión ó en las épocas de ausencia de toda manifestación cutánea con preferencia á los momentos de exacerbación de la dermatosis. Esta preferencia no implica prohibición en las demás épocas del mal, pues en la mayor parte de los casos hay necesidad de comenzar el tratamiento cuando el enfermo viene á pedirnos los auxilios de la ciencia.

Una regla general, que debe darse en conciencia á todos los prácticos, es, que una vez decidida la estación ó época del tratamiento, lleven éste á cabo, huyendo de esa polidarmacia á que eran tan apegados los antiguos, y de esas tisanas y cocimientos usuales, que para nada sirven, á pesar de la recomendación de los médicos franceses.

Los enfermos, á quienes en la era presente debemos conceder menos juicio que en la antigüedad, creen ahorrarse mucho dinero, curándose por sí propios; y sin consultar al médico y confiando en los anuncios de los charlatanes, se dedican á tomar enolatos, jarabes y robs depurativos, que acaban con su bolsillo y no acaban sin embargo con su enfermedad.

Justo castigo es para su ignorancia y falta de criterio; pero el médico de conciencia debe huir, repetimos, de caer en semejantes vulgaridades, ordenando además del medicamento principal, esas drogas inútiles y sólo propias para entorpecer las funciones del estómago y la acción curativa de los verdaderos remedios.

Las tisanas de leños sudoríficos, de zarparrilla, de cebada y de otra infinidad de plantas que se usan á pasto en los hospitales y como refresco y hasta como remedio principal en la práctica civil, son completamente inútiles, y hace tiempo que las eliminamos de nuestras prescripciones aconsejando á nuestros discípulos, á nuestros enfermos y á nuestros profesores, que sigan el ejemplo y el consejo de quien no tiene interés en engañarlos.

Lo que el práctico debe hacer es prescribir el medicamento ó el remedio más apropiado para combatir la enfermedad, y para esto es preciso, á pesar de lo que en contra dice el doctor Hebra, partidario del empirismo en terapéutica cutánea, deducir de los juicios clínicos, las indicaciones que han de llenarse por los indicados que la experiencia racional considere convenientes.

No es posible curar, en el sentido científico que debe tener la palabra, sin formar las indicaciones, como no es posible llegar á éstas sin tener un juicio diagnóstico formado previamente, ó por lo menos un juicio exacto de lo que se sabe, de lo que se presume y de lo que se ignora acerca del caso concreto en que vamos á intervenir.

Es verdad que el empirismo ó que el vulgo, nos han enseñado los remedios de más utilidad y que la ciencia ha contribuido menos en este sentido; pero los remedios empíricos han



sido ya por ésta convertidos en racionales ó científicos, y ella nos ha explicado, sino el por qué de la acción especial que algunos tienen, al menos las condiciones en que deben darse, ensanchando de paso la esfera de sus aplicaciones prácticas. La casualidad ha sido casi siempre la que ha dado á los sabios los indicios de sus grandes descubrimientos; pero esos indicios no hubieran servido para nada, ni hubieran sido jamás interpretados por los ignorantes.

La necesidad absoluta que tenemos de formar las *indicaciones*, nos obliga á decir algo acerca del modo de conseguirlo y de las diferentes opiniones que reinan en la ciencia sobre las circunstancias de la enfermedad ó del enfermo en que deben apoyarse.

Ya hemos dicho que Devergie pretende fundarlas en el temperamento del enfermo, y los localizadores como Hella, en los resultados del empirismo.

Cazenave las deduce de tres clases de fenómenos, que segun él, pueden existir en las dermatosis. Fenómenos generales, fenómenos especiales y fenómenos orgánicos.

Los fenómenos generales corresponden á lo que hemos llamado elemento morbozo ó modo de ser local de la dermatosis (inflamatorio, nervioso, etc., etc.) (1), los especiales á la índole ó naturaleza del padecimiento, segun nosotros la entendemos (2), y los orgánicos al sitio anatómico ó histológico que ataca la enfermedad.

Bazin las funda en la lesion, en el modo patogénico y en la enfermedad, y demuestra con fundadas razones la distancia científica que separa unas de otras.

Nosotros dividiremos las indicaciones en generales ó sintomáticas y especiales ó específicas. Las primeras son comunes á todas las dermatosis, es decir, pueden tener aplicacion en afecciones cutáneas de índole muy diferente. Las segundas sólo en determinadas enfermedades de idéntica naturaleza.

#### INDICACIONES GENERALES.

Las indicaciones generales ó sintomáticas se fundan en las circunstancias de la erupcion, es decir, en el sitio anatómico ó histológico que ocupa, en los síntomas objetivos ó lesiones anatómicas que la manifiestan (formas elementales y consecutivas), en el modo de ser patogénico de estas mismas lesiones, en los síntomas subjetivos importantes que á veces las acompañan, y en todo lo que, sin depender de la naturaleza del mal, puede sin embargo hacer variar sus condiciones locales.

(1) Este elemento morbozo local ó para Cazenave la naturaleza de la enfermedad.

(2) Comprenderse la diferencia que existe en llamar á las dermatosis, inflamatorias, nerviosas, etc., á llamarlas escudulosa, sifilítica, herpética, leprosa, etc. Algunos veces, en los casos simples, la naturaleza, es sin embargo, la inflamacion.

La inflamacion aguda ó la congestion con que se manifiestan las dermatosis, ya en todos, ya en alguno de sus periodos, nos indicará la necesidad de apelar para combatirlas á una medicacion antiflogistica general ó local, directa ó indirecta, segun la importancia y condiciones de este fenómeno morbozo.

La inflamacion crónica, la induracion, el infarto de la piel ó de sus folículos, nos indicará la necesidad de apelar á los medios resolutivos locales ó directos, á los indirectos generales ó locales, á los revulsivos, derivados ó sustitutos.

El síntoma dolor puede exigimos de una manera imprescindible el que echemos mano de los anodinos ó calmantes, y la picazon, ese terrible martirio de los herpéticos y parasitarios, el que acudamos á calmarla con las diversas medicaciones indicadas, como primer paso ó medio preliminar, ántes del tratamiento principal.

Cada *lesion* por sí y segun el periodo en que se encuentre, cada modo patogénico, segun su intensidad y segun la lesion á que acompañe, tienen sus indicaciones diferentes, y de su necesaria reunion nace tambien una mezcla diferente, que es la que conviene á cada caso concreto, y que no pudiendo explicarse en los libros por ser eminentemente práctica ó clinica, es preciso aprenderla á la cabecera de los enfermos.

Para dar una prueba ligera de esta dificultad y del modo de comprender las indicaciones generales ó sintomáticas, llevándolas á cabo segun nuestra práctica, pondremos algunos ejemplos.

Supongamos que se presenta á nuestra observacion un enfermo con un brote agudo de *eczema rubrum*, extenso ó generalizado, acompañado de mucha inflamacion erisipelatosa, de gran picazon, exudacion, etc., y ya sin fiebre. Su naturaleza *x*, nos importa mucho para el tratamiento específico; pero para llenar las indicaciones generales ó sintomáticas no nos hace gran falta conocerla:

Pues bien; hay tres síntomas importantes, á los que debemos atender en el caso citado; la inflamacion, la picazon y la exudacion, y es claro que los antiflogísticos secos (como los polvos de almidon, arroz, etc.), ó húmedos (como las cataplasmas de agua y harinas de arroz, trigo, patata, etc.), pueden calmar en este caso estos tres síntomas, sin contar los baños generales emolientes y otras medicaciones que se detallarán más tarde.

En un caso de prurigo hay que calmar la picazon por pomadas, baños ó lociones de diferentes clases; en el zona hay que calmar el dolor con las pomadas narcóticas al rededor del mal, y los polvos de almidon á la inflamacion penfigoidea; en el impétigo y el ectima no ulcerosos, debe dejarse la costra como el mejor tópico posible, al paso que en las formas ulcerosas ó corrosivas debe levantarse para curar la ulceracion directamente.

Todas estas indicaciones ó mezclas de indicaciones sintomáticas, pueden llenarse por las medicaciones generales de

que hablaremos más tarde; pero no bastan para fundar el tratamiento racional que tiene siempre por primera base el conocimiento de la causa ó naturaleza del padecimiento.

## INDICACIONES ESPECIALES Ó ESPECÍFICAS.

Aunque la palabra *específicas*, según el vulgo la entiende, no puede aplicarse sino en muy pocas ocasiones con acierto; con ella, como con la de *especiales*, queremos dar á entender ó denominar á todas aquellas indicaciones que *tienden á fundar el tratamiento en la naturaleza del mal*, bien destruyendo la causa, si nos es conocida, ó si es posible, bien combatiendo racionalmente las alteraciones locales y constitucionales á que ha podido dar lugar. Con las indicaciones generales buscábamos el tratamiento racional del género, al paso que con las especiales buscamos el de las *especies y variedades*; según nosotros las formamos. Con las primeras indicamos el tratamiento general del *eczema* por ejemplo; con las segundas, el de las *especies: eczema herpético, verrucoso, escrofuloso, leproso, artificial, etc.*, etc.

Estos nombres que ya dan á conocer el modo que tenemos de considerar las especies respecto al género, muy diferente al que siguen los willanistas, y análogo al que emplea el doctor Bazin en sus *afecciones genéricas de la piel*, explican al propio tiempo lo que separa unas indicaciones de otras, y la gran diferencia que ha de haber de tratamientos racionales dentro de un mismo género nosológico.

Las indicaciones especiales ó específicas buscan el remedio de la enfermedad; las generales el de los síntomas, siendo por tanto las primeras hasta aquí olvidadas, mucho más importantes que las segundas.

Descubierta la naturaleza del mal por los procedimientos del diagnóstico, la indicación brota por sí misma, ya por la fuerza de la razón pura, ya por la experiencia ó el conocimiento empírico del efecto de ciertos medicamentos. Al conocer que una erupción es artificial ó ha sido provocada por las fricciones de la pomada estibiada, la indicación lógica que primero se forma, es suspender esas fricciones quitando con ellas la causa del mal. Al diagnosticar una urticaria intermitente ó una fiebre intermitente urticada, la indicación de dar la quina, por empirismo que sea el remedio, es la que inmediatamente forma cualquier médico. Al ver ante nosotros una erupción sífilítica, herpética ó escrofulosa, todos vemos la necesidad de administrar el mercurio, el arsénico ó el aceite de hígado de bacalao, medicamentos que no son *específicos*, en el sentido vulgar de esta palabra, que ni siquiera son *racionales*, sino *empíricos*; pero que son los más eficaces y acreditados en la práctica para combatir las especies nosológicas, sífilis, herpesismo ó escrófula.

Para los que no admiten las grandes unidades morbosas;

para los que ven á las dermatosis desligadas de las causas internas generales ó constitucionales y como simples lesiones del tegumento; para los que clasifican por la forma, ó por el sitio anatómico, no hay indicaciones especiales ó específicas; pero para el que busca la causa y naturaleza de los males y funda en ambas su nosología, las indicaciones *causales* ó *naturales* que forme, han de ser forzosamente las que tiendan á combatir la especie morboza; indicaciones mucho más importantes, sin duda, que las que tienden á mejorar los síntomas ó á curar las lesiones tegumentarias.

Así como las indicaciones generales nos conducen á las medicaciones sintomáticas, así las especiales nos llevan á poner en planta las medicaciones específicas, y unas y otras ofrecen ancho campo al práctico para hacer estudios de terapéutica aplicada, que no dejan de tener interés para la ciencia.

## MEDICACIONES.

La *medicación*, definida por un profesor de Terapéutica, sería tal vez «el conjunto de medicamentos que tienen una misma acción,» (tónica, alterante, astringente, etc.); definida por un profesor de Patología general, pudiera ser muy bien «el conjunto de medicamentos que tienden á un mismo fin;» pero definida por un clínico, tiene además que ser «el conjunto de medicamentos recomendados para una enfermedad determinada,» aunque sea muy diverso su modo de obrar en el organismo. Estas diferencias en la definición de una misma cosa dependen del carácter especial de cada ciencia. La terapéutica, esencialmente sintética, parte del estudio de los medicamentos al de las enfermedades, mientras que la clínica esencialmente analítica, parte del estudio de las enfermedades al de los medicamentos. La patología general, ó mejor dicho, la semeiología, al definir las indicaciones, parte también de la *enfermedad* ó de los síntomas, pero su carácter sintético la aproxima á la terapéutica en su modo de ver la cuestión, y sirve por esto, y hasta cierto punto, como de lazo de unión entre ambas.

Por las breves consideraciones que al hablar de las indicaciones en dermatología hemos hecho en el párrafo precedente, puede venirse en conocimiento de que adoptaremos el camino de la semeiología y de la clínica, sin dejar por eso de comprender la bondad para su objeto del camino que nos ha trazado la terapéutica. De esta manera podemos dividir las medicaciones, lo mismo que las indicaciones, en generales ó sintomáticas y especiales ó específicas, y estudiar en cada una de sus divisiones los remedios ó los medicamentos que se dirigen á un mismo fin, es decir, que se recomiendan para combatir tal ó cual síntoma, tal ó cual lesión ó tal ó cual enfermedad.

Las medicaciones generales las destinaremos para el tra-



tamiento del género, es decir, de la lesión y de sus síntomas, y las especiales para el de la especie morbosa, es decir, de la causa y de la enfermedad.

Hay por desgracia enfermedades incurables, especies morbosas que no tienen cura ó cuyos remedios no son aún conocidos, y en ellas no podemos apelar á estas últimas medicaciones, sino limitarnos á mitigar la molestia de los síntomas echando mano de las primeras.

#### MEDICACIONES GENERALES Ó SINTOMÁTICAS.

1.ª *Medicación antiflogística.*—Esta medicación debe emplearse en el período agudo de las dermatosis, siempre que las acompañe inflamación, pletora, ó fiebre inflamatoria, y no haya indicaciones especiales que se opongan, ó medicaciones especiales también que puedan dar más pronto y mejores resultados. En los eczemas agudos de los brotes nuevos del herpetismo, por ejemplo, los baños emolientes, las sangrías, etc., pueden dar esos pronto resultados; pero la breva, á pesar de no pertenecer á la medicación antiflogística, los suele dar más rápidos, seguros y permanentes.

Los remedios que componen la medicación antiflogística son las evacuaciones sanguíneas generales y locales, las bebidas emolientes, sudoríficas ó refrigerantes, las lociones, irrigaciones, pulverizaciones, baños locales y generales, simples ó emolientes y las aplicaciones de polvos, de pomadas, de glicerina y de cataplasmas de diversas sustancias.

*Evacuaciones sanguíneas.* Rara vez hay ocasión en los hospitales de cutáneos de acudir á las evacuaciones sanguíneas generales; pero aún en la práctica civil, confesamos ingenuamente que hemos mandado hacer pocas sangrías.

En las fiebres eruptivas, es preciso que los fenómenos congestivos viscerales amenacen mucho para decidírnos, y eso con miedo, á disponerlas. Preferimos casi siempre el emético.

En los pseudo-exantemas febriles de la primavera, es en donde se ve la utilidad de sacar sangre de las venas. Esas roséolas, urticarias, pénfigos y eczemas febriles y agudísimos, tan comunes en España, sobre todo en ciertas provincias, ceden con rapidez á beneficio de la sangría general, y la erupción aborta, se detiene, ó declina en cuanto cesa la fiebre. La urticaria artificial ó *ab-ingestis*, también muy frecuente en nuestro país, por el abuso de los mariscos y pescados azules en mal estado de conservación, suele exigir, además del emético, y por los graves fenómenos febriles y congestivos que la acompañan, el empleo de una ó más sangrías.

En los demás casos, la evacuación sanguínea general, sólo puede servir ó estar indicada para combatir un accidente de la enfermedad, que puede sobrevenir en el curso de una dermatosis, como en el de cualquiera otra dolencia.

Hay muchas afecciones cutáneas, en las cuales es inútil ó

perjudicial la sangría. En las hemorrágicas, escorbúticas, escrofulosas y nerviosas casi sería un crimen, lo mismo que en las cancerosas, canceroides, fibro-plásticas, tuberculosas, sífilíticas y fito-parasitarias. En las muermosas y carbuncosas, que por la agudeza y gravedad de la fiebre y demás fenómenos coincidentes, parece que podrían ser útiles, son tan perjudiciales como en las sintomáticas de las fiebres graves ó pestes, pues aceleran la adinamia que en ellas sobreviene y no han dado hasta la presente ningún resultado curativo.

Algunas veces, y sin duda por ignorancia, por errores de diagnóstico ó por cierta disposición que continúa en los médicos, á sostener ideas ya averiadas, hemos visto sangrar á los sarnosos.—En estos enfermos, y durante uno ó dos días, ha cedido algo, aunque poco, la picazón y se han mejorado las erupciones artificiales, exacerbándose después y siguiendo su curso natural ascendente, mientras no se emplea la medicación especial parasitocida.

También en la lepra y en la pelagra hemos visto sangrar para combatir, sino la enfermedad, los accidentes congestivos ó inflamatorios especiales que á veces ocurren; pero la alteración de la sangre ó anemia consecutiva, hace caminar más velozmente al padecimiento hácia una terminación funesta (1).

Son, pues, muy raros los casos en que las evacuaciones sanguíneas generales tienen indicación precisa en el tratamiento de las dermatosis.

Las emisiones locales, por medio de las sanguijuelas ó de las ventosas escarificadas, tienen todavía ménos aplicaciones que las sangrías. Además de la picadura ó sajadura, que en una piel irritada y llena de granos es un motivo más de favorecer la erupción, no siempre son bastante depletorias estas evacuaciones, y entonces aumentan la fluxión cutánea y por consiguiente la inflamación. De ponerlas es preciso hacerlo con mano pródiga, y de seguro con otros medios más sencillos y suaves conseguiremos el mismo resultado.

2.ª *Bebidas sudoríficas ó refrigerantes.*—La dieta y la dilución, ó lo que es lo mismo la abstinencia de alimentos y la abundancia de bebidas acuosas, son los remedios antiflogísticos más suaves, más eficaces y más fácilmente admitidos por los enfermos que padecen afecciones cutáneas agudas y febriles, que son á los que conviene esta medicación, llamada expectante por algunos. Con ella sola podemos combatir todas las formas benignas de las fiebres eruptivas, muchos pseudo-exantemas congestivos ó ligeramente inflamatorios de la primavera, y la mayor parte de las afecciones patogénicas de-

(1) En las dermatosis herpéticas y romatísimas puede sangrarse si hay gran inflamación con fiebre, si aumenta ó se presenta algún fenómeno de reprobación congestiva, ó si al agudo se pletórico; pero en los casos crónicos padecidos pasivos sin ellas, antiinflamatorias contagiosamente por los baños y polvos emolientes, agentes más suaves de la misma medicación antiflogística, y por los remedios más eficaces de la medicación específica antiherpética ó antirromatísimas.

pendientes del uso de ciertos alimentos, medicamentos ó venenos irritantes.—Aunque en los casos graves ó complicados de estas dolencias haya necesidad de apelar á otros recursos, la dieta y la dilucion formarán siempre la base del tratamiento, no sólo de ellas, sino de otras dermatosis constitucionales agudas (1), de algunas artificiales directas y agudas tambien (2), de los brotes febriles de las escrofulides benignas y de las sifilides, herpéticas y reumáticas, que pudiéramos llamar exantemáticas (3).

3.° *Baños generales.*—Nada modera tanto los accidentes inflamatorios de una dermatosis como el baño general templado. Igualando la temperatura del cuerpo, calmando la sensibilidad perturbada del sitio enfermo, excitando suavemente la vida de la piel sana, limpiando su superficie de la suciedad, reblandeciendo y desprendiendo las costras, el baño general, más ó menos repetido, será siempre uno de los más poderosos recursos de nuestra terapéutica.

En los eczemas agudos y crónicos, de cualquier naturaleza que sean, en todas las erupciones papulosas y pustulosas agudas producen una gran sedacion de los síntomas; en la urticaria, en los fórniculos y en las erupciones escamosas, calman, en la primera, el picor y la congestion; en los segundos el dolor y los fenómenos inflamatorios, haciendo desprender fácilmente en las últimas las esfoliaciones epidérmicas y resolviendo el infarto cutáneo sobre que descansan.

Claro es que los baños generales de agua dulce no constituyen parte de las indicaciones específicas, pero pueden auxiliarnos, sobre todo en las dermatosis herpéticas, reumáticas, escrofulosas benignas, parasitarias, leprosas y pelagrosas.

En los casos comunes, la existencia de fiebre esencial ó sintomática contraindica el empleo de los baños; pero en cambio, en los casos graves de los exantemas, pueden ser, bien manejados, un remedio heroico, ya para hacerlos brotar bien, ya para combatir las complicaciones atáxicas ó de otra índole que se presentan.

En la prescripcion de los baños simples ó medicinales hay una costumbre que creemos perjudicial. Por lo comun se pres-

criben los baños seguidos ó diarios, y esto suele producir efectos contrarios á lo que se desea. Al fin y al cabo un baño largo ó muy repetido congestiona la piel, y en un sujeto sano dá lugar á dermatosis, por lo que, y por los consejos de una experiencia algo larga, solenos prescribirlos saltados, en dias alternos ó cada tres, cuatro ó cinco dias, segun las exigencias de la enfermedad y las condiciones del individuo. En los sujetos débiles, los baños tienen que ser cortos y nunca seguidos, al paso que en los sujetos fuertes, sobre todo si la erupcion es tenazmente inflamatoria, pueden ser largos y continuados.

En todo baño templado es conveniente el uso de agua fria con paños á la cabeza, para evitar los resfriados, las corizas y cefalalgias, que si no sobrevienen.

Los baños generales templados son por sí solos emolientes ó antiflogísticos; pero puede aumentarse su accion, adicionando al agua alguna sustancia gelatinosa ó feculenta.

Los baños de agua ó de cocimiento de malvas, malvabisco, linaza, zaragatona ó salvado, aunque no limpien tanto, existen ménos las superficies exulceradas, y son preferibles en los individuos muy nerviosos ó impresionables.

La sustancia que más á menudo hacemos mezclar con el agua del baño es el almidón.—Una, dos ó tres libras de almidón, previamente mezclado con agua en una jofaina, á la manera que lo hacen las planchadoras para mojar la ropa, y vertido despues en el agua del baño, constituye uno de los remedios más agradables por su limpieza, más suaves, más frescos y emolientes que pueden prescribirse.

Los baños gelatinosos ó de cocimiento de manos de cordero son más activos en su género, pero tambien más caros que los antedichos. Tanto éstos como los de leche deben dejarse para enfermos de condiciones especiales, entre las que deben contarse, la exquisita sensibilidad de la piel, una gran debilidad general y medios cuantiosos de fortuna que permitan el lujo en la medicacion.

4.° *Baños locales.*—Los baños locales ó parciales de agua dulce, emoliente, gelatinosa, etc., se usan poco en el tratamiento de las dermatosis, porque congestionan más la parte enferma, sin influir en la generalidad, aumentan la inflamacion, ó si la calman, porque es exudativa, lo hacen aumentando la exudacion.

En ciertos eczemas exudativos agudos y mortificantes, el aumento de la exudacion es conveniente y aun necesario para evitar erisipelas, flemones ó angiolecitis; pero aunque en estos casos se prescriban alguna vez, no debe abusarse de ellos, ni repetirlos demasiado. Los cocimientos, la leche y la gelatina se avinagran pronto, entrando facilmente en putrefaccion, y aunque no se ha probado que perjudiquen por esta circunstancia, lo general es recomendar una abstencion prudente de líquidos echados á perder, segun la expresion vulgar de nuestro país.

(1) Muerro y carbuncos.

(2) Pústula maligna, imbecilacion séptica ó gangrenosa, imbecilacion ó sifilide ulcer, etc.

(3) Los sudorificos deben emplearse como bebida usual en los exantemas á fiebre eruptiva para favorecer la erupcion, que se la crisis, y en la mayor parte de las veces ella sola son suficientes para conseguirlo. Los infusiones de flores de malva, chufa, hueda y espuela, el agua de zarzap y los cocimientos de leches sulfureas, se usan por todos los países con este objeto. El agua azucarada y caliente da sin méos coste los mismos resultados.

Los refrigerantes y astringes por el contrario, deben excluirse del tratamiento de los exantemas y emplearse de preferencia en los pseudo-exantemas primarios y en los brotes agudos de las herpéticas y zosteriformes benignas.

Las bebidas emolientes de cocimientos de malvas, malvabisco, linaza, zarzap y goma, el agua almidonosa, etc., deben darse despues del astringe en las dermatosis patológicas por indigestion de marion, picados acrios ó sustancias salientes, ó por intoxicacion de medicamentos irritantes, como el Eodora, el yodo, el arsénico, etc.



Algunas veces los baños locales sientan bien en erupciones muy crónicas, secas, escamosas ó pruriginosas, sobre todo si ocupan los órganos sexuales externos ó la márgen del ano; pero si los semicupios son útiles, es dudosa la utilidad, repetidos, de los baños de brazo ó de pierna, á no ser que tengan sólo por objeto dejar caer costras muy adheridas y que sea urgente hacerlas desprender.

5.° *Lociones*.—Las lociones, más ó ménos repetidas, sustituyen con ventaja en la mayoría de los casos á los baños locales, porque no congestionan tanto la parte afecta, y pueden como ellos, calmar la picazon y limpiar el tegumento de la suciedad ó de las costras.

Las lociones emolientes de agua de malvas, de arroz, de linaza, de salvado, etc., son el remedio necesario de toda erupción exudativa, cualquiera que sea su forma y naturaleza, pues aunque por sí solas no curan más que afecciones ligeras, artificiales ó pseudo-exantemáticas, ayudan á las medicaciones especiales en las herpes y escrofulas benignas, favoreciendo la acción de sus remedios.

El eczema subagudo ó crónico y el pitiriasis son las lesiones en que mejor prueban los lavatorios; en cambio, lo mismo que los baños y la humedad en general están contraindicados en el pénfigo, herpes zona y flictenoides, y en los pseudo-exantemas no exudativos, como el eritema y la crisipela de forma aguda.

En las formas ulcerosas del cáncer y del canceróide son las únicas que deben usarse para detejer sin irritar la superficie cruenta; pero en las sífilíticas, en el lupus ó en las ulceraciones atónicas de la lepra, pelagra y escorbuto, así como en las virulentas artificiales (pústula maligna, gangrena, chancro blando, etc.), pueden ser ventajosamente substituidas por las lociones astringentes ó excitantes.

6.° *Irrigaciones y pulverizaciones*.—La irrigación continua se ha usado en estos últimos tiempos para combatir el eczema y el liquen crónico con buenos resultados; pero la inmovilidad á que se sujeta al enfermo durante largo tiempo, y lo difícil y costoso que es mantener de un modo continuo una lluvia de agua sobre un punto enfermo, hace casi imposible en la práctica este recurso terapéutico. No pasa lo mismo con las pulverizaciones de líquidos emolientes hechas con los aparatos de Mathieu, ó con los diversos pulverizadores conocidos. La lluvia de agua emoliente pulverizada sobre una erupción, gasta poca agua; puede encargarse la manobra al mismo enfermo; no contunde la parte enferma como la irrigación, y mantiene sobre ella una humedad y una atmósfera húmeda que puede ser el mejor de los antiflogísticos. La carestía de los aparatos de pulverización y lo molesto que puede ser, cuando no hay gran deseo en el enfermo, el trabajo manual á que tiene que dedicarse algunas horas seguidas, han hecho que no se generalice más un remedio de mucha utilidad. Al hablar en las indicaciones espe-

cíficas del ácido fénico, tendremos ocasión de demostrar el partido que puede sacarse de las pulverizaciones de la solución fenicada, á pesar de ser su acción completamente opuesta á la de los líquidos emolientes, é insistiremos en la conveniencia de generalizar este modo de tratamiento en las dermatosis.

7.° *Cataplasmas*.—Las masas emolientes que en forma de cataplasmas colocamos sobre las erupciones cutáneas, pueden tener varios objetos. Unas veces el fin que nos proponemos es limpiarlas de las costras que las recubren, y en este caso es indiferente la sustancia que puede constituir las; otras tienen por objeto calmar la inflamación, la picazon, la tirantez, y aún la exudación excesiva de la parte enferma, y algunas impedir la emigración de los parásitos del sitio en que deben morir envenenados por las pomadas parasiticidas (1).

Prescindiendo del primero y del último objeto, que no son curativos, sino accidentales, y limitándonos al segundo, debemos consignar como hechos de observación:

1.° Que las cataplasmas de harina de linaza y de polvos emolientes no sientan bien sobre las erupciones, y más que como sustancias emolientes, obran como excitantes ó rubefacientes, y 2.°, que la manteca que generalmente se adiciona á las cataplasmas de linaza, empeora y reverdece mucho las dermatosis, por lo que ambas sustancias deben proibirse en la mayoría de los casos. En cambio las cataplasmas de harina de patata, de trigo y mejor de harina de arroz y agua, refrescan la parte enferma inflamada, desprenden fácilmente las costras al espesarse y formar engrudo; absorben y neutralizan la acritud de los líquidos exudados, y disminuyen, por esta circunstancia tal vez, la picazon que las acompaña.

Continuando en su uso después de la caída de las costras, evitan su nueva formación y pueden conseguir la declinación rápida de ciertas dermatosis pustulosas ó vesiculosas, ya agudas ó pseudo-exantemáticas, ya herpéticas, escrofulas benignas, ó artificiales.

En el eczema impetiginoso de los escrofulosos, como diría Hebra, en esas afecciones pustulosas de la cara de los niños de pecho que en España se llaman usure; y acura, gurnas, porrigo ó impétigo larvalis en otros países; las cataplasmas de harina de arroz, continuadas después de la caída de las costras, producen felices resultados.

En los eczemas exudativos circunscritos, en el impétigo figurata, ó lo que es lo mismo en todos aquellos casos en que

(1) En la pústula ó enfermedad pueril, al locionar la cabeza con disolución de sulfato de zinc ó de sulfato potásico, ó al aplicar con la pomada mercurial, con la de breu, etc., los parásitos se apreturan á huir á otros puntos del cuerpo ó de la misma cabeza para librarse de la muerte, y este gran movimiento de millares de insectos es el que dá lugar casi siempre á fenómenos graves en el enfermo. Echando encima de la masa de la cataplasma que ha de ponerse sobre toda la cabeza, media onza de pomada de breu ó de mercurio y aplicada de punto, los parásitos apreturados mueren casi instantáneamente en el sitio en donde se hallan, y se evita este accidente y la reproducción ó extensión del mal á otros puntos.

las costras se aglomeran en puntos limitados, deben preferirse como antiflogísticos locales las cataplasmas dichas; pero si la erupción es muy diseminada, son preferibles los baños generales amiláceos, los de salvado, ó los

8.<sup>o</sup> *Polvos emolientes*.—Los polvos emolientes usados en el tratamiento tópico de las dermatosis, son las harinas de arroz, de trigo, de cebada y de patata, el almidón y los polvos de licopodio; sustancias todas que más que como emolientes sirven en realidad como absorbentes y secantes de las exudaciones y refrigerantes del ardor inflamatorio que tiene la piel afectada (1). Su uso es tan frecuente, tan sencillo, tan limpio y sobre todo tan útil, que no podemos menos de llamar la atención de los prácticos de nuestro país, para que le generalicen, en vez del de las grasas, que tan perjudiciales son por lo común, y á las que suelen por desgracia dar la preferencia.

Las dermatosis artificiales, una vez alejada la causa, ceden sólo con las aplicaciones abundantes de polvos de arroz ó de almidón, cualquiera que sea la lesión ó forma elemental que tengan. El eritema solar, el intertrigo ó escocido de los niños, las vesículas, píustulas y ampollas artificiales que acompañan á la sarna ó siguen á las fricciones ó aplicaciones de sustancias irritantes, se empeoran con el agua y con las grasas, y ceden en cambio fácilmente á las aplicaciones secas de polvos emolientes. Lo mismo exactamente sucede con la mayor parte de las dermatosis inflamatorias ó pseudo-exantemas. En la erisipela y en el herpes zona, es tan conocida la utilidad del almidón en polvo y lo perjudicial del agua y de las grasas, que hasta el vulgo más ignorante criticaría al médico que no quisiera seguir el camino trazado por los resultados de una experiencia acreditada.

Otra de las ventajas que tienen los polvos sobre los demás emolientes, es que no perjudican, aunque no estén indicados; podrán no mejorar una úlcera cancerosa, sifilítica ó escrofulosa por ejemplo, pero no la empeoran. Á veces la secreción de la dermatosis es tan glutinosa, que forma con los polvos costras secas y adherentes que pinchan el dérmis inflamado. En estos casos es preciso alternar estas aplicaciones secas con lavatorios, ó mejor con baños generales, que las dejan caer y limpian la superficie de la piel enferma.

9.<sup>o</sup> *Glicerina y glicerolados emolientes*.—La glicerina ha sido empleada por nosotros en grande escala en todas y para todas las enfermedades de la piel. Hace diez años próximamente que el ensayo fué general en nuestras enfermerías de cutáneos; es incontestable su utilidad, y hoy la recomen-

damos siempre que no tenemos otro tóxico que produzca resultados más pronto. El juicio que acerca de esta sustancia hemos llegado á formarnos, es el siguiente:

La glicerina es la sustancia *grasa* que mejor sienta en la curación de las afecciones de la piel. La manteca, el sebo, el aceite y sus compuestos, de que hablaremos en seguida, exacerban y reverdecen las dermatosis agudas exudativas, mientras que la glicerina las calma, limpia la superficie de la piel y favorece la curación.

Atribuimos la eficacia de esta sustancia, procedente de la destilación de los aceites, y resto que ántes se desperdiciaba, á dos propiedades que tiene y de que carecen las otras sustancias grasas; su higrometría ó avidez por el agua de la atmósfera que atrae en cantidad considerable, y su extensa facultad disolvente ó múltiple capacidad de saturación, que no sólo se refiere á sustancias inorgánicas, sino á las orgánicas que constituyen las costras, las descamaciones, etc., escoriaciones cutáneas que se disuelven fácilmente en el precioso líquido que estudiamos.

Las lociones y baños de glicerina mantienen la parte enferma en una humedad constante, retardan, disuelven ó desprenden las costras, y sobre todo las descamaciones epidérmicas, y favorecen la formación del nuevo epidermis con sus condiciones normales.

En el eczema agudo ó crónico poco exudativo, de cualquier naturaleza que sea, en el impetiginoso, y sobre todo en la pitiriasis, es en donde se notan sus mejores efectos.

Es preciso, sin embargo, no tener miedo á gastar grandes cantidades, ni preocuparse por lo que se manchen las ropas, que se lavan difícilmente, pues con unturas tardías ó escasas tarda más en venir la mejoría.

Las impurezas que la glicerina del comercio tiene [sales de plomo generalmente], no son un obstáculo para el uso *externo* de dicha sustancia, ántes bien ayudan á resolver las inflamaciones cutáneas ó á cicatrizar las escoriaciones y ulceraciones, excepción hecha de las cancerosas, de las epiteliales y de las sifilíticas ó venéreas en sus primeros períodos, que no ceden á medicaciones tan simples como la que nos ocupa.

La facultad disolvente de la glicerina hace posible su combinación con diversas sustancias, formando los glicerolados.

El glicerolado emoliente de que podemos ocuparnos en este sitio, es el de almidón. Forman ambas sustancias al mezclarse convenientemente una especie de gelatina transparente ó amarillenta, que se usa en untura como las pomadas, y que dá resultados más pronto que la glicerina pura. Las pitiriasis, alba y rosácea, agudas ó crónicas, se disipan rápidamente con esta sustancia.

En la versicolor y nigricans, disocia los esporos vegetales de las células epidérmicas, y favorece mucho la acción de los remedios parasiticidas.

(1) Los polvos de malvaceas, malvalutis, linna, etc., no se usan, á pesar de su naturaleza y de ser emolientes, porque no absorben como los otros indicados, y porque al secarse y adherirse á la piel, la irritan y dejan por lo tanto de operar como emolientes.



En las dermatosis agudas idiopáticas, ó pseudo-exantemas, exudativos ó esfoliativos, es mejor tóxico que las lociones, baños y cataplasmas, y en las sintomáticas del herpetismo, del reumatismo y de la escrófula, solo ó asociado á los astringentes, produce efectos muy notables.

10. *Ungüentos, pomadas y aceites.* — La manteca, el cerato, el cold-cream, el ungüento de altea, el sebo, el aceite de olivas, el de almendras dulces, y algunos compuestos de estas diferentes grasas se usan *habitualmente*, y mejor podíamos decir de un modo rutinario, para curar toda clase de granos ó erupciones. Nunca llamaremos lo suficiente contra la generalización de práctica tan funesta. Es verdad que en algunos casos que especificaremos sientan bien, ó no sientan mal; pero en todos los demás en que rutinariamente se prescriben, ó son perjudiciales, ó hay posibilidad de emplear otros remedios de acción más eficaz. Los ungüentos emolientes y las grasas en general favorecen la supuración, lo que traducido al lenguaje de la práctica quiere decir: «se oponen á la reunión inmediata de las heridas y á la cicatrización pronta de las ulceraciones.» La cura con hila seca ó empapada en agua clara, además de ser más fácil y sencilla, es más útil. Si se quiere *ensuciar* ó hacer fagoténico un chanero venéreo, no se necesita más que curarle con cerato. Póngase cualquier grasa á las úlceras atónicas de las piernas, sean sifilíticas, varicosas ó escrofulosas, y se las verá crecer en superficie y en profundidad, destruyendo en su veloz carrera tejidos importantes y difícilmente reparables.

Estos son hechos de observación tan palpables, que no comprendemos cómo se han podido ocultar á la vista de nuestros profesores. ¿Por qué, pues, se abusa tanto en nuestros hospitales de las sustancias grasas? ¿Por qué entre cien enfermos que tienen cura, se lee en más de sesenta planes, la *simple cura simple*?

¿Es por conservar las tradiciones de nuestra antigua cirugía tan preñada de drogas polifarmacas, de ungüentos y de emplastos? ¿Es por que domina todavía la raquítica idea de la depuración y queremos exasperar las erupciones ó ulceraciones, creyendo que por semejantes emunctorios se elimina el vicio humoral?

Algo debe haber de ambas ideas, pero la única razonable sería la de que las grasas libran á la úlcera ó á la herida del contacto del aire, que según algunos es nocivo para las superficies supurantes. El poco aire, el aire encajonado de las fistulas ó de los senos es el que perjudica; pero no el aire puro y renovado sin trabas, sin obstáculos, sin puentes ni rebordes despegados. Es verdad que en algunos eczemas, el contacto del aire aumenta la picazón, provocando el deseo de rascarse, y exasperando, por lo tanto, la enfermedad: es verdad que en estos casos suele calmar aquella el aceite, el cold-cream ó la manteca; pero en cambio de esta ligera ventaja, se alargará seguramente la duración de la enfermedad, á no

ser artificial ó nada exudativa. Estas dos últimas circunstancias son las únicas indicaciones que existen para la aplicación de las sustancias grasas. En las dermatosis secas, en que no hay erosión del epidermis y el dérmis está no sólo intacto, sino excesivamente recubierto de células epidérmicas acumuladas y engrosadas; en los psoriasis ó pitiriasis crónicos es en donde la manteca sobre todo, ó los ceratos, hacen desprender las escamas y limpian ó ayudan á limpiar la piel. En las erupciones artificiales que siguen á la sarna ya curada ó á las fricciones irritantes, la manteca, el cold-cream, etc.; calman también la picazón consecutiva; y como se ha hecho previamente desaparecer la causa, aquellas desaparecen con rapidez, sobre todo si esta medicación se ayuda por el día con las aplicaciones de polvos de almidón, dejando para la noche el uso de las grasas. En el liquen crónico y en las dermatosis reumáticas, que generalmente son secas ó poco exudativas, mejoran estas sustancias la tirantez y sequedad de la piel; pero en todas las demás afecciones cutáneas, repelimos, ó son perjudiciales, ó inútiles para modificar, mejorando, ni empeorando el curso espontáneo del mal.

Las úlceras ó escoriaciones por simple denudación del dérmis, se curan suavemente con los ceratos; pero se cicatrizan más pronto sin ellos, y á fe que la gente de los pueblos y los trabajadores del campo, aplicándose orines ó salmuera á sus erosiones y enormes arañazos, saben mejor lo que hacen que las gentes y los médicos de las ciudades.

2.ª *Medicación resolutive.* — Esta medicación puede emplearse en el período de declinación de las dermatosis agudas, para ayudar á su pronta resolución; y en todas las dermatosis crónicas, ya sola, ya al mismo tiempo que otras medicaciones generales ó que la específica correspondiente.

Los remedios resolutivos pueden dividirse para su estudio en *directos ó indirectos*, y cada uno de éstos en *generales y en locales*.

*Resolutivos directos locales.* — Las aplicaciones directas sobre la piel enferma de ciertas sustancias, hacen resolver sus infartos, su inflamación declinante ó en estado crónico y la exudación si existe, á la par que los elementos morbosos citados. El yodo y sus compuestos, la cicuta, el ácido fénico, la breva, el aceite de enebro, el aceite ruso ó de abedul, el sublimado, el alumbre, el tannino, el óxido de zinc, el subacetato de plomo líquido, los calomelanos, los demás preparados de plomo, los de bismuto y de plata, los carbonatos alcalinos, el sulfato y el percloruro de hierro, el tartrato férrico-potásico, el alcanfor, el sulfato de cobre, el cloroformo y algunos otros, son los medios resolutivos principales y más importantes de que solemos echar mano. Algunos de ellos forman parte de las medicaciones específicas ó de la sustitutiva ó irritante; pero no por eso dejan de tener su acción resolutive general ó aplicable á todos los casos.

En el estudio que de la acción de cada uno de estos reme-

dios vamos á hacer, principiaremos por los que tienen mayor importancia ó eficacia, y por los que más á menudo maneja-mos en nuestra práctica.

1.° *Mercuriales*.—El mercurio metálico, el sublimado, el protocloruro ó calomelanos y los yoduros mercurioso y mer-cúrico bien dosificados, son los resolutivos tópicos más eficaces que conocemos para toda clase de dermatosis crónicas, sin ne-cesidad de que sean sífilíticas, y mucho más si lo son.

El mercurio metálico se emplea en pomada ó en emplastos, siendo los más usados el de ranas y el de Vigo.

La pomada mercurial no se usa generalmente más que para erupciones secas ó escamosas, como el psoriasis, los tubércu-los que determinan la escrófula ó la sífilis, el acné, etc. Los emplastos, que tienen la ventaja de que ocultan y se fijan so-bre la parte enferma, se emplean además muy ventajosamente sobre las úlceras, colocándolos en tiras, según el método de Waynton.

El emplasto de Vigo mercurial aplicado sobre los fórmen-los ó el antrax en los primeros días de su formación, suele hacer abortar el padecimiento, deteniendo la inflamación.

Cuando se pone en días más avanzados, ya no es posible detener el mal; pero entonces es frecuente que supure la to-talidad de la masa á un tiempo, convirtiéndose en un flemón supurado ó absceso, fácilmente curable, un antrax ó un di-viso que tarda mucho siempre en desprenderse de sus raíces.

El sublimado en disolución ó en pomada es por lo ménos tan poderoso como el mercurio metálico, y sobre todo es más limpio. En el acné roséa ó tuberculosa de la cara, que tanto aflige á las señoras, los toques con un pincel empapado en la solución de sublimado repetidos dos ó tres veces al día, ali-vian rápidamente la erupción (1).

También sientan perfectamente las lociones de la solución cloro-mercurial en las pápulas del líquen crónico, ó del prú-rigo, en los tubérculos de la sífilis, de la escrófula resolutiva ó del lupus. Su acción en el pitiriasis es muy marcada y sa-ludable; pero en algunas formas de esta afección queda la duda si obrará como parasitocida á la par que como remedio resolutivo, y en este caso no debemos ocuparnos de las me-diaciones específicas.

La pomada de sublimado (dos ó cuatro granos por onza de manteca), es preferible á la disolución en el prurigo; pero para las dermatosis tróficas, es decir, para los tubérculos ó neoplasias dérmicas, deben preferirse otros preparados de mercurio (2).

Los calomelanos son desde la antigüedad el preparado mer-cúrial de más uso en el tratamiento de las dermatosis. La po-mada de precipitado blanco, llamada anti-herpética en nues-tros formularios y farmacopeas (4), hace cesar con rapidez la exudación del eczema crónico y del impétigo, y resuelve pronto el infarto inflamatorio de la piel sobre la que descansan. No debe darse en fricción, sino extendiendo una capa ligera sobre la erupción y dejándola secar al aire, ó bien poniéndola en forma de cura con planchuela.

Las pomadas de los yoduros mercurioso (2) y mercurio (3), son mejores que las de sublimado y calomelanos para conse-guir la resolución de los tubérculos (ó de las úlceras á que dan lugar), del acné, del psoriasis, etc.; pero no deben usarse en el eczema y el impétigo (ó no formar parte de la medica-ción específica antisifilítica), como se usa impunemente la de precipitado blanco en dermatosis de diversa índole ó natu-raleza.

2.° *Yodo y sus compuestos*.—El yodo puro en solución al-cobólica, ó sea la tintura de yodo, detiene á veces el desarrollo de los tubérculos sífilíticos y escrofulosos, de las gomas, de la escrófula edular y ganglionar, de la elefantiasis árabe, de las pápulas de la viruela y del ectima, de las pápulas ó tubércu-los de las membranas mucosas en la faringitis granulosa her-pética, ó en las placas mucosas sífilíticas, y puede prestar servicios en las ulceraciones de la boca y de la garganta (4).

Dando toques con un pincel sobre los infartos glandulares ó haciendo con algunas gotas una inyección hipodérmica intra-ganglionar, resuelve las adenitis crónicas que acompañan á las escrofulides. Las exudaciones fibro-plásticas de los perió-tosis sífilíticos, aunque se reabsorben más pronto con los mer-cúricos, ceden también á la acción tópica del yodo.

Los yoduros de plomo, de potasio y de azufre llenan como el yodo indicaciones sintomáticas por su acción resolutiva lo-cal, además de las indicaciones especiales ó específicas que por las condiciones de esta misma acción contribuyen á llenar.

La pomada de yoduro de plomo, que tanto se prescribe para combatir los infartos glandulares, es un secante poderoso de las dermatosis crónicas poco exudativas, y como este me-dicamento es insoluble ó poco soluble, no irrita las escoriacio-nes ó grietas del eczema, del impétigo, etc., como sucede con las pomadas de los yoduros solubles (5). La pomada de yo-

(1) La fórmula de que hacemos uso es la siguiente:

Cloruro mercurioso.....	Tres granos.
Alcohol.....	C. S.
Agua destilada.....	Una onza.
Disuélvase.	

(2) Los yoduros de mercurio.

(1) Se compone generalmente de una dracma de calomelanos y una onza de manteca.

(2) Las fórmulas que empleamos son: yodo á un escrúpulo del protocloruro por una de manteca.

(3) La pomada del yoduro, poniendo yodo á alta dosis, es sinéctica; como resolutivo puede formularse como más, su grano, generalmente media por onza de manteca.

(4) Hay una tintura sinéctica y aún resolutiva, en la que hay misma cantidad de yodo, y á la que solamente añadimos una sexta cantidad de yoduro de potasio.—La cantidad no muy repetida, se perfunde para las ulceraciones de mal aspecto ó fétido escrofuloso.

(5) La pomada se compone de una dracma de yoduro de plomo, por onza de manteca.



duro de azufre se usa mucho como parasitocida, antiherpética, antiescrofulosa, etc., lo cual prueba que tiene varios modos de obrar, siendo indudable que es también resolutiva (1).

El eritema y la cicatriz pelagrosa desaparece pronto con las fricciones de esta pomada debilitada con cerato ó manteca. Las úlceras escrofulosas y leprosas se curan bien con la pomada del yoduro de azufre, y los tubérculos, de cualquier naturaleza que sean, detienen su evolución ulcerativa ó se resuelven con las unturas de la misma pomada.

La del yoduro potásico (uno, dos ó tres escrúpulos por onza de manteca), es más resolutiva, pero también más irritante; produce fácilmente erupciones artificiales y hace más exudativas las dermatosis húmedas; por lo que sólo puede usarse en las secas, papulosas, escamosas ó tuberculosas, y especialmente en la lepra.

3.º *Acido fénico ó carbólico.*—*Fenol de los Ingleses.*—Sin detenernos ahora en la notable acción resolutiva indirecta que el fenol tiene tomado interiormente, vamos á dar cuenta de su acción local, no ménos notable por cierto.

Aplicando una disolución alcohólica ó vinosa de ácido fénico sobre los tubérculos de la elefantiasis de los griegos en toques con un pincel, la piel infiltrada de la sustancia isarihética que los forma, se arruga y apegamina á los pocos dias, y aquellos se resuelven sin ulcerarse en parte y sin dejar cicatriz ó deformidad, como sucede en su poco probable y siempre lenta resolución espontánea.

Aplicando esta misma solución dos ó tres veces al día y en corta cantidad sobre las escamas del psoriasis, se adhieren éstas de un modo increíble á la piel tumefacta sobre la que descansan; pero á los quince ó veinte dias se desprenden en totalidad y caen de pronto, dejando el tegumento sin infarto y á veces sin coloración eritematosa.

En la viruela hemos sido los primeros que probamos el año de 1864, ante la Sociedad de los Hospitales y en la enfermería á los alumnos, que los toques repetidos con la solución fenicada en las pápulas ó en las vesículas iniciales de aquella enfermedad, hacen abortar los granos que no llegan á convertirse en pústulas; y que estos mismos toques sobre las pústulas ya formadas coagulan el líquido que contienen, calman la picazón, dan á las costras una consistencia que impide su crecimiento, estorban el contagio, detienen la fiebre supuratoria consecutiva, y quitan, mejor que el yodo y el mercurio, á esta terrible dolencia la gravedad de presente que casi siempre tiene y las reliquias ó señales indelebles que deja en su curso natural ó espontáneo.

Ensayos comparativos en un mismo enfermo, dando en unos puntos la tintura de yodo y en otros el ácido fénico, nos han enseñado que éste posee una virtud resolutiva mucho más ené-

gica y exenta de los inconvenientes de aquella, entre los cuales el mal olor y el color oscuro que dá á la piel, son de poca monta, comparados con las erisipelas flemonosas ó con las dermatitis ulcerosas extensas que ocasiona.

Nosotros hemos ensayado además el ácido fénico en todas las dermatosis, ya en locion, ya en toques, ya en pulverización, y nos atrevemos á decir que con él, con la breu, con la glicerina, y con el aceite de enebro, dominamos, sino todas, la mayor parte de las enfermedades de la piel.

En el eczema crónico, las pulverizaciones de agua alcohólico-fenicada (1), repetidas un par de veces al día y durante dos ó tres minutos, refrescan mucho el ardor de la parte enferma, calman la picazón, y al secarse, solidifican y adhieren las costras á la piel, que en pocos dias queda natural, si bien tardan aquellas algo más tiempo en desprenderse. Lo mismo sucede con las escrofulides exudativas, y en el lupus, en el impétigo herpético y en todas las dermatitis ulcerosas. La pulverización, si bien es más complicada que la locion, nos ha parecido mejor que ésta, no precisamente porque se gaste ménos, sino porque la lluvia de agua pulverizada penetra más en los intersticios de las costras, y aun por delatado de ellas, curtiendo la piel más brevemente.

Sería de desear que se generalizase este modo de aplicación de las sustancias líquidas medicamentosas en el tratamiento de las erupciones.

En todas las afecciones cutáneas de la cara, el ácido fénico diluido en mucha agua sirve bien para lavatorios, limpiando las furunciones ó empíenes, desengrasando la superficie de la piel y resolviendo los pequeños granos del acné rosacea, sebacea ó tuberculosa. En el uso externo del ácido fénico, no hemos tenido nunca motivos de arrepentimiento, sabiendo graduar su concentración segun la agudeza ó cronicidad del mal y segun su naturaleza. En el tumor canceroso ulcerado no hemos visto resultados; pero diluido en agua es útil como antiséptico para quitar el mal olor. En el epiteloma es más útil todavía; y auxiliado, como diremos luego, por el uso interno de la misma sustancia, es hoy una esperanza, que también conservamos para el escirto y para diversos neoplasmas benignos.

4.º *Breu.*—La breu en el tratamiento sintomático y aún específico, como veremos más tarde, de las afecciones cutáneas crónicas y subagudas, es el medicamento más precioso que poseemos, siendo de extrañar, al ver sus repetidos y ma-

(1) Segun la indicación que ha de llamarse y la cronicidad del mal, podemos media ó una dragma del yoduro de azufre por onza de manteca.

(1) La fórmula que usamos para los toques en la lepra ó en la viruela es la siguiente:—Fenol, una dragma; alcohol ó vino, una onza. Mielcelor.—Algunas veces debilitamos la mezcla con otra onza de agua.—La fórmula para locion en las erupciones herpéticas, en el lupus, en las ulceraciones de mal carácter, cuyo fondo se humedece y tiende al flegmoneo ó á la gangrena, es la siguiente:—Fenol, una dragma; alcohol, una onza; agua, ocho onzas.—Si el dolor ó la picazón son intensos, adicionamos medio scrúpulo de éter.—Esta misma fórmula, sin éter, es la que empleamos para la pulverización en los eczemas, en el impétigo y en todas las formas exudativas del herpetismo y de la escrofula, tanto cutáneas como mucosas.

ravillosos efectos, que nuestros prácticos la hayan tenido tan olvidada.

El agua, la pomada, y sobre todo la pomada de breva y glicerina, son las tres formas más usuales de su aplicación; pero en algunos casos hemos dado también la breva pura.

El agua de breva es muy útil para locionar las dermatosis crónicas, y como ayudante ó auxiliar de los otros modos de aplicación; pero donde se aprecian más las ventajas, es en las erupciones de las membranas mucosas ó de las aberturas naturales del cuerpo.

La pomada de breva y glicerina es casi nuestra panacea, el remedio más generalizado en nuestras enfermerías, y del que siempre vemos, manejado convenientemente, buenos y rápidos efectos.

Su indicación más precisa parece ser en el eczema y el impétigo de cualquier naturaleza que sean, pues lo mismo seca y desprende las costras, resolviendo la inflamación dérmica en los eczemas ó impétigos artificiales que acompañan á la sarna y siguen á las fricciones excitantes, que en los usagres ó acorras escrofulosos, y en los eczemas herpéticos, reumáticos y agudos ó pseudo-exantemáticos.

Además de esta predilección por las dermatosis exudativas, la pomada de breva y glicerina tiene también una acción muy especial sobre las dermatosis escamosas (psoriasis y pitiriasis) ó secas, haciendo saltar rápidamente las escamas y resolviendo el infarto cutáneo sobre el que descansan.

El aceite de enebro, que es el tónico que generalmente usamos contra el psoriasis, suele en ocasiones y por circunstancias desconocidas no dar pronto resultado, y en estos casos la pomada de breva y glicerina los da.

La pomada de breva pura ó sin glicerina es más activa, pero no puede usarse cuando hay síntomas inflamatorios algo graduados, y debe dejarse para cuando éstos no existan y la erupción ceda fácilmente ó con lentitud á las fricciones con la de la glicerina.

La breva pura, sin mezcla de manteca ni glicerina, no se usa generalmente, porque se adhiera á la piel de una manera tan tenaz cuando se seca, que es imposible separarla en muchos días. En varios casos de pitiriasis de la cabeza, en que la han dado equivocadamente en vez de la pomada, dejando sin tocar la especie de casquete que se forma, hemos visto curada la enfermedad cuando aquél espontáneamente se ha desprendido.

Para que todos los preparados de breva produzcan los efectos rápidos y felices que nosotros vemos, es preciso darlos sin miedo, en grandes cantidades, pero sin friccionar rudamente.

La parte enferma conviene que esté rodeada constantemente de una atmósfera de breva, hasta que la erupción se seque y y la breva sobre ella.

Para conseguirlo aconsejamos á los enfermos:

1.º Que extiendan grandes capas de la pomada sobre la dermatosis con una espátula ó cuchillo de papel, y

2.º Que conserven muchos días el mismo lienzo con que se cubran la parte, porque sino los lienzos se llevan la pomada, que debe conservar la enfermedad toda para sí. Forrando el trapo manchado de breva con hule de seda ó con otros lienzos más limpios, se evita en lo posible la suciedad y se consigue el objeto que buscamos.

Cuando ya la erupción no supure ó exude nada, deben suprimirse los lienzos, dejar que la breva al aire libre se seque sobre el sitio enfermo, y esperar á que se desprenda ella sola, mejor que con lociones ó baños.

De esta manera, nos encontramos á su desprendimiento la piel tan fina, sana y de buen color como ántes de la enfermedad. Uno de los consuelos grandes que recibe el enfermo con este remedio, es la calma del prurito y la disminución rápida de la exudación, mejoría que ya le dá ánimo para continuar el uso de un remedio que no hace bien y que ensucia y mancha de negro la piel, los trapos y todo lo que toca, inconvenientes que no pueden corregirse y que sólo sus prodigiosos efectos pueden hacer tolerables.

En el acné, en los tubérculos, en las úlceras y en los fomiculocitos las preparaciones de breva son perjudiciales, porque aumentan la inflamación y favorecen la erisipela simple ó flemonosa.

Son inútiles, por no decir perjudiciales, en las sífilides ulcerosas y resolutivas, que se estacionan con ellas, al paso que las vemos mejorar rápidamente con las preparaciones yododermáticas.

En el prurigo de las regiones pudendas externas, la pomada de breva sienta bien, dándola de tarde en tarde, es decir, cada dos ó tres días, porque si se dá á menudo, como el enfermo se llena de arañazos, puede dar lugar á erisipelas ó flemones.

5.º *Acetate de enebro ó mirra.* Los pastores usan mucho la mirra para curar la roña de las ovejas, y excusamos decir que con la palabra roña confunden ellos muchas afecciones cutáneas diferentes, aunque sean casi siempre parasitarias.

Esta sustancia tiene como la breva su especialización, siendo á las *acrofolides*, lo que la breva á las *herpétides*; pero puede emplearse y se emplea con éxito en diferentes dermatosis, y particularmente en las escamosas, en las parasitarias y pustulo-crustáceas, cualquiera que sea su causa ó naturaleza.

Los parásitos, tanto animales como vegetales, mueren pronto al contacto de este aceite piragenado: las costras húmedas consecutivas á las pústulas psiltraciadas se secan y desprenden á los pocos días; y las escamas, por gruesas y adherentes que sean, se despegan y saltan á las pocas fricciones, concluyendo también con el infarto crónico sobre el que se hallan, si, después de curadas, se insiste en el tratamiento.

El aceite de enebro, es por esto el gran remedio del psoriasis, bastando él sólo, sin la ayuda de los arsenicales ó de



otros medicamentos de uso interno, para hacerle desaparecer; es uno de los mejores tópicos, ó tal vez el mejor de los recomendados para el lupus, y aplicándolo bien y pronto puede curar sin epilación la tña tonsurante (1). La acción de la miera es análoga á la de la brea pura, resolutive, secante, curtiende de la piel, y algo excitante, por lo que no puede emplearse cuando hay fenómenos inflamatorios agudos; pero obsérvese de notable en ella, que es más excitante mezclando ó debilitando el aceite con manteca ó glicerina, que cuando se le aplica puro. En el primer caso dan lugar las fricciones á una erupción pustulosa ó acnéica, que rara vez se presenta en el segundo. El modo de aplicar el aceite de enebro es muy sencillo. Nosotros le damos con un pincel sobre las úlceras ó sobre las dermatosis exudativas, una ó dos veces al día al principio, y cada dos ó tres días más tarde cuando el mal declina; pero en el tratamiento del psoriasis, mandamos darle en fricciones rudas sobre las escamas, mediante una muñequita de hilas ó de algodón en rama. En el eczema crónico y poco exudativo, la miera es más eficaz que la brea, y no es preciso dárla sino cada dos ó tres días. En los eczemas localizados del escroto, de las mamas ó de los dedos, hemos visto en ella muy buenos resultados. En el liquen crónico y en el prurigo suele bastar tocar cada grano con la punta del pincel para que se calme un picor que ha sido refractario á otros calmantes. Los saluones y los eritemas todos de los escrofulosos ceden pronto á las unturas del aceite de enebro, y se calma en los primeros el picor lo mismo que con la trementina. El usage de los niños se cura en pocos días con cataplasmas de harina de arroz para dejar caer las costras y calmar la inflamación, y con toques de este aceite alternativamente.

En general, podemos decir, para no seguir citando una á una numerosas enfermedades de la piel, que en toda la que sea rebelde y se hayan ensayado sin fruto para su curación los demás recursos resolutivos directos, debe recomendarse la miera con alguna esperanza.

6.º *Acete ruso ó de abedul.* Este aceite, llamado de piel de Rusia por su olor, ó mejor dicho, porque es el que dá el olor á los curtidos de Rusia, no se usa en España ni en Francia; pero se recomienda mucho en Alemania para llenar las mismas indicaciones que el de enebro y usándolo del mismo modo.

En España, que tiene provincias en que el abedul abunda

mucho, sería fácil destilarlo en grandes cantidades y empezar una industria de seguros resultados, pues por su olor agradable, la Medicina le preferiría á los demás aceites pirogenados, y el arte de curtir lo emplearía si llegase á tener la baratura necesaria, de preferencia á todo lo que hoy usa, ó para auxiliarlo y mejorarlo.

7.º *Bencina.* La bencina se recomienda como sustitutivo del aceite de enebro en el tratamiento del psoriasis; pero nosotros hemos visto muy pocos resultados de su administración ó aplicación. Disuelve las grasas, y por lo tanto, limpia la piel de su secreción sebácea, siendo esta propiedad la que puede recomendarla en los *acnes sebáceos* y en la *seborrea*; pero en la disolución de las escamas es tan lenta ó más que la simple manteca, y como medio resolutive del infarto ó inflamación crónica del dérmis, su acción es tan débil y dudosa que, dicho sea en verdad, no hemos tenido ánimo para ensayarla todo lo que fuera de desear, por lo penetrante de su olor y el uso vulgar á que se destina.

8.º *Acete de petróleo.* Más bien se ha usado como parasitocida en la sarna, según diremos más adelante, que como resolutive. Lo mismo que la bencina, su volatilidad puede ser causa de su poca acción, y el mal olor que dá y los usos á que se destina vulgarmente, le han relegado á un olvido probablemente merecido.

9.º *Trementina.* Esta sustancia, á pesar de su volatilidad, es sin embargo el resolutive más eficaz de los saluones y de otras afecciones asténicas ó escrofulosas de la piel. Su acción es ó debe ser excitante, y á la par secante ó curtiende, y sus rápidos y buenos efectos en las dermatosis citadas deben animar á los prácticos para ensayarla en enfermedades análogas, extendiendo así el horizonte de sus aplicaciones terapéuticas.

10.º *Cresotato.* Esta sustancia, que por lo desinfectante y parasitocida ocupa hoy un lugar de importancia en la terapéutica, sólo se ha empleado como resolutive en los cánceres y epitelomas. En éstos, con las lociones de la disolución acnosa cresotada, hemos visto estacionarse el mal algunas veces; pero es preciso ensayarla en grande escala hasta dar con el quíl, que en terapéutica es el modo de administración. Es probable que tengamos entre manos un remedio seguro para el cáncer, pero ignorando su modo de administración, como si no lo tuviéramos (1). También es conveniente, en virtud de su semejanza con el ácido fólico, ensayarla en

(1) La miera se aplica en las otras tñas después de la epilación como parasitocida, y antes de la epilación como calmante del dolor que la ablación del pelo produce. El primer efecto es positivo, el segundo es dudoso.

Las unturas no pueden darse teniendo el pelo cierta longitud, porque la agitación y la entrada de un nuevo, que forma con él una masa imposible de limpiar, á no ser á tijera, y tan inoperante y silenciosa que sólo sirve para confundir al estado de la enfermedad.

El alcohol disuelve á la miera, y se podría usar con precauciones para destruir el pelo, si no fuera conveniente cortarlo.

(1) Al cabo de los años que se usaba el brente de petróleo, nadie ponía la aza en él un remedio seguro contra la epilepsia, enfermedad considerada por insuperable hasta hace poco. ¿Quién sabe si con la creosota ó el ácido fólico, empleados de cierta modo hay iguales, conseguimos remedio al cáncer inoperable ó al epiteloma creosotado? El hecho de que el brente de petróleo á corta dosis empiece la epilepsia y á dosis muy elevadas puede curarla, debe animarnos á ciertos ensayos para ver si es posible llevar á la humanidad de esas aberraciones nutritivas que constituyen los neoplasmas malignos contra los cuales, ni el bismuto ni bastan.

otras dermatosis menos graves, y contra las cuales puede ejercer mejor sus eficaces virtudes terapéuticas.

11. *Acido pierico*. Este ácido debe colocarse por su composicion al lado del fénico y de la creosota. Algunas veces le hemos empleado en solucion alcohólica (draena por onza), y podemos dar fe de su eficacia en las dermatosis exudativas (excepto el pénfigo crónico); pero el color anarillo que dá á la piel, es un inconveniente que no aceptan muchos enfermos de buen grado.

Debe, sin embargo, ensayarse en soluciones ténues para locion y en soluciones más graduadas para toques con un pincel en los eczemas herpéticos, escrofulosos y reumáticos, y extender despues la experimentacion á otras dermatosis.

12. *Alcanfor*. La pomada alcanforada es un buen tópic resolutive y secante de las dermatosis exudativas. Sin ser tan activa como la de brea, ni como la de precipitado blanco, calma la picazon más pronto, y mezclándose en partes iguales con la segunda, conseguimos un tópico excelente por la rapidez de sus efectos. Diez, veinte ó treinta granos de alcanfor por onza de manteca, constituyen las fórmulas más usadas.

En los eczemas é impétigos de la cara ó de los órganos sexuales, como en todas las dermatosis exudativas no debe friccionarse con la pomada, sino extenderla en capas sobre la erupcion; pero en el liquen y pénfigo crónicos, en el pitiriasis y psoriasis punctata, debemos frotar la parte enferma, sino con mucha fuerza, por lo ménos con la mano y suavemente hasta extinguir la pomada.

13. *Cloroforno*. El cloroforno obra de varios modos en la piel, ya disolviendo la secrecion sebácea y la epidérmica ó furfurácea, ya calmando la picazon por sus propiedades anestésicas, ya en fin, refrescando, por su rápida volatilizacion, la parte enferma.

El cloroforno gelatinizado del formulario de los hospitales de Madrid, es el mejor medio de aplicar esta sustancia, que en pomada ó glicerolada pierde mucho de sus virtudes.

Lo mismo que el éter y el alcohol coagula el cloroforno las exudaciones albuminosas y cauteriza las escoriaciones del dérmis, por lo que no debe usarse si son muchas ó si hay fenómenos inflamatorios; pero en el liquen, en el prurigo y en los eczemas secos ó poco exudativos, dá buenos resultados.

14. *Colodion*.—El colodion simple ó mezclado con glicerina, con aceite de croton ó de ricino (colodion elástico) se ha recomendado mucho para combatir el eczema y el liquen crónico; pero á pesar de que con él se preserva del aire el sitio enfermo, hemos visto pocos resultados con su aplicacion (1).

15. *Cicuta*.—La cicuta se usa exteriormente en pomada, en emplastro, en polvo, en cataplasma, en solucion alcohó-

lica para curas, ó en cocimiento para lociones. —La pomada de cicuta de la farmacopea se recomienda como resolutive de los infartos glandulares ó celulares que acompañan á las escrofulides y de los tubérculos del lupus, de la lepra, del epiteloma y del cáncer. El emplastro que parece algo más activo, se usa en los mismos casos. El polvo de cicuta suele ser muy útil en las úlceras canceriformes, cubriendo con él toda la superficie y rellenando bien los huecos dos veces al día. Puede tambien usarse con éxito en las úlceras fungosas ó atónicas de las piernas y en las de las membranas mucosas de los órganos sexuales. Las cataplasmas del polvo de cicuta son el preparado que más puede prescribirse en las dermatosis, no sólo tuberculosas y fibro-plásticas ó neo-plásticas, sino en las exudativas, porque desprende las costras y obra despues, sin irritar, sobre las escoriaciones ó demudaciones del dérmis, resolviendo su inflamacion. Las lociones con el cocimiento obran, aunque en menor escala, del mismo modo; pero las curas con el alcoholaturo, ya excitan demasiado y circunscriben su indicacion á los infartos, á las ulceraciones atónicas de la escrófula ó de la lepra de los griegos ó de los árabes. La accion resolutive de la cicuta es escasa usada como tópico; pero es muy notable tomada al interior y con cierto método, como veremos al ocuparnos de los resolutivos indirectos.

16. *Alumbre*.—El sulfato de alúmina y potasa es un resolutive poderoso, cuya aplicacion más usual es en las afecciones de las membranas mucosas ó de las aberturas naturales; pero que en las dermatosis puede prestar algunos servicios, y los presta en realidad, calmando la picazon y disminuyendo la exudacion por sus propiedades astringentes. Se prescribe en lociones disueltas en agua (uno ó dos escrúpulos por libra) ó en polvo, mezclado con el almidon (draena por onza). El alumbre calcinado se emplea en las úlceras fungosas y atónicas, sean ó no escrofulosas ó venéreas, y en otras circunstancias de que se ocupa con más detenimiento la patologia quirúrgica.

17. *Tannino*.—El ácido tánico, como todo curtiente, es un remedio útil en el tratamiento de las dermatosis crónicas: se usa como el alumbre, disuelto en agua ó mezclado con el almidon y á las mismas dosis, en los eczemas, pitiriasis y afecciones de la cara; pero la fórmula más conveniente es la que ponemos á continuacion:

Glicerolada de almidon..... Una onza.

Tannino finamente pulverizado..... Un escrúpulo.

Mézclase para natura doble ó triple á la erupcion.

En el prurigo y en el liquen crónicos, sean herpéticos ó reumáticos, sienta admirablemente esta pomada, que tambien sirve para la curacion de ciertas úlceras de mal carácter.

18. *Preparados de zinc*.—El óxido y el sulfato son los que únicamente se prescriben. El primero es de mucha utilidad como astringente y resolutive en las dermatosis exudati-

(1) El colodion se aplica, ya vertiéndolo con el utero franco sobre la parte que quiere cubrirse, lo que es conveiente hacer bien por el hábito, ó ya por toques sucesivos con un pincel.



vas, y además en la pitiriasis, en el acné y en la mentagra simple ó no parasitaria. Comumente se prescribe en polvo mezclado con almidón (draema por onza) ó en pomada (draema por onza de manteca), pero nosotros preferimos que los mismos enfermos hagan con agua una masa y se la apliquen dos ó tres veces al día sobre cada grano, dejándola secar al aire libre (1).

El sulfato de zinc es ligeramente astringente, y aunque se manda raras veces, puede prescribirse (dos ó cuatro granos por onza de agua) para lociones en el eczema crónico, en los herpes nasales, labiales, vulvares, etc.

19. *Preparados de plomo*.—El subacetato de plomo líquido ó extracto de Saturno, cuando se da en toques con un pincel sobre los acnes tuberculosos y muy crónicos, los excita por el pronto, pero de esta agudeza artificial resulta luego mayor facilidad para su desaparición. En el acné rosácea, en la caparrosa (comprobase de los franceses), y en fin, en todas las especies de acnes cuya cronicidad no sea excesiva, sienta mejor que el extracto de Saturno puro, el diluido, formando el agua vegetal mineral, á mayor ó menor grado de concentración.

Comumente ponemos desde un diez á un cincuenta por ciento del acetato líquido, pero á menos de un diez por ciento se recomienda para lavarse toda la cara, con visibles resultados.

Este preparado de plomo, mezclado con manteca ó cerato, forma la pomada de Saturno, muy conocida y usada por el vulgo en nuestro país para curar los herpes labiales y nasales que aparecen como crisis de las fiebres benignas, continuas ó intermitentes, y para todos los eczemas y pitiriasis de poca extensión ó importancia.

Todos los ungüentos de plomo de nuestra farmacopea (el rojo, el negro, el pardo y el blanco de albayalde ó de Rhasis) son secantes ó astringentes, y pueden usarse, no sólo en las escoriaciones, fisuras y úlceras, pasado el periodo inflamatorio agudo, sino en las dermatosis húmedas, para detener la exudación ó supuración ó impedir la formación de las costras; pero tienen el inconveniente de ennegrecerse con el hidrógeno sulfurado, y dar á las partes un color que repugna ó asusta á los enfermos.

Las cataplasmas resolutivas, compuestas de miga de pan y agua vegetal mineral, se recomiendan para los infartos ganglionares que acompañan á las dermatosis ó á las úlceras venéreas, sífilíticas, etc.

20. *Bismuto*.—El magisterio ó subnitrato de bismuto en

polvo fino y mezclado en partes iguales con el almidón, es una de las sustancias pulverulentas resolutivas más usadas en la terapéutica dermatológica. Cuando las dermatosis húmedas, en su periodo de estado ó en el de declinación, tardan en desaparecer y no ceden á las aplicaciones de polvos de almidón, esta mezcla (lo mismo que las del tannino y óxido de zinc) acelera la resolución de la inflamación cutánea y la curación de los eczemas simples ó impetiginosos agudos, artificiales ó diatésicos.

21. *Preparados de plata*.—El nitrato argentino fundido es un cáustico, y como tal debemos estudiarle en la medicación perturbadora; pero disuelto en el agua, es uno de los agentes más útiles y poderosos de la medicación resolutiva. Las soluciones que generalmente se emplean son débiles (dos á cuatro granos por onza de agua destilada), bien sea para loción ó inyección si la afección cutánea se propaga á las mucosas de la vagina, uretra, etc., bien sea para toques con un pincel si está muy circunscrita ó limitada á puntos pequeños y diseminados del tegumento.

El inconveniente de ennegrecer los lienzos y la piel sana que toque, es demasiado insignificante al lado de las ventajas que puede reportarnos. Las úlceras consecutivas á las escrofúldes, á las sífilides, á la pístula venérea, y en general á todas las dermatosis ulcerosas, se reparan y cicatrizan con la cura de hilas empapadas en soluciones argentícas más ó menos graduadas, según la necesidad, mejor que con cualquiera otro tóxico, incluso muchos de las medicaciones específicas.

Las erupciones eczematosas ó acnéicas que se hacen rebeldes á los demás medios recomendados, suelen ceder al nitrato de plata, encontrándonos, al caer la escara negruzca del epidermis, curada la enfermedad y sana la piel. Algunos pénfigos crónicos que á todo se resisten, se mejoran con las soluciones argentícas concentradas, y los tubérculos sífilíticos, escrofúlosos, ó fístulo-plásticos, detienen muchas veces su evolución ulcerativa con ellas, tan bien ó mejor que con la pomada de yoduro mercurioso.

El inconveniente referido de ennegrecer el epidermis hace que limitemos su uso á las dermatosis circunscritas, porque en las generalizadas sería de mucho peor efecto y hasta cierto punto inútil, habiendo como hay otros recursos terapéuticos.

El nitrato de plata en disolución es la sustancia que más pronto determina la formación del epidermis que ha de recubrir las úlceras ó escoriaciones del dermis, acelerando por consiguiente mucho su completa cicatrización; pero es preciso advertir: primero, que las hilas se empujan con mucha dificultad en este líquido; y segundo, que se adhieren mucho á las úlceras y si se quitan á la fuerza, de prisa y sin las precauciones necesarias, podemos romper el epidermis ya formado.

22. *Preparados de cobre*.—El cardenillo y la piedra azul ó sulfato de cobre, son los únicos que, aunque rara vez, se or-

(1) *Olivicina* ó *glícerolado* de almidón..... Una onza.  
Óxido de zinc..... Una draema.  
Mucilago.

Esta fórmula es mucho mejor y más activa que las mencionadas, y debe preferirse á la pomada y al polvo, en competencia con la masa acuosa arriba indicada.

denan, más por el vulgo que por los médicos, en el tratamiento de las dermatosis. El cardenillo lo emplean los curanderos como cáustico en ciertas úlceras, y el sulfato de cobre es de un uso muy frecuente en las afecciones de las mucosas; pero el escozor que en la piel produce aumenta por lo común la inflamación, y debe darse la preferencia á cualquier otro astringente ó resolutivo.

23. *Preparados de hierro.*—El sulfato ferroso y el cloruro ferrico tienen aplicaciones de importancia, pues ambos son poderosos astringentes. El sulfato ferroso en pomada (de seis granos á media dracma por onza de manteca), se ha recomendado por Velpau contra la crisipela; y por Devergie para diferentes dermatosis exudativas. Detiene tan pronto la exudación, cuando la fórmula es concentrada, que á veces es peligroso y puede aumentar la inflamación circunyacente, pero principiando por la pomada más débil, que se va gradualmente concentrando, se ven resultados en los eczemas y líquenes crónicos, en el pénfigo y en algunas escrofulas ulcerosas ó exudativas.

El percloruro en disolución acuosa está muy indicado en las dermatosis ulcerosas hemorrágicas, ó escorbútilas, en las escrofulas malignas y en las reumátides, cuya tendencia á la hemorragia ó á la varicosidad es de todos conocida.

Aunque hay una que llaman disolución normal de cloruro ferrico, nosotros la formulamos, según las exigencias del mal, desde medio escrúpulo por onza de agua, hasta las aplicaciones del percloruro sólido. Se nos figura que éstas favorecen la gangrena, en vez de contenerla, y por de pronto, combinándose con la albúmina de los tejidos descubiertos, dan lugar á una escara desigual, deforme, oscura y putrilaginosa, que sólo mezclando el cáustico con alumbre es como se modifica ligeramente. Las lociones con las diferentes soluciones á diverso grado de concentración, según los casos, son útiles en todas las dermatosis exudativas; pero la verdad es que se usan poco.

24. *Alcalinos.*—Para concluir con esta larga enumeración de los remedios resolutivos directos, diremos algo de las pomadas y lociones alcalinas con los subcarbonatos de sosa y de potasa, que son las que más se ordenan en la práctica.

La pomada de estos carbonatos, compuesta de una dracma por onza de manteca, llena varias indicaciones á la vez; calma el picor, desprende las costras y obra como un ligero catérctico sobre la superficie eruenta, que suele cicatrizar rápidamente tratándose de eczemas crónicos ó subagudos, ya hérpéticos, ya escrofulos benignos; pero donde más se echa de ver su acción resolutiva y calmante es en el líquen y en el prurigo, cuyas pápulas ceden mejor á este remedio que á otro alguno cuando la erupción es generalizada.

Las lociones se hacen con disoluciones más ó menos graduadas de dichos carbonatos (desde media á una y á dos dracmas por libra de agua), y se emplean solamente en los

prúrigos localizados para calmar la picazón y ayudar la acción resolutiva de otros agotes más enérgicos.

*Resolutivos directos generales.*—Los resolutivos directos que llamamos generales son los baños templados, frescos ó calientes, ya de agua dulce, ya de agua mineral natural ó artificial.

Como en artículo separado nos hemos de ocupar de los efectos de los baños de mar, de río ó de tina, según su temperatura y demás condiciones; como el estudio de las aguas minerales de España, con relación al tratamiento de las dermatosis nos ha de ocupar también especialmente, sólo hablaremos aquí de los baños medicinales artificiales de que echamos mano con el mismo objeto.

Los baños medicinales artificiales se preparan con cocimientos de ciertas plantas, como la cicuta, las hojas de nogal y yerbas aromáticas, etc., ó adicionando al agua dulce cantidades que marcaremos, de ciertas sustancias, como el sublimado, el alumbre, los carbonatos alcalinos y los yoduros, cloruros, bromuros y sulfuros, también alcalinos, (de sódio de calcio ó de potasio).

Los baños de cocimiento de cicuta ó de hojas de nogal no se usan sino raras veces, pero los aromáticos en cambio, se prescriben hasta por el vulgo para muchas cosas, entre las cuales deben contarse las dermatosis muy crónicas y secas, sobre todo si son reumáticas ó coinciden con el reumatismo.

Los baños de sublimado son los más eficaces entre los resolutivos. Se componen añadiendo al agua del baño, que es preciso tomar en tina de mármol, una, dos, tres, cuatro y más dracmas del cloruro mercurico previamente disuelto en alcohol y agua. No puede recomendarse este remedio sino en las dermatosis secas ó en el periodo de declinación de las húmedas cuando ya no hay erosiones del dermis, que podrían dar lugar á una absorción rápida del sublimado, á no ser que se trate de afecciones sífilíticas, en cuyo caso forma parte de la medicación específica que nos ocupará más tarde.

Los baños de alumbre (media á una libra para cada uno), son muy útiles también en las dermatosis secas papulosas ó pruriginosas, en las poco exudativas, y en el periodo de declinación de muchas otras cuando se hace demasiado lento.

Más usados que los anteriores y de efectos más positivos, son los baños alcalinos compuestos con una, dos, tres ó cuatro onzas del subcarbonato de potasa ó de sosa.

En el prurigo son ciertamente los baños que más convienen, porque calman la picazón y resuelven las pápulas en poco tiempo; pero pueden usarse con ventaja en todas las dermatosis reumáticas y en los eczemas secos, en el pitiriasis y psoriasis, de cualquier naturaleza que sean.

Los baños de yoduro y de bromuro potásico son muy resolutivos; pero pueden ser nocivos por la absorción y por la excitación cutánea que producen, si se ponen aquellos cuerpos en mucha cantidad. Lo común por eso, es ponerlos en poca



cantidad y mezclados con otras sales formando baños salinos compuestos de gran resultado terapéutico (1).

Los cloruros y especialmente el sódico por su baratura y eficacia se prescriben mucho en baño (poniendo en cada uno de dos á nueve libras), para resolver las escrófulas, los infartos ganglionares crónicos y las hipertrofias cutáneas, para cicatrizar úlceras atónicas, fúngicas ó epiteliales modernas, y para excitar, haciéndolos muy concentrados, eczemas y otras dermatosis muy crónicas y refractarias á otros tópicos enérgicos.

El agua salada es un poderoso cicatrizante, deja caer ó desprende las costras, castrando las denudaciones del dérmis con rapidez, y curando, por consiguiente afecciones cutáneas, que de otro modo se eternizan.

Las aguas sulfurosas artificiales son excitantes y resolutivas; se forman generalmente poniendo una, dos ó tres onzas del quini-sulfuro potásico ó bigado de azufre para cada baño y la mitad del sulfuro sódico ó cálcico. Puede decirse que son las únicas que se prescriben por los prácticos españoles, habiendo una fórmula del doctor farmacéutico Bañares, que está muy admitida por la generalidad. Estos baños dejan, como los anteriores, caer las costras, y obran como catécticos, pero no como específicos (2) sobre la piel enferma ó sobre las lesiones de la misma. Los prescribimos mucho en el psoriasis, en la lepra, en los eczemas impetiginosos subagudos ó pseudo-exantemáticos, en las escrófulas benignas, en el lupus, en las sífilides terciarias, y en todas las afecciones muy crónicas, tenaces y rebeldes, como en las herpéticas en las que, por la exacerbación inútil que producen, ménos las usamos.

Los baños compuestos ó mixtos, simulando por su composición la de las aguas minerales, son, bien manejados, un recurso más útil que los anteriores. En ellos podemos mezclar los cloruros, los sulfuros, los sulfatos y carbonatos alcalinos ó los cloruros, bromuros y yoduros, haciendo con la mezcla baños artificiales más eficaces que los minerales naturales (3). Estas fórmulas mixtas pueden variar al infinito; pero teniendo puntos de comparación es fácil al médico inventarlas sin recurrir á formularios. Sería conveniente, sin embargo, que alguno publicase una especie de tabla para hacer artificial-

mente las aguas de nuestros principales establecimientos balnearios.

*Resolutivos indirectos.*—Aunque hay resolutivos indirectos que se aplican ó que se usan como tópicos ó remedios locales á las proximidades del sitio afecto, pertenecen más bien á la medicación revulsiva ó perturbadora; por lo que sólo nos ocuparemos aquí de los medicamentos de uso interno que tienen una acción general resolutive sobre las dermatosis y sobre las afecciones que las acompañan en los ganglios, en el tejido celular, mucoso, etc.

Los preparados de mercurio y de yodo, los alcalinos, la cicuta y el ácido fénico deben colocarse en primer lugar, como de acción más general, y el azufre y el arsénico en segundo, porque su acción es más especial ó limitada á menor número de dermatosis, en las cuales sin embargo, y especialmente el último, obran como agentes de la medicación específica. También los preparados de mercurio y de yodo tienen su sitio preferente en las medicaciones anti-sifilíticas y anti-escrofulosas; pero obran como resolutivos en otras afecciones puramente locales ó dependientes de ciertas diátesis, como la que debe determinar la elefantiasis de los árabes, la hipertrofia parcial cutánea y otras.

El sublimado ó deuto-cloruro de mercurio en disolución acuosa ó en píldoras á la dosis de un décimo de grano dos ó tres veces al día, el biyoduro á la de un vigésimo, y el protoyoduro á la de medio grano, son excelentes remedios, no sólo para las afecciones sifilíticas, sino para ciertos ácnés tuberculosos de la cara y del cuerpo, para la predisposición foruncular, para las elefantiasis ó hipertrofias, y para ciertos eczemas y psoriasis muy crónicos y refractarios á los arsenicales, á los baños, etc.

El yodo y los yoduros de potasio, de hierro y de azufre son en dermatología más importantes y de un uso más frecuente que el sublimado y los mercuriales. El yodo en tintura, administrado con vino á las comidas y á la dosis de medio escrópulo dos veces al día, aumentando gradualmente hasta una dracma, es el medicamento que mejores resultados nos ha producido en la lepra de los griegos, en la elefantiasis de los árabes, en ciertas escrófulas graves y ulcerosas, sobre todo en las que van precedidas de tumores fibro-plásticos, en las artritis ó reumátides que acompañan al reumatismo nodoso, y en los infartos cutáneos ó hipertrofias parciales del dérmis. Si la acción local de la tintura de yodo sobre los infartos poliganglionares de la escrófula, de la lepra ó de la sífilis es muy notable, es mayor ayudándola con el uso interno de la misma sustancia, y viceversa si la acción resolutive indirecta es visible para todas las afecciones cutáneas, ganglionares y aún profundas de estas tres enfermedades constitucionales, la acción tópica ó directa de la tintura de yodo, la sirve de un auxiliar poderoso.

El yoduro potásico es un medicamento del que se abusa

(1) Generalmente ponemos media onza de cada uno de ellos para un baño, cuando se pesan los dos solos, y ménos si se compone el baño con los alcalinos ó sulfuros de que en otros puntos hablamos.

(2) El azufre, á pesar de lo que se ha creído, no es el mejor de los anti-herpéticos, sirve más en las escrófulas, en las dermatitis leprosas y en las pseudo-exantemáticas rebeldes, que en las herpéticas, en las que son incomparablemente mejores los baños de agua sulfurosas ó los sulfuros y alcalinos.

(3) Vemos algunas fórmulas que usamos con buen resultado: cloruro sódico, tres ó cuatro libras; quini-sulfuro potásico, media onza; yoduro potásico, tres dracmas. Disuélvanse directamente en el agua del baño de mineral.

Otra. Sulfato de magnesia y sulfato de sosa, de cada cosa tres libras; cloruro sódico, dos libras; carbonato de potasio, una onza, 14, 16.

Otra simulando el agua de mar. Cloruro sódico, seis ó ocho libras; yoduro potásico y bromuro potásico, de cada cosa dos dracmas, 14, 16.

Para prescribir como resolutivos estos baños, es preciso que no haya inflamación aguda de ningún género, sino por el contrario, que la dermatosis ó la diéresis sean atónicas, por la excitación que producen. Las aguas sulfurosas de Bañares, y otras de los formularios, pueden var los que quitan en ellos, se muda de composición.

prescribiéndole demasiado; pero es indudablemente útil; no solo en la sífilis terciaria cutánea ó profunda, sino en la escrófula cutánea ó ganglionar, en la lepra, y sobre todo en las afecciones reumáticas acompañadas de prurigo ó de otras reumáticas más ó menos fijas y graves, como el eritema nudoso, el eczema de los genitales, etc.

En las afecciones sífilíticas las dosis deben ser grandes (de dos escrúpulos á dos dracmas al día); pero en las escrófulosas, leprosas y reumáticas, nunca debe pasarse de un escrúpulo al día.

Los yoduros de hierro y de azufre tienen su precisa colocación en la medicación anti-escrófulosa para el tratamiento de las escrófulas benignas; pero también se usan como tónicos generales y resolutivos en otras dermatosis, y principalmente en la lepra y pelagra, en los eczemas y pitiriasis herpéticos, que recae en sujetos débiles ó debilitados por causas accidentales y en los pénfigos y líquenes crónicos de la mujer ó de los niños, cuyo temperamento es casi siempre linfático.

Los alcalinos al interior, bien solos ó ayudados por los baños también alcalinos, son remedio heroico para cierta clase de dermatosis, para las reumáticas; pero su uso es además ventajoso y llena como resolutivo indicaciones sintomáticas en el prurigo herpético crónico, en el líquen de la misma índole, en la urticaria, en la lepra y en algunas otras afecciones cutáneas.

El preparado que generalmente se usa es el bicarbonato de sosa, á la dosis de medio á un escrúpulo, repetido cuatro, seis ó más veces al día. En las reumáticas puede haber necesidad de dar media onza ó más al día y durante bastante tiempo para conseguir la curación ó el alivio del padecimiento.

Llegamos por fin á la cicuta y al ácido fénico, medicamentos resolutivos poderosos, sabiéndolos manejar, y de todo punto inútiles, cuando el que los emplea no sabe hacerlos ó tiene miedo.

La cicuta se ha empleado como resolutivo desde tiempo inmemorial, se ha tenido y se tiene por un veneno activísimo, y los médicos, acordándose sin duda de la muerte del Gran Filósofo, la prescriben á pequeñas dosis, llegando cuando más á dar cuatro ó seis granos diarios del extracto en varias veces. Debese á un dignísimo predecesor nuestro en el Hospital de San Juan de Dios, la fórmula para hacer activísima á la par que inocente la administración del extracto de cicuta.

El Sr. D. Aguedo Pinilla, hará tal vez más de veinte años que generalizó en su práctica especial y en el Hospital de San Juan de Dios el tratamiento de la orquitis y de los bultos venéreos por las dosis altas del extracto de cicuta, probando que el veneno de Sócrates no debió tener la forma de extracto por lo menos, y que pueden darse sin inconveniente dos y tres dracmas al día de dicha sustancia en dos dosis.

A pesar de ser conocido de muchos este modo de adminis-

tración de la cicuta, el miedo ha podido más que la observación de los hechos, y no faltan profesores eminentes que se asustan aún al oír hablar de semejante método terapéutico.

Todos mis actuales colegas del Hospital han comprobado con nosotros la posibilidad y la inocencia de la administración de dos y más dracmas del extracto de cicuta durante un mes seguido, y no es de extrañar que animados por esta circunstancia, hayamos usado la cicuta, ya en pequeñas, ya en altas dosis, en varias afecciones cutáneas, buscando su poderosa acción resolutiva general.

Salvo la eficacia positiva sobre los infartos ganglionares que acompañan á las dermatosis, su acción sobre éstas se halla limitada á corto número, y son las escrófulas benignas, las afecciones tuberculosas de cualquier naturaleza que sean, y las hipertrofias é infartos cutáneos crónicos, simples ó elefantásicos, ó consecutivos á dermatosis crónicas herpéticas.

El ácido fénico se administra al interior en píldoras de á dos granos mezclado con el extracto y los polvos de regaliz, para evitar en lo posible que su acción local se ejerza sobre las mucosas de la boca, de las fauces y del estómago, y bebiendo, cuando se toma, bastante cantidad de agua, para que bien disuelto al llegar al estómago, se absorba con rapidez y sin descomponerse, lo que sucedería si se diese á las comidas. —Mezclado con los alimentos favorece la digestión, pero tomándolo cuando el estómago se halla libre de ellos, su acción es muy notable. Excita rápidamente el apetito, aumenta pronto por esta circunstancia la nutrición, acelera la circulación y la respiración, y favoreciendo por este movimiento funcional generalizado la absorción intersticial, obra no sólo como tónico, sino como resolutivo poderoso é inocente. Nosotros que empezamos á darle á la dosis de seis granos dos veces al día, aumentamos dos píldoras ó sea cuatro granos cada día hasta que el enfermo tome dos escrúpulos en las veinticuatro horas. A mayor dosis, si el uso es muy continuado, dá lugar á diarreas y á entorpecimiento de la sensibilidad y de las funciones del tubo intestinal que en menos cantidad activa; pero suspendiéndolo quince ó veinte días puede después repetirse sin inconveniente (1).

(1) No es fácil deducir de la acción fisiológica del ácido fénico sus numerosas virtudes terapéuticas. Sabemos, sin embargo, que cuando la albúmina y todas las sustancias proteícas de la sangre, y tal vez á esta circunstancia se debe, si llega con aquélla al interior de los tumores, el entorpecimiento y reducción de tamaño que se manifiesta entre otras cosas. Vemos que, aplicándose repetidas veces sobre la piel, hace cesar la sensibilidad general y local, y tal vez por esta virtud anestésica ocurriendo y por la consiguiente falta de reflejo, al mediarse la coagulación se comprimen los nervios, pueda explicarse el alivio ó la calma rápida de los dolores, que se observa á los pocos días de administrarle en los sarcomas y en los sarcomas duros, es decir, en los tumores, que si no son cánceres, lo parecen. Prescindiendo de la brevedad y siendo mucho más activo que el ácido, nadie dudará de su eficacia para disminuir y agotar las exudaciones morbosas de las mucosas mucosas, y por lo tanto, de su utilidad en toda clase de catarrros, desde el uterino al pulmonal, desde el vesical al laríngeo. —La rápida cura que nosotro lo, hasta á, terribles tubérculos de la lepra, aplicándole sobre ellos, no la podemos explicar si no por la coagulación de la sustancia tuberculosa y la compresión que después de varios días produce el epitelio cubren por el ácido.



Los primeros ensayos que se hicieron con el ácido fénico fueron para combatir el herpetismo en sustitución del arsénico. Nosotros le hemos administrado en la forma predicha á más de 200 enfermos herpéticos, escrofulosos, sífilíticos, leprosos, pelagrosos, cancerosos, y sobre todo en los casos de neoplasmas fibrosos ó fibro-plásticos y de úlceras epiteliales. Le hemos administrado en la viruela y en el tifus en la epidemia del año 1864, y justo es que resultando de nuestras observaciones algo útil para la ciencia y para la humanidad, digamos cuatro palabras en lo que tenga relación con el objeto principal de esta obra.

El ácido fénico en la viruela puede darse sin inconveniente como preventivo; pero cuando la fiebre inicial aparece, debe suspenderse y sustituirse con el emético, los sudoríficos, etc. Cuando la fiebre desaparece y se presenta la erupción es el mejor momento para dar el ácido fénico *intus et extra* de la manera ya indicada en este párrafo, y anteriormente al hablar de los resolutivos directos. La fiebre consecutiva ó supuratoria se modifica, se atenúa ó se suspende con frecuencia, y como ya hemos dicho en otra parte, la erupción se seca, la picazón se calma, se impide el contagio á los que cuidan del enfermo y se estorba la auto-intoxicación de éste, que en la viruela dejada á su curso natural se verifica por la atmósfera purpurulenta que le rodea y le envuelve tanto tiempo. El mismo objeto, pero en menor escala, tiene el precepto de Sydenham y de otros médicos ingleses, de ventilar y aún hacer pasear ó levantarse á los enfermos que sufren la afección variolosa.

En el herpetismo crónico, usado interior y exteriormente en pulverización ó toques, seca pronto las erupciones. El uso interno exclusivo no dá pronto resultados, pero tampoco los dá el arsénico, ni los demás remedios antierpéticos cuando no se les ayuda con los tópicos. En las escrofulas acompañadas de infartos ganglionares puede usarse con valentía, media dracma diaria en dos dosis; pero donde se suelen ver más satisfactorios efectos es en los epitelomas ó úlceras epiteliales, siempre que se las cija al principio, cuando no han destruido grandes superficies y la pérdida de sustancia es capaz de cicatrizar, una vez combatida la causa que sostiene la ulceración (1).

Si el ácido fénico usado como tópico en las ulceraciones

venéreas y sífilíticas es un gran remedio, su utilidad, usado al interior, no está aún suficientemente avaluada, pues es preciso esperar mucho tiempo para ver en la sífilis si nuevos accidentes se presentan; lo mismo decimos de la lepra, de la pelagra y del cáncer no ulcerado, porque no es posible esperar la curación rápida de semejantes dolencias, usando poco tiempo el medicamento más eficaz que haya, ó que pueda haber en lo futuro para combatirlas. De todas nuestras observaciones, que en la Clínica tendremos ocasión de referir, y de las recogidas por nuestro querido colega el distinguido sifilógrafo Dr. Perez Gallego, puede deducirse la utilidad, á la par que la inocencia del ácido fénico, medicamento que merece ser ensayado por otros profesores para comprobar nuestras observaciones, dándolas mayor grado de certidumbre.

La creosota, el ácido triinitro-fénico ó pícrico, y los acéticos empiemáticos, administrados también en forma pilular, mezclados con extractos y polvos inertes, deben tener una acción semejante. El inconveniente de su olor y de su sabor, puede encubriéndose encerrando ó plateando las pilólas, pero el especial efecto del segundo medicamento, que tinte la piel de un color amarillo muy duradero, no puede evitarse con nada. ¿Qué importaría este tinte cutáneo, si encontrásemos en él el remedio de males tan terribles como el cáncer, como la lepra ó como otras afecciones cutáneas que matan como éstas, teniendo nombres que asustan ménos?

En la Terapéutica especial cutánea, como en la general, falta mucho que hacer, y en los males incurables ó tenidos por tales, no sólo es permitida la experimentación racional y científica, sino que la consideramos necesaria y hasta obligatoria por un deber de humanidad.

¿Ha de ser siempre el empirismo bruto, la casualidad inconsciente ó el dicho de alguna vieja, lo que anime á los profesores á ensayar ciertos remedios? ¿No tiene el médico su razón, no tiene la analogía?

Pues hay médicos que ensayan el condurango, que suele matar á los enfermos más pronto, y no ensayarán el ácido fénico, el pícrico ni la creosota, tal vez porque de estos no ha dicho nada una mujer, que queriendo envenenar á su marido, le cura equivocadamente un cáncer (1).

3.ª *Medicación anodina ó calmante*.—Los anodinos ó calmantes tienen que emplearse en las dermatosis con frecuencia, más que para combatir el dolor, para mitigar la picazón ó el prurito, á veces insoportable, que las acompaña.

Forman parte de esta medicación los narcóticos y algunos astringentes ó resolutivos de que ya hemos hablado anteriormente.

Para emplearlos es preciso que el dolor no sea inflamatorio

(1) Uno de los efectos que más pronto se observan en los neoplasmas benignos que tienden á la malignidad ó en los malignos confundiéndose, pero sin ulceración ni amputación, es la caída de los pelos. El tumor después de asentado se cubre sin disminuir, como si se efectuase en él una especie de coagulación de todos los líquidos que contiene.—Si hay adenopatías y ulceración antigua verdaderamente cancerosa, el ácido fénico no perjudica, obra como tónico nada más; pero no alcanza á detener el curso del mal ni el de la caquexia. Si se trata de una úlcera epitelial ó de un neoplasma benigno ulcerado, puede suspenderse la curación ó la cicatrización al menos, al cabo de dos ó tres meses del uso diario de 30 ó 40 gramos de este medicamento, auxiliado por las lociones fenicadas ó creosotadas: si la ulceración ha corrido grandes superficies, no hay poder bastante en la viruela para hacerla cicatrizar, lo cual también sucede en las grandes pérdidas que ocasiona la gangrena por ejemplo, ó en las úlceras de las electricidades extenuas sin necesidad de que exista dilatación cancerosa ó epitelial.

(1) Es, en la actualidad, muy conocido el cuento á que nos referimos, porque, como el de las famosas pastillas de Bolmet y otras drogas, se refiere precisamente en todas las muestras de venta del Condurango.

ó que la picazon no vaya acompañada de fenómenos inflamatorios. En estos casos, más bien están contraindicados y perjudican, siendo los antipruriginosos los verdaderos calmantes.

Los anodinos ó calmantes que se usan al interior, son el acónito, el opio y sus preparados, y rara vez la belladona y los anestésicos étericos. Los que se usan como tópicos son el opio y sus preparados (láudano, morfina, etc.), la belladona, el heleno (bálsamo tranquilo), el éter, el cloroformo, el alcanfor, los ácidos diluidos, los carbonatos y sulfuros alcalinos, y el sublimado. La breva, el ácido fénico, los aceites empuenmáticos y las pomadas astringentes de tanino, azufre, alumbre ó óxido de zinc, también calman en ciertos casos la picazon, pero la sulfurosa, que tan útil es en la sarna, obra como parasitocida, y en esta medicación la estudiaremos.

El acónito al interior se usa á la dosis de un cuarto, un tercio ó medio grano, repetido dos ó más veces al día; pero es raro que le prescribamos solo: casi siempre le asociamos á los arsenicales ó á los antipruriginosos en el tratamiento de las dermatosis herpéticas. El opio y la morfina tienen una aplicación necesaria en las dermatosis muy dolorosas, como el zona, el herpes flictenoide, el cáncer y el epiteloma, y en las afecciones pruriginosas.

En el zona agudo bastan los tópicos bien dirigidos y escogidos para calmar el dolor y curar la erupción; pero en el crónico, herpético ó reumático, es preciso muchas veces dar cantidades enormes de opio ó de morfina al interior, pues solo el contacto de la ropa, ó de un soplo de aire, ocasiona al enfermo dolores más agudos y terribles que los del cáncer.

Tratándose de una neuralgia sostenida por causa constitucional, es como únicamente puede concebirse la necesidad que hemos tenido algunas veces de dar diez y doce granos de opio, sin conseguir un grande alivio á pesar de dosis tan crecidas. En las neuralgias viscerales del herpetismo es también muy útil el extracto tebaico, solo ó asociado al arsenico ó al ácido fénico, así como en las diarreas que acompañan á la pelagra ó los últimos períodos del herpetismo, de la lepra, etc. En el cáncer y en el epiteloma avanzados, cuando los dolores son insufribles, no cabe otra medicación que la calmante, que por caridad hay que prescribir á los pobres enfermos. ¡Cuántas veces hemos recibido cariñosos halagos de los pacientes al despertar del sueño artificial que les produjera el opio ó la morfina, y durante el cual no sufrían sus crueles tormentos!

Ha habido ocasiones en que baste al principio uno ó dos granos de morfina para conseguir este resultado, hemos tenido al fin que subir la dosis á seis y ocho; pero en el cáncer la graduación de la dosis calmante debe irse deduciendo de la intensidad del dolor y del efecto que produce el medicamento.

En el prurigo y en el liquen crónicos, sobre todo en el primero, no bastan á veces los calmantes externos, y hay que apelar al uso interno de los mismos, no tanto para calmar el

picor, como para procurar un rato de sueño á su constante pervigilio. Uno ó dos granos de opio son suficientes para conseguirlo en los casos más graves ó tenaces. El acónito y la belladona, lo mismo que el cloroformo, son menos seguros; pero el primero puede usarse habitualmente sin perjuicio y á dosis considerables, cosa que no debe intentarse con los segundos.

El uso tópico de los anodinos es el que más resultados da en la terapéutica de las dermatosis.

El opio á la dosis de seis á veinte granos por onza de manteca ó pomada de belladona, es el remedio más eficaz del zona.

Generalmente se calma la neuralgia con unturas de esta pomada al rededor de la erupción, y si ésta no la da lugar á úlceras no la perjudica aunque se aplique encima de ella. Habiendo dado lugar á úlceras, la pomada es perjudicial por la grasa, que como hemos dicho, favorece la ulceración; pero disolviendo el opio en agua, se forma el tópico más preferible para esta circunstancia del mal, siempre grave por su tenacidad y por el aumento de los dolores.

La pomada de morfina (seis á veinte granos por onza de manteca), es un calmante poderoso de la picazon del prurigo, pero suele, si la fricción es ruda y se insiste largo tiempo, dar margen á pústulas, divículos ó flemones.

El láudano de Sydenham es preferible en el tratamiento de los dolores que acompañan á los equimosis del escorbuto, sobre los cuales no ejercen las pomadas ni el bálsamo tranquilo tan buena influencia.

La pomada de cloroformo, ó el cloroformo gelatinizado de nuestros formularios (1) calma muy bien la picazon del prurigo y de otras erupciones secas, calma igualmente los dolores profundos neuralgicos ó viscerales, pero no se puede dar sobre erupciones muy extensas y ulcerosas ó exudativas con denudación del dérmis, porque en estos casos obra como un cáustico.

La pomada alcanforada (medio escrópulo á media dracma de alcanfor por onza de cerato ó manteca), sin saber por qué ni conocer su modo de obrar, es más útil que las anteriores en el tratamiento del prurigo, del eczema y del liquen crónico muy pruriginosos (2).

Mezclando una onza de la pomada alcanforada con otra de la pomada de morfina se obtienen todavía mejores resultados, pero no debe olvidarse que la supresión brusca del prurigo, enfermedad repentina, puede dar lugar á graves accidentes.

Las pomadas de carbonatos y de sulfuros alcalinos, cuyas

(1) Se hace batiendo el cloroformo con clara de huevo hasta que se forme una masa gelatinosa. La pomada se forma con una dracma de cloroformo por onza de manteca.

(2) Con esta palabra hemos querido decir siempre, acompañados de mucha picazon.



fórmulas se han indicado en la medicación resolutive, compiteu, como hemos dicho, para calmar el picor con las anteriores, lo mismo que los baños ó lociones con las soluciones acuosas de dichas sustancias.

Las lociones vinagradas ó con los ácidos minerales diluidos en agua, las disoluciones fenicadas y de ciertas tinturas alcohólicas, como la de árnica, el alcohol alcanforado, las soluciones de alumbre, de tanino y de otros astringentes, mitigan la picazón pronto, pero por breve tiempo, siendo necesario insistir en ellas bastante para conseguir el objeto deseado (1).

Finalmente, la pomada de breva y la miera ó aceite de enebro suelen conseguir la desaparición de pruritos que se han resistido á todos los remedios más indicados para el caso, y podemos echar mano de ellas, aunque parezca no haber indicación, sobre todo si la afección está localizada en el escroto, en el ano ó cualquier otro sitio muy circunscrito del tegumento.

4.ª *Medicaciones evacuante, derívatico y revulsiva.* No son el camino directo de la piel y el indirecto de la sangre los únicos que tenemos para poder combatir las dermatosis.

Provocar un movimiento fluxionario hácia un punto distante de la piel ó en la piel misma, pero en sitio lejano del que ocupa el mal, activar bruscamente las secreciones de ciertas vísceras ó la exhalación de ciertas membranas mucosas de gran extensión y de numerosas simpatías orgánicas, es otro camino indirecto, que por sí solo puede conducirnos á la curación ó ayudarnos al menos de una manera poderosa en determinadas circunstancias.

El emético es el gran remedio con que debemos contar para combatir en su causa y en su origen todas las dermatosis patogénicas, debidas á la acción de ciertos alimentos, medicamentos ó venenos, y es además en nuestra práctica la base del tratamiento preliminar ó del periodo de invasión de la viruela, de la escarlatina y de otras fiebres graves eruptivas ó no.

Los purgantes constituyen uno de los remedios más generalizados en España para el tratamiento de las dermatosis.

No son útiles en todas sin embargo; perjudican en muchas, y en ciertos periodos de algunas, que indicaremos brevemente.

Los purgantes salinos 2.º repetidos con método están indi-

cados en las dermatosis artificiales indirectas que flazin llama patogénicas después del emético ó en sustitución de éste, cuando ya no es posible darle por haber pasado la oportunidad; convienen, ayudados por los antiflogísticos locales, y como único remedio interno, en las dermatosis agudas simples ó pseudo exantemáticas; son necesarios en la convalecencia de las fiebres eruptivas para limpiar el tubo intestinal de las exudaciones que en él produce la erupción interna: llenan con los alcalinos y sin ellos la indicación principal en el reumatismo y en las reumátides; deben administrarse en los primeros periodos del herpetismo, y después, alternando con los arsenicales ó en sustitución de ellos si afecciones viscerales no los contraindican; y no abusando, puede decirse de un modo general, que son útiles en todas las dermatosis húmedas ó exudativas, incluso las escrófulides benignas.

Un estado de debilidad profundo ó una afección crónica del tubo digestivo se oponen á su administración. Por esto son perjudiciales en la pelagra, en el pénfigo crónico, en la rupia, en la lepra ó elefantiasis de los griegos, en la escrófula avanzada, en las escrófulides graves y en los periodos caquéticos de todas las afecciones cutáneas constitucionales.

La derivación al tubo intestinal puede hacerse con otros muchos purgantes que no es necesario mencionar en este sitio. El sen, el maná, los oleosos, los drásticos, el álcali; cada profesor tiene su afección particular hácia uno de ellos. Diverge el combate el álcali y prefiere los oleosos, Hardy prescribe por largo tiempo el sen, y otros dermatólogos hacen del agua de Seidlitz un uso casi exclusivo.

El aceite de ricino es el preferible para los niños que padecen erupciones húmedas y toman el aceite de bacalao, pues las indigestiones especiales que éste puede producir en ellos ceden mejor á este purgante, que es fácil por otra parte hacer tomar á cucharadas, aunque sea á la fuerza, á los niños pequeños.

El álcali, el rubarbo, y todas las píldoras en que entran, como las de Frank y tantas otras, deben dejarse para los casos en que existan complicaciones uterinas ó hepáticas, y los purgantes drásticos, como la colocintida, la jalapa, el colchico y las píldoras de Morison, de Haut, de Larigue, etc., que los contienen y que tanto se usan de un modo inconsciente por el vulgo, pueden prescribirse en las dermatosis reumáticas y con mucha prudencia en las herpéticas.

Los purgantes obran desviando ó derivando á la mucosa intestinal la fluxion cutánea, por lo que pueden por sí solos curar radicalmente las dermatosis agudas simples, y tal vez las agudas del primer periodo del reumatismo ó herpetismo, deteniendo la evolución diatéctica; pero en el segundo periodo, cuando las erupciones son ya crónicas, sólo pueden servir de ayudantes de la medicación específica.

Los diuréticos son también derivados de las afecciones cutáneas, y especialmente el nitro se usa mucho disuelto en

(1) Loción vinagrada ó calante: se compone de tres partes de agua y una de vinagre de uva.

Los lociones ácidas se componen con un scrúpulo de ácido sulfúrico, nítro ó clorhídrico y una, dos á tres libras de agua.

La loción fenicada, de un scrúpulo de ácido fénico disuelto en cantidad suficiente de alcohol y una libra de agua, pudiendo graduarse más, lentamente.

La loción de árnica, de una á tres dracmas de la tinctura alcoholica por libra de agua.

La solución de alumbre ó de tanino, dracma por libra.

Compiéndose que estas fórmulas no pueden servir de regla para todos los casos, y que segun la necesidad pueden hacerse más tenues ó más concentradas.

(2) Sulfato de sosa, de potasa y de magnesia á la dosis de media á una onza. Tinctura alcoholica á dicho dosis. Cloruro de sosa ó de magnesia de una á una y media, disueltos en agua para formar las fórmulas purgantes. Aguas minerales de Luchon, Vichy-Mineral y otras salino-purgantes á la dosis de cuatro onzas.

algun cocimiento atemperante (agua de cebada nitrada, un escrúpulo por libra) para bebida usual.

Su empleo se limita casi siempre al periodo agudo de las dermatosis simples, de las reumáticas ó de las herpéticas, ó á los ácnés crónicos de la cara que no sean ó que no recaigan en sujetos escrofulosos (1).

Los revulsivos, ó la revulsión propiamente dicha, se usan poco en dermatología para combatir la erupción cutánea, pero en cambio forman la base principal del tratamiento de las erupciones de las mucosas ó de las afecciones viscerales que por relaciones de causalidad ó por accidentes repercusivos están íntimamente ligadas con las dermatosis. No debemos en este sitio ocuparnos de lo que en la Clínica tiene su natural desenvolvimiento, ni repetir lo que digimos al hablar de la repercusión. Sólo diremos que en las pocas veces que hemos empleado los revulsivos para combatir dermatosis distantes, no han producido otro resultado que mortificar al enfermo con una dolencia más, si se exceptúa alguna que otra escrofulide benigna de la cara, y sobre todo de los párpados, que ha parecido detener su desarrollo invasor por este medio.

5.ª *Medicación irritante, sustitutiva ó perturbadora.*—Esta medicación se halla indicada en las dermatosis muy crónicas que se resisten á las medicaciones comunes, ya sintomáticas, ya específicas. Los remedios que la componen dan lugar á una inflamación aguda del dermis, ó bien á combinaciones químicas con los tejidos orgánicos enfermos que los privan de vida y los convierten en escaras eliminables, debajo de las cuales queda ó puede quedar una úlcera simple, que fácilmente cicatriza si las condiciones del mal lo permiten.

En unos casos, pues, sustituimos la enfermedad por una inflamación artificial más ó menos aguda; pero en otros destruimos y eliminamos la parte enferma. Lo primero se consigue con las cantáridas, y con las pomadas epispásticas ó de cáusticos á corta dosis, y lo segundo con los cáusticos puros ó en disoluciones ó pomadas concentradas.

Antiguamente eran más usadas las cantáridas que hoy lo son, por los adelantos de la Terapéutica que ha descubierto tópicos muy eficaces y menos dolorosos que aquellas para el tratamiento de las dermatosis tenaces ó inveteradas. En ciertos psoriasis inveterados y circunscritos, sin embargo, en alguna escrofulide no ulcerada, seca y rebelde, en las manchas que afean el rostro ó un punto descubierto de la piel, pueden aplicarse y repetirse el número de veces necesario, si á la primera no se viese la cicatriz resultante en buenas condiciones.

El aceite de enebro, la tintura de yodo, las disoluciones semi-cáusticas de nitrato de plata y otras disoluciones ó poma-

das que nos han ocupado en la medicación resolutive, obran como las epispásticas de cantáridas ó de torbisco, excitando la vida local y dando lugar á inflamaciones que podríamos llamar curativas.

Basta un toque diario á ciertas ulceraciones atónicas benignas, dado con la tintura de yodo ó con la disolución argéntica (medio á un escrúpulo por onza) para avivarlas y producir una cicatrización más rápida; pero estas excitaciones ligeras son sumamente perjudiciales, y debemos huir de ellas á toda costa en los epitelomas ulcerados y en las úlceras epiteliales. Todo lo que no sea en estos padecimientos destruir por completo, no sólo los tejidos enfermos sino también los circunvecinos es peligroso, y pudiera dar lugar á degeneraciones precoces ó á exacerbar la proliferación morbosa de células epiteliales.

Las cauterizaciones destructoras pueden hacerse con diversas sustancias, cada una de las cuales tiene sus ventajas y sus inconvenientes: los ácidos y los álcalis concentrados, ó sea la cauterización potencial, lleva á la actual ó producida por el hierro candente, la ventaja de que no asusta tanto; pero es más lenta, más dolorosa seguramente, y no puede limitarse con tanta precisión.

En los verdaderos epitelomas, en las úlceras sordidas ó venéreas crónicas, en ciertos lúpus muy circunscritos, la cauterización actual, que no se usa por miedo, ó la eléctrica ó galvano-térmica, que se conoce poco todavía, deben prescribirse y aceptarse en primer término, porque una sola sesión suele bastarnos.

La cauterización destructora con los ácidos fuertes ó con los álcalis se hace mezclándolos con polvos inertes para formar una masa, que se aplica sobre el sitio enfermo que quiere destruirse. La pasta carbó-sulfúrica, que se usa mucho en nuestro Hospital, la de Viena y la de Campén, ó de cloruro de zinc, que tanto se emplean en los Hospitales franceses, se prescriben de esta manera, limitando la acción del cáustico por parches horadados que dejan sólo libre el sitio destinado á sufrirla. La manteca ó pomada de antimonio, el nitrato ácido de mercurio y algunas otras sustancias ménos energías se aplican puras, con un pincel de hilas ó con una varilla de cristal.

Sin entrar nosotros en detalles acerca de la acción de cada uno de estos diferentes cáusticos, que en Terapéutica y Patología quirúrgica tienen su verdadero lugar de estudio, diremos, sin embargo, que la experiencia ha demostrado los que deben preferirse para determinadas enfermedades de la piel. Así, el nitrato ácido de mercurio suele bastar para las úlceras sífilíticas ó venéreas crónicas, para el lúpus y para otras dermatosis de carácter relativamente benigno, como las vegetaciones, las placas mucosas, las verrugas, etc., etc.; el nitrato de plata fundido para las úlceras fungosas benignas; y los ácidos, pero principalmente los álcalis y los cáusticos arse-

(1) Recomendamos mucho que los lectores al oír hablar de dermatitis herpética, las entienda como nosotros las entendemos, pues no son herpéticas todas las afecciones cutáneas.



nicales, antimoniales ó zincicos para los neoplasmas malignos (1).

6.° *Medicaciones sintomáticas mixtas*.—En realidad las medicaciones compuestas ó mixtas son las que únicamente se emplean en la práctica, y es indudable que de la combinación prudente y juiciosa de las medicaciones simples es de la que podemos sacar mayor partido. Atendidos á una sola medicación, tardaríamos más en ver resultados positivos, y uniéndolos, por ejemplo, los purgantes á los tópicos astringentes, la dieta y los antiflogísticos á los calmantes ó anodinos, ó los resolutiveos internos á los tópicos excitantes, veremos desaparecer con rapidez dermatosis tal vez refractarias á una medicación aislada.

La alternativa ó cambio de remedios es también conveniente cuando se ve que por el hábito dejan ya de dar resultados; y las etapas ó periodos diversos del mal, nos obligan casi siempre á hacer lo propio, ó á modificar las dosis y la concentración de las aplicaciones tópicas.

En el tratamiento tópico ó sintomático de las escrofulídes benignas exulativas alternamos, por ejemplo, las aplicaciones excitantes del aceite de enebro con las emolientes de harina de arroz en cataplasma, y en el psoriasis inveterado las del mismo aceite, con las emolientes grasosas, y los baños sulfurosos, con los de salvado ó almidón. Si en el principio de la declinación de una dermatosis empleásemos desde luego las lociones ó pomadas astringentes en su máxima concentración, es lo probable que volverían á presentarse fenómenos inflamatorios y perdiésemos en un momento todo lo ganado en muchos días, al paso que empezando por las débiles, y graduándolas después lentamente, ayudamos á la naturaleza, empujando suavemente el mal por la pendiente curativa en que se halla.

Los antiflogísticos deben preferirse en el periodo agudo ó en los primeros días del brote eruptivo, aunque sea crónico; pero pasado algún tiempo se sustituirán con los tópicos astringentes ó resolutiveos.

Los purgantes, que son tan útiles en el principio del tratamiento, no pueden continuarse inconsideradamente sin exponerse á trastornos graves del tubo digestivo, y es preciso suspenderlos ó darlos de tarde en tarde alternando con las medicaciones específicas.

Lo mismo pasa con los diuréticos, de cuya acción casi siempre alterante no puede abusarse, y con los calmantes ó anodinos.

La combinación de las medicaciones simples para formar una mixta ó compuesta no puede, por lo tanto, hacerse con sujeción á reglas. Depende exclusivamente del juicio clínico del profesor, de su ojo práctico, y éste sólo tiene por norma el conjunto de recuerdos teórico-prácticos que al profesor le asaltan en el momento de la observación, ó la inspiración de su genio, ayudada en ocasiones por la casualidad ó por la buena suerte.

#### MEDICACIONES ESPECIALES Ó ESPECÍFICAS.

Llamamos así al conjunto de remedios que mejores resultados producen en el tratamiento de ciertas *especies* morbosas, y que, si no son de una acción completamente segura ó de una eficacia siempre positiva, se consideran al menos por todos los hombres de ciencia, como los únicos que hasta ahora deben aconsejarse y prescribirse con dicho objeto.

El vulgo y algunos médicos han dado en llamarlos específicos, considerándolos como infalibles; pero nosotros ya hemos dicho anteriormente lo que hay y lo que puede haber en este particular, y lo mucho que influir deben en los resultados de toda medicación, las condiciones del enfermo, el periodo de la enfermedad y el modo más ó menos racional y científico de conducir el tratamiento. En esta última circunstancia, que depende exclusivamente del criterio práctico del médico, es en la que debemos fijarnos en la ocasión presente, porque además de suponer el estudio previo de las dos primeras, nos servirá para dar cuenta de nuestros juicios clínicos y de la manera con que deben llevarse á cabo, según los datos de la experiencia racional, las indicaciones que hemos llamado especiales ó específicas, por asimilar su denominación al de las medicaciones que nos ocupan.

El número de éstas puede variar y variará según los adelantos de la terapéutica; pero hoy sólo admitimos la parasitocida, antiséptica, antilimpética, antireumática, antiescrofulosa, antiescorbútica, antihemorrágica y antipelagrosa, con las medicaciones mixtas á que la mezcla frecuente de los males cuyo nombre aquellas indican, puede dar margen.

Hasta la época actual no tenemos remedios con que combatir el cáncer, la tuberculosis ni la lepra, con probabilidades de éxito, y por eso, con harto sentimiento, no admitimos medicaciones anticancerosas, antileprosas, ni antituberculosas, limitándose nuestros recursos á los que nos proporcionan las medicaciones generales ya estudiadas.

Es discutible si existen para la pelagra; pero convencidos por nuestros estudios y por los de varios prácticos españoles, de cuál sea la causa de tan misteriosa enfermedad, nos parece

(1) Las disoluciones concentradas del ácido retínico y del bicromato de potasio (dos ó tres dracmas por onza de agua), son las mejores clásicas para las vegetaciones sexuales.—La aplicación del permanganato de potasio en disolución y al mismo grado de concentración, da en ellas también resultados tan felices como rápidos.—Las pomadas cocoades de sublimado y de yoduro ó mercurio (dicción por una de nuestras), así como la del yoduro de cloruro mercurioso de Bochart, son cicatrices muy energías y que pueden ser muy útiles en las ulceraciones crónicas, especialmente si son alifónicas ó escrofulosas, pero poco extensas. Si son muy extensas debe tomarse la abstracción y no aplicarse.—El aceite de amoníaco, el guano y otros cicatrices vegetales de poca fuerza, convienen en las escrofulídes ó herpéticas exulativas muy crónicas. El alcohol, el éter y el clorofono, obran, finalmente, como cicatrices en los tejidos densos, y el primero es el gran tónico para las ulceraciones muy supuradas ó amoníacas de gangrena.

posible, al alejarla, detener los progresos del mal en sus primeros periodos, curándole en ellos ya que sea imposible en época más avanzada de su evolución y desarrollo (1).

4.ª *Medicación parasitocida*.—El parasitismo, á pesar de las aspiraciones de los antiguos, es una conquista reciente de los tiempos modernos. Sospechar la causa de una dolencia ó encontrar casualmente su remedio, no es demostrar aquella ni legislar su terapéutica, estableciendo en la ciencia verdades de que se halla tan necesitada; y esto es lo que se ha conseguido en los últimos treinta años.

A las hipótesis de Etmüller, de Nylander y de Raspail han sucedido las demostraciones de Schoenlein, de Remercé, de Gruby y de Bazin; á la utopía de la causa general parasitaria de todos los males, los hechos concretos demostrados y demostrables de que semejante idea es cierta en tal ó cual enfermedad; y á la recomendación inconsciente de remedios parasitocidas, el uso prudente y racional, según las circunstancias de los que más convienen y del modo más apropiado de administrarlos en cada una de las diferentes afecciones parasitarias conocidas.

No negamos que el parasitismo, como doctrina seductora y atrayendo con fuerza irresistible á no pocos ilusos y á muchos hombres llenos de fe ó ansiosos del progreso científico, tiende hoy á extenderse de un modo exagerado á consecuencia de las ideas y experimentos de Etmüller, de Hallier, de Salsbury y de otros médicos y micrógrafos modernos; pero en esta tendencia no vemos peligro para la ciencia médica, porque sobre hechos de este género, si no están bien probados, no se levantará ya seguramente ningún sistema impropio de los adelantos de la época, ninguna teoría que pretenda ser creída, sin que la observación, la experimentación y la experiencia verdadera la den el *exequatur* necesario.

El parasitismo forma ó constituye un conjunto de afecciones cutáneas verdaderamente específicas, no sólo en su totalidad, sino en cada una de sus variedades. Cada parásito da lugar en la piel á trastornos ó á afecciones propias, especiales y características que él sólo puede producir, pero además ocasiona trastornos ó afecciones análogas á las que determinan todos los parásitos; de donde *a priori* puede deducirse que habrá una medicación parasitocida general, y otra más especial para cada uno de los parásitos conocidos.

Y así es en efecto: puede decirse que todas las sustancias venenosas son parasitocidas, pero hay algunas más indicadas que otras en la sarna, otras distintas en la tifa, y no sabemos aún cuál será la mejor en cada uno de los parasitismos

muertos ó en los generales ó infecciosos, como nos hemos atrevido á llamarlos en otro lugar (4).

La lógica que debe guiarnos en el modo de llevar á cabo la medicación parasitocida, es tan natural como sencilla. Conocido el parásito, no sólo en su constitución orgánica, sino en su modo de crecer, de nutrirse y de vivir, la primera condición que se presenta es evitar su propagación, es decir, el contagio ó la nueva producción del mal; la segunda, es matar ó eliminar el parásito de los puntos en que se aloja; y la tercera, combatir los trastornos á que haya podido dar lugar en el tegumento.

Con los simples cuidados higiénicos, con la limpieza de las ropas, con huir del foco infeccioso, etc., podemos evitar el contagio; con una expectación prudente, con alejar los causas ó tópicos irritantes que han podido servir para matar el parásito, pero que una vez muerto ya no tienen objeto y pueden perjudicar; con echar mano á lo sano de algunos tópicos emolientes pulverulentos, corregiremos las lesiones cutáneas artificiales que determinan todos los parásitos; pero la indicación principal, la de matar ó desalojar del sitio en que se anida el sór viviente y causante de la afección cutánea, puede llenarse de varios modos, que, aunque de una manera general, vamos á dar á conocer.

Los remedios parasitocidas que comunmente se emplean en el tratamiento de las dermatosis parasitarias son las pomadas sulfurosas ó sulfú-alcalinas (2), el ungüento mercurial, las disoluciones y pomadas de sublimado, de sulfato de cobre y de turbi mineral, los baños sulfurosos ó de sublimado, las fumigaciones sulfurosas ó mercuriales, las escencias, los aceites, las grasas y ciertos productos pirogenados, como la breva y el aceite de eucalypto.

Aunque los resultados que produzcan sean los mismos, su acción no es igual: unos matan al animal ó al vegetal parásito, porque destruyen su organismo, dando lugar á combinaciones químicas entre él y el veneno ó tópico parasitocida que empleamos. Otros le matan por asfixia, como sucede con las grasas, aceites y esencias olorosas (3) que estorban ó impiden la respiración del mismo cuando es animal, ó que le disgregan y disuelven sus lazos unitivos cuando es vegetal; pero de todos modos en la elección del remedio hemos de tener en cuenta para acertar, no sólo las condiciones del parásito y si pertenece á uno ó á otro reino de la naturaleza, sino el sitio donde se implanta ó donde se esconde para llegar hasta él y que no escape de la acción segura del veneno.

(1) Véase nuestro discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Madrid, acerca «Del morbidismo vegetal, sobre la rubea y sobre los leucos» Madrid de 1872.

(2) Aunque en el tratamiento de la sarna se emplean infusiles pastas, no podemos ocuparnos de ellas en este sitio con los detalles que en la Clínica. Le mismo decimos del tratamiento de las tífis y demás afecciones parasitarias vegetales.

(3) El ácido sulfúrico que en la piel se forma después de las fricciones con la pomada de azufre, es probablemente el que actúa al destruir al animal en la gran que le destruye cuando se da en las entenas á todo el cuerpo.

(1) Se citamos en este discurso la opinión de Calantra acerca de la causa de la pólaga, y de algunos de sus trabajos y de pronto sus notables trabajos y experimentos, que han de tan diagnóstico preciso, cuando España recuerda una de las glorias científicas de nuestro país. Si alguno de los señores trabajos de los franceses é italianos acerca del parasitismo, más la memoria, las que al decirlos sus señores ideas, levantan otras, sino tan bellas, verdaderas.



El ácarus, escondido debajo de ténues capas epidérmicas, atravésadas por orificios que aquel necesita para respirar el aire de la atmósfera, muere pronto si éste le falta, ó si por ellos penetra una sustancia venenosa; los huevecillos de la pulga penetrante, colocados profundamente en el dérmis, se desarrollan con el calor del cuerpo humano, y á ellos no puede llegar el veneno si no desbridamos los tejidos que los cubren, ó si no se abre el absceso á que dan lugar cuando su evolución ha terminado; los esporos del actinon, del trycho-phiton ó del microsporon, que son la causa de las tiñas que nosotros llamamos dérmicas, se ocultan en su mayor parte en el fondo de los folículos que segregan el pelo y es preciso llegar á ellos, haciendo forzosamente la avulsión de éste; los esporos de las que hemos llamado tiñas epitéricas ó difterias están colocados debajo del epitelium de diversas membranas mucosas, y es preciso igualmente que éste se resquebraje ó se elimine para que aquellos puedan ponerse en contacto con la sustancia que empleamos para destruirlos.

Pedir otra cosa á la ciencia es faltar á la lógica y á los rudimentos de la más simple filosofía terapéutica, por no decir á las nociones del sentido común.

No se olvide, pues, el práctico al emplear la medicación parasitocida, de todo lo que ésta exige para tener la eficacia que deseamos, y al prescribir sus fórmulas ponga además en relación la actividad del remedio con la resistencia vital ó con la fuerza orgánica de esos enemigos ocultos é invisibles que en la piel del hombre se anidan para hacernos sufrir no pocas torturas físicas y morales.

Las pomadas sulfuradas ó sulfú-alcálicas, que son las más empleadas en los zoo-parasitismos (sarna) pueden estar al décimo de concentración por término medio (1). Las grasas (manteca), aceites (de petróleo, de enebro, etc.), pueden darse puros. Las esencias, á corta dosis, mezcladas con las grasas (un escrípulo de esencia de limón, por ejemplo, por onza de manteca). En la aplicación de estas diversas sustancias no debe olvidarse nunca que es condición ineludible para el buen éxito, que las fricciones sean generales y cubra la pomada ó el aceite toda la superficie de la piel, exceptuando la cara ó la cabeza. Tampoco debe dejarse de tener en cuenta que das, tres ó á lo más cuatro fricciones generales, bastan siempre para matar el parásito; que si se dan más, aunque sigan aparentemente los síntomas de la enfermedad, se au-

menta la irritación cutánea y nuevas erupciones aparecen ó se exacerban las antiguas; y que de la observancia de estas dos reglas importantísimas depende, tanto como de la fórmula empleada, el crédito del profesor y la curación fácil de una dermatosis que, mal tratada, se estaciona, se exacerba al parecer ó se transforma en otra grave á poca predisposición que en el sujeto exista. Los demás preparados ó sustancias parasitocidas mencionadas, se usan generalmente para combatir los parasitismos vegetales, ó para matar los parásitos ambulantes ó pseudo-parásitos, como los piojos, ladillas y aun la nigua ó pulga penetrante.

El ungüento mercurial es el que más comunmente empleamos para matar los últimos; pero también pueden prescribirse la pomada ó la disolución de sublimado al centímo, ó más, de concentración. Los baños sulfurados (una á cuatro onzas de sulfuro potásico ó sódico para cada baño) ó los de sublimado (dos dracmas á cuatro para cada uno, en pila de mármol) deben preferirse cuando los parásitos animales se extienden por toda la superficie de la piel; y las lociones con disoluciones análogas, si ocupan sólo el píñis, la cabeza, las axilas ó puntos limitados y circunscritos de la misma.

El tratamiento de las tiñas está hoy reducido á las lociones y unturas con las disoluciones y pomadas de sublimado, al centímo de concentración (seis granos por onza de agua ó de manteca) y á la avulsión previa de los pelos para poner al descubierto el vegetal ó el sitio donde se implanta, según más adelante tendremos ocasión de especificar con todos los detalles necesarios.

Como se ve por lo dicho hasta aquí, la medicación parasitocida es puramente local y no exige remedios internos para la generalidad de los prácticos.

Sin embargo, en todas las afecciones parasitarias hay en el paciente algo que las sostiene y alimenta; algo que ha dejado ó que no se ha opuesto á que en él se desarrollen; algo, en fin, que permite que se reproduzcan fácilmente, y esta predisposición no es nerviosa, vital ni imaterial; es el terreno abonado para la alimentación ó la germinación de los parásitos; es que los jugos del enfermo contienen los principios asimilables que más convienen á la nutrición de aquellos, y por eso los prefieren.

De aquí nace forzosamente una indicación que hay que llenar, no con la medicación específica parasitocida, sino con una medicación interna reconstituyente, con los anargos, con el hierro, con el aceite de hígado y con todos los recursos que poseemos para disminuir la acidez de las exudaciones cutáneo-mucosas, la anemia ó empobrecimiento de la sangre y la hipostenia de los tejidos.

No se olvide tampoco el práctico de esta circunstancia importante para el éxito de la medicación que nos ocupa, y libre de la pasión á que han dado margen discusiones recientes, obtendrá en premio, numerosas, prontas y felices curaciones.

(1) La pomada de Helmerie se compone (prácticamente) de media onza de azufre, dos dracmas de carbonato potásico y dos onzas de manteca.—Es algo irritante, pero muy eficaz.—Según la edad, el sexo ó la fuerza de la piel del individuo, debe ser más ó menos concentrada la pomada sulfurada ó sulfú-alcálica. Así que puede variar entre un escrípulo á dos dracmas de azufre y de carbonato potásico por onza de manteca, siendo, como se consiguiera, la piel de los niños la que exige menor concentración por su extrema susceptibilidad. En los formicarios y otros formicarios y papulosos pueden usarse indistintamente las pomadas sulfuradas con la general emulsió, y sacados reproducir en este sitio, creyendo que algo debe dejarse al criterio práctico del médico, demandado en todo caso hoy á la hora ley de las farmacias.

2.ª *Medicación antisifilítica.*—Para nosotros es indudable que la lógica más severa preside siempre á todos los actos de la naturaleza, y los hechos que hoy nos parecen inexplicables encontrarán tarde ó temprano el apoyo de la razón que al parecer les falta. Ningun estudio más acabado que el de la sífilis, y el misterio más profundo envuelve sin embargo, no sólo á su etiología y fisiología-patológica, sino á la filosofía de su terapéutica.

La sífilis es una enfermedad constitucional, de curso lento ó crónico, con manifestaciones intermitentes, separadas á veces por largos intervalos de tiempo, que no cura espontáneamente, que ataca de un modo sucesivo todos los tejidos y todos los líquidos organizables del cuerpo humano, y á pesar de esta cronicidad y generalización se adquiere por contagio directo, y mejor podríamos decir por inoculación natural ó artificial en un reducido punto del organismo.

Un átomo de un suco, que no es pus, ó de un pus mal formado y nada inflamatorio; una molécula de sangre sífilítica, bastan para determinar por inoculación, enfermedad tan misteriosa; y á pesar de este modo accidental de adquirirla, á pesar de que está en nuestra mano el producirla artificialmente en un sujeto sano ó no sífilítico, la afección constitucional se transmite por herencia á los hijos del inoculado, y esta actividad contagiosa, que es tan terrible como segura para la especie humana, se ha detenido hasta hoy ante una barrera que podríamos llamar nosológica, puesta sistemáticamente por los zoológicos y naturalistas para separar al hombre de las demás especies animales.

Truida la sífilis de América en los camarotes de un buque, como terrible compensación del desculturimiento de un nuevo mundo, parecía natural que como enfermedad exótica, después de sus primeros y casi epidémicos destrozos, se hubiera ido extinguiendo rápida ó lentamente, y sin embargo la vieron nuestros antepasados recorrer la Europa por vez primera, y hoy la vemos nosotros aclimatada ya, no sólo en los países cálidos y análogos ó parecidos por su clima á las Américas, sino en las regiones frías más cercanas al Polo, donde toma, si cabe, formas más insidiosas y malignas.

Todas estas rarezas de la sífilis, que tanto dan que hacer á los hombres pensadores, tendrán un día la explicación de que hoy carecen, y quien sabe si al conseguirla, podremos también presumir el modo de formación de otras enfermedades constitucionales no menos importantes (1).

Ahora bien, el mercurio tiene en la sífilis una acción ver-

daderamente específica, y auxiliado por algunos otros remedios, como el yodo y sus preparados, forma la base principal de la medicación que nos ocupa. Su acción terapéutica en esta enfermedad es desconocida, y á pesar de las teorías de Mialhe y de otros químicos modernos, no puede fundarse en los hechos perfectamente demostrados pero insuficientes de su acción fisiológica.

Solo considerando á la sífilis como el resultado de un fitoparasitismo infeccioso, ó como efecto de un fermento animado que lentamente se propaga en la sangre y al cual matase ó destruyese el mercurio, podría explicarse el efecto tónico que en ella produce, cuando á la misma dosis en un sujeto sano, obra como alterante y debilitante profundo (1).

Comprendemos la acción de los mercuriales, como antiplásticos en las inflamaciones agudísimas; pero en la sífilis que rechaza todos los antiflogísticos, que se empeora siempre con los emolientes, que necesita al parecer por su acción deprimente sobre todos los órganos principales de la nutrición y calorificación, de los excitantes y de los tónicos, no nos explicamos su acción específica porque se combinen con la albúmina de la sangre, ni porque hagan más difusible este líquido, ya bien alterado en este sentido por la enfermedad, á poco adelantada que se encuentre. En medio de tanta oscuridad, sabemos hoy de la sífilis mucho más que de otras enfermedades, y la medicación que la conviene se halla perfectamente legislada, sujeta á reglas que la observación minuciosa ha declarado ineludibles y con un itinerario que previamente puede marcarse, como previamente podemos decir también el curso que tendrá la enfermedad. Las curaciones obtenidas por los sudoríficos, por los baños minerales, por el hambre y por otros medios en los que no entra el mercurio, pertenecen á la historia, y hoy, si alguno las cree por respeto á la autoridad y á la tradición, nadie pretende reproducirlas, teniendo medios más seguros y mejor estudiados para conseguirlos.

Los cocimientos de zarza, de guayaco, etc.; esos jarabes y robs que tanto dinero cuestan y tan poco valen cuando no se les adiciona el sublimado ó el yoduro de potasio, hacen tiempo que no se prescriben por los profesores que tienen de la especialidad sifilográfica un mediano conocimiento. Lo que hace falta es no confundir la sífilis con las afecciones venéreas ó hémorroidales, que se empeoran con los mercuriales y pueden curarse con esos y otros remedios más sencillos y simplemente tópicos (siendo muy natural que las lesiones locales de la piel, se combatan en lo posible con remedios tam-

(1) ¿Tendrán también las demás enfermedades constitucionales, aunque no sean contagiosas, un modo de producción análogo? ¿Habrá para ellas á para alguno de ellas su germen que lentamente vaya desarrollándose en la sangre y en toda la trama orgánica y al llegar de un modo análogo á una manifestación especial, erupción, erupción, etc. etc., sin embargo, es tan peculiar el de la sífilis? Hasta hoy puede hacerse el paralelo de las afecciones constitucionales en sus manifestaciones cutáneas, mucosas ó intraorgánicas ó profundas, pero á todas les falta una cosa, el elemento, carácter privativo del mal anónimo.

(1) La acción fisiológica de los mercuriales se tan conocida de todos, que nos creemos dispuestos de hacer una descripción sucinta en un diccionario de dermatología, lagüeramente llamado en el terreno de la sifilografía y de la terapéutica general. En otras medicaciones, en que no intervienga esta especialidad única por no decir humana, guardáramos menos reticencias á la terapéutica general, y tomaríamos de ella los datos que necesitamos para explicarnos en lo posible, por la acción fisiológica, la curativa de otros remedios se sucesos importantes.



bien locales ó externos), y una vez conseguido esto, que dado el estado actual de conocimientos de la generalidad de los médicos en sifilografía, es más difícil de lo que parece, prescribirse lo útil, y prescindirse de todo aquello, que aunque no perjudique, es innecesario.

Las reglas á que debemos atenernos en la prescripción de los remedios antisifilíticos se fundan en numerosos hechos de observación del curso espontáneo del mal y del que tiene, cuando ha sido tratado conveniente ó inconvenientemente, ya por insuficiencia, ya por exceso, ya en fin por falta de método ó por otras circunstancias que procuraremos indicar.

El curso espontáneo del mal, nos demuestra que constituye una enfermedad incurable y mortal dejada á los solos esfuerzos de la naturaleza.

El curso intervenido por la ciencia de un modo conveniente, metódico y constante hasta los límites necesarios, nos prueba que es una enfermedad curable, pero no sin dificultad, por los recursos de que aquella dispone.

El curso mal intervenido, que es el que por causas diversas observamos más á menudo, nos enseña la acción pasajera de los remedios, si se usan mal ó por poco tiempo, la exacerbación ó irregularidades de la enfermedad así tratada; los trastornos mixtos de la afección y del medicamento mal administrado, y sorprendiendo de esta manera muchos secretos de la naturaleza, en errores tan deplorables para el enfermo como útiles para la ciencia, y de todo punto inevitables, nos ha marcado el derrotero conveniente que debemos seguir en la terapéutica de la sífilis, para evitar esos perjuicios y hacer eficaces nuestros esfuerzos curativos.

El curso natural del mal americano, indicado perfectamente por Villalobos, olvidado después y confundido á los pocos años con las afecciones venéreas (chancre blando, bubones, vegetaciones sexuales, etc.) y blenorragias, ha vuelto otra vez á ser conocido por los trabajos de Bassereau, de Rollet y de nuestro compatriota Montejó, y á ellos podemos referirnos en una obra de dermatología. Se inicia por el chancre sifilítico (1) que aparece en el sitio inoculado á los 25, 30 ó 40 días del motivo contagiante en forma de una pápula que se agranda, se endurece y se ulcera, ó bien en forma de una induración renitente, sola, ó que viene á agregarse á un chancre blando, constituyendo esta mezcla el chancre mixto de Rollet (2), únicos accidentes verdaderamente primitivos de

la sífilis. Pasado este fenómeno inicial (1) que puede desaparecer espontáneamente y sin que el enfermo se haya apercibido de su existencia, suele haber un período de silencio que varía entre unos días y varios meses; pero no es infrecuente el que se presenten los accidentes secundarios ántes de desaparecer el primitivo. Los accidentes secundarios se manifiestan especialmente en la piel, siquiera vayan acompañados ó inmediatamente seguidos de afecciones características de las membranas mucosas que revisen las aberturas naturales, y particularmente la boca y la faringe, de dolores reumáticos y de lesiones importantes del ojo y del testículo, consideradas estas últimas por algunos como fenómenos de transición para los accidentes terciarios.

Las sífilides se manifiestan por etapas y en formas diferentes en un mismo individuo. Las primeras que siguen al chancre son, en las formas comunes ó benignas de la sífilis, simplemente congestivas ó exantemáticas, ya maculosas, ya papulosas y generalizadas ó extensas; pero en las formas malignas ó menos benignas, bien depende esto de la intensidad del envenenamiento, bien de la mezcla con otras diátesis, pueden ser, aunque exantemáticas y extensas ó generalizadas, más profundas é inflamatorias, presentándose en forma de pústulas ó de tubérculos resolutivos diseminados por toda la superficie de la piel.

Después de uno, dos ó tres meses, la erupción que ha ido lentamente cediendo, desaparece, y un nuevo período de silencio, que puede durar meses ó años y que es compatible con las apariencias de una salud perfecta, hace confiar al enfermo en su curación espontánea y engaña á muchos médicos poco habituados á esperar, ó poco amigos de la verdadera observación, que no siempre ha de ser corta ni de durar pocos días. Viene al cabo de este tiempo el brote de las segundas sífilides, más limitadas ó circunscritas y reducidas á placas pequeñas formadas por agrupaciones de pápulas, de tubérculos, de pústulas y de escamas, constituyendo formas elementales mixtas, y dando lugar por lo común á costras deformes con, ó sin ulceración de lazo. El brote de las segundas sífilides se confunde ó continúa á veces con el de las terceras ó ulcerosas, que suelen ser más generalizadas, ó por el contrario tan circunscritas y voraces, que cebándose en un punto del rostro le destruyen, no sólo en sus tejidos blandos, sino hasta

(1) Este chancre no debe llamarse indurado, porque, aunque sea raro, puede faltar este carácter, no ser muy marcado como en los del cuello uterino, ó no poder apreciarse como en los que se encuentran en la profunda de la uretra ó del intestino; ni infectado ó laga sifilítica, como dice Montejó, porque no es el que engendra la sífilis, sino que es ya una manifestación constitucional, ó un efecto de la infección general, siquiera sea el primero y la infección poco graduada.

(2) Pueden coexistir á la par y en su mismo punto los dos chancres; pero como el chancre venéreo ó blando tiene por forma inicial una pápula y su incubación es de pocos días, aparece y se ulcera muy pronto. Si no se ha electrizado á los veinte y tantos ó treinta días, y se inculcó por el mismo sitio el virus sifilítico,

en vez de salir la pápula inicial del chancre duro ó sifilítico, lo que se observa es la induración que se forma en la base del blando. Otras veces, y á consecuencia de un suceso que ocurre en contra de un chancre blando que está en su apogeo con el término del período de incubación y salida del sifilítico. Otras, finalmente, se sigue á se inculca el chancre blando sobre la superficie cruenta del indurado ya existente. De todos estos modos puede formarse el chancre mixto; pero es fácil hacer comprender, que si el chancre mixto es infectado según la expresión, hay induración de Rollet, no por lo que tiene de indurado ó sifilítico, ni por lo que tiene de blando ó venéreo.

(3) El chancre va acompañado y seguido de adenopatías múltiples ó infartos poliglandulares, que tienen por sí solos caracteres bastantes para hacer sospechar y aun á veces para asegurar la existencia de la sífilis constitucional, de la que son una manifestación constante y de todos sus períodos.

en los huesos y tejidos fibrosos circunyacentes; pero no es raro que entre unas y otras exista un período de tregua de algunos meses.

Los accidentes terciarios se enlazan casi siempre, aunque con la lentitud y cronicidad extrema características de la sífilis, con los secundarios ya indicados, y consisten en la producción de los tumores ó de la infiltración gomosa en el tejido celular subcutáneo, en los músculos, en el periostio y en los huesos, dando lugar á las sífilides gomosas, á los dolores osteocápos y á las miositis, periostitis, periostosis, osteitis, exostosis y necrosis sífilíticas.

Este período de la sífilis, á pesar de la no intervención de la ciencia, puede ser largo y, si el sujeto es robusto, durar años. A veces parece que en estos casos y circunstancias, el mal se satisface con los destrozos que ha ocasionado, dejando al mutilado enfermo algun tiempo de aparente tregua; pero no tardarán en presentarse fenómenos raros, poco temibles al parecer, insidiosos, lentos, ya en la laringe, ya en los pulmones, en el corazón, en el hígado, en el cerebro, en la médula espinal, en los riñones ó en los intestinos. Poco á poco se irán graduando, sobrevendrá la caquexia, la fiebre lenta ó consuntiva y la muerte al fin, á consecuencia de la tisis, de la hepatitis, carditis, meningitis, nefritis ó enteritis sífilíticas, que son ó constituyen los accidentes cuaternarios de tan terrible enfermedad. La autopsia nos enseña en la profundidad de esas vísceras tumores gomosos análogos á los que se observan en el tejido celular subcutáneo, y en la superficie de las mucosas que las revisten ulceraciones extensas con reblandecimiento y denudación.

Del estudio profundo y detenido del curso espontáneo de la sífilis pueden sacarse algunas deducciones que importa consignar en este sitio, porque han de servir de fundamento á la medicación específica que pretendemos legislar razonadamente.

1.ª La verdadera sífilis dejada á su curso natural ó espontáneo, sigue de un modo fatal é inevitable su movimiento evolutivo, pudiendo durar todo él pocos ó muchos años, según las condiciones orgánicas del individuo, las complicaciones mortuosas que en él preexistan ó después ocurran, y la malignidad ó intensidad del envenenamiento morbosos.

2.ª Esta enfermedad es por lo tanto espontáneamente incurable, y si á veces parece que no es mortal, es porque otra enfermedad accidental sorprende y mata al enfermo cuando no han acabado su evolución los trastornos viscerales á que la sífilis, continuando la vida, hubiera dado lugar indefectiblemente.

3.ª Es preciso, pues, *tratar* la sífilis; cometiendo un verdadero delito el médico, que aconseja lo contrario, ó que recomienda la expectación, la homeopatía ó remedios inertes é insuficientes para detener la evolución de tan terrible dolencia.

4.ª Es preciso apresurarse á dar los mercuriales con este objeto, antes de que la enfermedad llegue á los accidentes cuaternarios ó viscerales, porque si llega, la curación es ya imposible, y sólo podemos esperar alivios fugaces y desengaños tristes, por poco avanzada que se halle la producción gomosa en las vísceras principales para la vida.

5.ª Si se establece un tratamiento conveniente, no se fie el médico de esos períodos de silencio ó de esas treguas sintomáticas de la enfermedad, y creyéndola curada suspenda el plan antes de tiempo, porque la experiencia y la observación del curso espontáneo del mal nos demuestran bien á las claras lo peligroso de confiar en tan insidiosos apariciones.

6.ª Compéndase que desaparecen las sífilides, no es curarse la sífilis; pero conste que en la mayoría de los casos las sífilides se curan solas, siquiera no creamos tampoco conveniente dejarlas permanecer en la piel todo el tiempo que gusten.

7.ª Para tener exacta aplicación y ser bien comprendidas las deducciones precisas, es preciso no olvidar las diferencias que separan á enfermedades tan distintas como la verdadera sífilis y las afecciones venéreas y blenorragias, recordando que nos ocupamos sólo de la primera.

El curso de la sífilis, cuando la ciencia ha intervenido mal por ignorancia del médico, por desdicho del enfermo ó por otras causas, es el que más nos ha enseñado para hacer hoy que no sea el médico por lo ménos, el culpable de los progresos de la enfermedad. Cuando en los últimos años del siglo xv empezó á usarse el mercurio contra la sífilis, el miedo á los extragos del padecimiento, hacia temer poco á los extragos del remedio, y víéronse, como más tarde se han visto, siguiendo el método de las fricciones, todos los efectos inmediatos de los mercuriales administrados de una manera brusca para saturar rápidamente el organismo. A pesar de los graves efectos del medicamento que entónces no se podían combatir como hoy, se buscaba el pialismo como medio eliminatorio del humor peccante, y hasta se consideraba como de absoluta necesidad para la curación del *mal nuevo*.

Las observaciones repetidas han dado á conocer que este método curativo, que podríamos llamar agudo ó rápido, ni es necesario ni conveniente en la mayoría de los casos, porque sin evitar los perjuicios del mercurio, sino por el contrario buscándolos, no libra tampoco con seguridad al enfermo de que nuevos accidentes sífilíticos sobrevengan.

A enfermedad crónica, tratamiento crónico, hemos dicho en otro lugar de esta obra y lo repetimos aquí. Es inútil querer modificar, cuanto ménos curar radicalmente una enfermedad constitucional de larga fecha en pocos días; pero la saturación brusca de la sangre por los mercuriales es un ro-



curso poderoso, cuando se ha perdido tiempo; y debemos prescribirla en estos casos *para continuar después el tratamiento de la sífilis por el método ordinario.*

Suponiendo que un enfermo ha llegado á los accidentes terciarios sin tratamiento racional y urgido por la gravedad de los mismos detener algo con un medio profundamente perturbador la evolución de la sífilis, debemos buscar la saturación mercurial por las fricciones, ó mejor, por las fumigaciones, y ya algo más tranquilos, sustituir este plan, por el que comunmente se emplea; pero en los casos ordinarios ó cuando cogemos al enfermo al principio de su enfermedad, no debe recomendarse, á no ver malignidad ó intensidad excepcional en los primeros síntomas.

El uso de remedios en que no entra el mercurio, cuando se conocieron los inconvenientes de éste, ó mejor dicho, del abuso de éste, quiso hacerse de moda por algunos innovadores, y en verdad que no les faltaba razón, porque confundida ya en su época la sífilis con las afecciones venéreas y blenorragias, mucho más frecuentes que aquella, y administrando el mismo remedio para todas, eran más los casos en que perjudicaba que los casos en que dejaba ver sus beneficios.

Prescindiendo aquí de los explotadores de la salud humana, de cuyos roles, jarabes y emulsiones ya hemos hablado lo bastante, y fijándonos en los que de buena fe y con recta intención han tratado de buscar sucedáneos del mercurio, diremos también lo que la observación de numerosos hechos desgraciados nos enseña todos los días.

Los enfermos que han llegado á los accidentes terciarios sin hacer uso del mercurio, suelen ser tratados por muchos profesores con el yoduro de potasio, que en esta época de la enfermedad se ha recomendado y con razón para combatirla. En los casos en que el enfermo ha estado sujeto anteriormente á un tratamiento mercurial, dá muy pronto visibles y favorables resultados; pero cuando esto no ocurre, en vano es que esperemos la curación ni alivio tan marcado como deseáramos, y lo que pasa con el yoduro, sucede con todos los demás sucedáneos del mercurio.

Queriendo un reputado dermatólogo explicar esta diversidad de acción del yoduro de potasio, atribuye á este medicamento la virtud ó la facultad de hacer soluble el mercurio que en sustancia ó en combinaciones insolubles se halla en el organismo, devolviéndole de este modo su actividad perdida y haciéndole también eliminable por los excretorios naturales.

Pero sea la causa la que fuere y dejando á un lado explicaciones más ó menos probables, lo cierto es que no podemos confiar en el uso exclusivo de estos remedios de segundo orden, que á semejanza de la luna, que si dá luz la debe al sol, curan la enfermedad de que tratamos, sólo cuando el mercurio les ha preparado el terreno de un modo conveniente.

Una regla de conducta que no podemos por lo tanto olvi-

dar al poner en planta la medicación antisifilítica, será la de empezar siempre el tratamiento por los mercuriales, cualquiera que sea el período en que se encuentre la enfermedad, si anteriormente, y con el método y constancia necesarios, no ha hecho el paciente uso de ellos, debiendo advertir, aunque moleste la repetición y la insistencia, que del olvido ó del recuerdo de práctica tan racional depende la curación y la vida del enfermo.

Las irregularidades en el plan terapéutico, ó la falta de constancia suficiente para seguirle, nos han dejado ver irregularidades en el curso de la enfermedad, que han servido para indicarnos el verdadero camino ó el método más seguro para obtener su curación.

Cuando el desorden ha reinado en la terapéutica, cuando por ejemplo, después de poco tiempo de un tratamiento mercurial, se ha sustituido por otros remedios y suspendido todo para esperar á que la enfermedad respire por algún lado, los primeros accidentes que de ella han sobrevenido, han solido ser anómalos y al parecer más ligeros de lo que ser debieran; pero si confiando en esta circunstancia, sigue en suspenso el plan ó no se metodiza cual conviene; si animados por una esperanza ilusoria dejamos venir los accidentes terciarios ó cuaternarios, llegarán con espada en mano y mucho más terribles que si el mal no hubiera sido intervenido por la ciencia y le hubiera dejado á su espontánea evolución. De aquí se deduce lógicamente, que para intervenir mal en el tratamiento de la sífilis, vale más no hacer nada, y que el médico que se encuentre obligado á entender en casos de esta especie, debe hacer caso omiso de todos los tratamientos anteriores y empezar con valentía por los mercuriales para evitar mayores daños.

Hay circunstancias, sin embargo, que modifican algo la indicación del mercurio, ó que nos obligan á suspenderle y á darle con observación y cautela. La presentación del ptafisismo, fenómeno que no indica como querían los antiguos, que la enfermedad está curada, y por lo tanto que no es motivo para suspender definitivamente la medicación mercurial, nos obliga á suspenderla por el tiempo suficiente para detener la salivación con el clorato de potasa y con los reatorios astringentes; pero pasado este accidente, el plan debe seguir como ántes.

Las complicaciones morbosas, tan frecuentes en los sífilíticos, son las que más estorban y más pueden modificar el plan preconcebido. La escrófula, la anemia, el herpetismo, el escorbuto y otros estados morbosos diatésicos, complican la sífilis, y hacen dudar al médico más experto acerca del camino que debe seguir en el tratamiento. La experiencia nos ha demostrado que en semejantes mezclas morbosas, no es conveniente atender á la curación de una enfermedad sola, dejando la de las otras para más tarde, porque éstas se empeoran y aquella no obedece bien á la medicación que la con-

viene como cuando está aislada. Es, pues, preciso disponer un tratamiento simultáneo, según las reglas que expondremos más adelante, en las medicaciones específicas mixtas, con las cuales veremos, aunque siempre con dificultad, resultados benéficos.

Entremos ya, después de explorado el terreno en todos sentidos y con los datos necesarios, en la prescripción del plan más conveniente para la curación de la sífilis, y por lo tanto de las sífilides ó sífilis cutáneas, objeto principal de nuestro estudio.

Aunque el mercurio es en todas las épocas del mal el remedio que debe darse, cuando anteriormente no se ha dado, y aunque tenemos en estos casos por costumbre empezar por el bicloruro ó sublimado, que es el más activo y el que rara vez determina la salivación, fenómeno que creemos perjudicial como antisifilítico, y sólo ventajoso como revulsivo en el tratamiento de la íritis, la observación nos ha marcado ya los diferentes preparados hidrúrgicos que más convienen en los diferentes periodos del mal, y el modo y forma de administrarlos.

PRIMER PERIODO.—*Chancro y accidentes locales próximos.*  
—*Adenopatías, etc.*

Deben prescribirse el mercurio metálico (píldoras de Sedillot) fricciones con la pomada, etc., el protocloruro ó calomelanos, y mejor el sublimado, ya en la fórmula bien conocida del licor de Van-Swieten, ya en otras muchas no ménos activas de nuestros formularios (1).

(1) Uno de los métodos eficaces de administrar el sublimado es el de las inyecciones hipodérmicas.

Nuestro leuocóide concurrido con curiosidad los ensayos que en grande escala y en sala de docientos enfermos, ha hecho en el hospital de San Juan de Dios nuestro querido y sabio colega el doctor PÉREZ GILGEO, y debemos á su bondad una preciosa observación que figura en el Apéndice, y que recomendamos á nuestros lectores.

Las inyecciones se han puesto en la Jeringuilla de Pravaz en la espalda de los enfermos.

La fórmula del líquido inyectado en el tejido celular subcutáneo ha sido la siguiente: sublimado, 800 miligramos (16 granos); clorhidrato de morfina, 400 miligramos (8 granos); agua destilada, 300 gramos (12 onzas). M. para inyectar en granos cada vez.

El número de inyecciones que ha sido preciso hacer para obtener la curación ha variado entre 60 y 130, según el período de la enfermedad y las circunstancias del enfermo.

Nunca se han presentado abscesos ni flemas á consecuencia de la inyección; tampoco el dolor ha sido intenso ni duradero, pudiendo atribuirse á la morfinas sus buenos resultados.

El prurito se ha iniciado en unos enfermos pronto, en otros con dificultad; pero por lo común no ha hecho más que incidir en el borbote de las exudaciones, y nunca las temidas proporciones alarmantes como en los otros métodos de tratamiento emple tenar.

Nuestro querido colega ha hecho los ensayos y llevado las observaciones con la seriosidad y exactitud que le distinguen, sin emplear ningún otro remedio interno ni externo para que no hubiera lugar á dudas, y no se le escape que todo cambia su aspecto á medida que se prolonga el tiempo que ha durado.

A nosotros nos ha parecido el método muy útil para el tratamiento de la sífilis, muy conveniente en los hospitales por su baratura, limpieza y seguridad de que el enfermo toma la medicina, y un recurso no despreciable en los casos en que un padecimiento de estómago ó la poca tolerancia de esta víscera se oponen á la administración de los mercuriales por la vía superior; pero nos parece difícil de generalizar en la práctica civil, porque también que dure algún tiempo, los pa-

Los yoduros de mercurio, las fumigaciones mercuriales, el yoduro de potasio y todos los demás remedios antisifilíticos, ó no sirven ó sirven poco, en el tratamiento de los accidentes primarios, debiendo dejarse su administración para combatir los secundarios y terciarios.

Nosotros, que preferimos casi siempre el sublimado á las fricciones y á los calomelanos, en este primer período, le prescribimos en píldoras ó en disolución á la dosis de un décimo ó duodécimo de grano, dos veces al día, y la aumentamos gradualmente hasta un tercio ó medio grano, si no dá lugar á dolores cólicos fuertes ó á diarreas repetidas.

La fórmula más usada en España es un grano de sublimado por una libra de agua. Se empieza por dar una cucharada mañana y tarde, antes de los alimentos, y se aumenta cada dos ó tres días una cucharada por dosis hasta llegar á cuatro, cinco ó seis, según la tolerancia del estómago.

Esta medicación debe durar no sólo hasta que termine el primer período con la cicatrización del chancro, sino hasta que desaparezcan las sífilides exantemáticas, que rara vez se consigue evitar, á pesar de la eficacia y prontitud en prescribir el sublimado, ó cualquiera otro preparado de mercurio.

El tratamiento tóxico del chancro debe variar según sus circunstancias, en cuyos detalles no debemos entretenernos por no hacer demasiado largo este capítulo, invadiendo el terreno de una especialidad afine, y porque en obras de sífilografía encontrará el lector todo lo que desee acerca de este asunto; pero sirva de norma para evitar ciertas inconveniencias, que los clínicos, ó para ser más exactos, la destrucción de la parte enferma, no detiene la evolución de la sífilis constitucional, y que son por lo tanto inútiles ó perjudiciales las cauterizaciones que algunos hacen con la piedra infernal, la pasta de Viena, etc.

Disoluciones ligeras de ácido fénico, de nitrato de plata, sulfato de cobre ó tartrato férrico potásico, son, cuando más, las que recomendamos en nuestra práctica para loción ó cura con hilas dos ó tres veces al día, y fiamos al tratamiento interno la resolución del chancro ó de la induración sífilítica.

SEGUNDO PERIODO.—*Sífilides exantemáticas; sífilides circunscritas, resolubles y ulcerosas; afecciones coincidentes de las membranas mucosas, del testículo, del ojo, etc., etc.*

Si es este el momento que escoge el enfermo para empezar á curarse, lo que por desgracia es frecuente ver en la práctica, debemos prescribirle á lo ménos durante un mes el sublimado como si se tratase del primer período de la sífilis.

Entonces se curará de sufrir diariamente por más de un mes los pinchazos y el dolor que ocasiona el líquido al ponerse en contacto con el tejido celular subcutáneo.

Este método basta para conseguir la curación de la sífilis en dos primeros periodos; pero en el tercero hay que auxiliar su acción con el uso interno del yoduro potásico, porque hasta ahora no se ha podido conseguir una fórmula de yoduro mercurial que pueda lograrse sin inconvenientes como la de sublimado, indicada por Liegeois y usada en los experimentos que acabamos de mencionar.



Si la iritis simple ó doble amenaza la vida de órganos tan importantes como los de la vision, le substituiremos por las fricciones, por las fumigaciones ó por el uso interno de los calomelanos á la dosis de medio á un grano, repetido tres ó cuatro veces al día, método más seguro que el de Law para procurar con rapidez la salivacion ó estomatitis revulsiva, y la alteracion de la sangre necesaria para impedir las exulaciones inflamatorias de la cámara anterior del ojo; pero si no hay iritis y el enfermo ha sido bien tratado en los accidentes primarios, el medicamento que la práctica ha sancionado como más útil para los secundarios cercanos al chancre, que son los menos graves y profundos, es el yoduro mercurioso, á la dosis de medio á un grano, repetida ó aumentada despues gradualmente segun la tolerancia ó la necesidad.

Las sífilides circunscritas resolutivas ó ulcerosas ceden pronto al uso continuado durante uno, dos ó tres meses del protoyoduro de mercurio y el opio ó el tridacio que generalmente se le adiciona para que el estómago lo soporte mejor, siguiendo en esto los consejos y fórmulas de Ricord y otros sífilógrafos modernos á cuyas obras debemos remitir á los lectores que más datos necesiten.

Mientras el yoduro mercurioso no produzca la salivacion, no debemos suspenderle, hasta que pasados dos ó tres meses, por lo ménos, podamos juzgar por el estado del enfermo que no está amenazado de un nuevo brote de sífilides ó de otro accidente secundario ó terciario.

No habiendo dato seguro para adquirir el convencimiento necesario en asunto de tanta trascendencia, no debe suspenderse de pronto el tratamiento, sino lenta y gradualmente, atenuando primero las dosis y dándolas despues una semana sí y otra no, hasta que pasen otros cuatro ó cinco meses, tiempo suficiente ya para considerar curado al enfermo.

Si en el curso del tratamiento se han presentado nuevos brotes de sífilides, el plan debe durar aún más tiempo, y si éstas han sido graves, ulcerosas ó generalizadas indicando una malignidad que no aparecia en los primeros momentos de la enfermedad, debe substituirse el yoduro mercurioso por el yoduro mercurico, medicamento muy activo, que por lo mismo se ha dado con miedo por la generalidad de los prácticos, y que nosotros prescribimos en píldoras á la dosis de un tercio de grano, pudiendo aumentarla hasta un grano; pero sólo una vez al día; ó en disolucion, mezclado con el yoduro potásico, formando la mistura de que hablaremos muy pronto, tan indicada para combatir las sífilides graves y gomosas del tercer periodo ó los accidentes de transicion entre los secundarios y terciarios.

El tratamiento tóxico de las sífilides no es muy necesario en las exantemáticas y resolutivas, puede prescindirse de él en algunas ulcerosas, si son superficiales, benignas y no atacan puntos muy visibles ó importantes de la piel; pero fuera de estos casos debemos tratarlas y combalarlas con la mayor

energía y rapidez, contando por fortuna con remedios para conseguir su pronta cicatrizacion.

No faltan sífilógrafos de conciencia y saber, que fundándose en las mismas razones que dimos para oponernos á la cauterizacion del chancre, se oponen tambien á la idea del tratamiento tóxico de las sífilides ulcerosas; pero cuando éstas son voraces, fagocénicas ó corrosivas, cuando atacan toda la superficie del cuerpo ó pueden destruir en pocos dias la nariz, los párpados, los labios ó tejidos difícilmente reparables, ¿quién dudará de la conveniencia, ya que hay posibilidad, de detener la destruccion de órganos importantes ó de agotar una saniosa y repugnante supuracion, que aniquila las fuerzas del enfermo y le deja permanecer durante meses alejado de la sociedad, presenciando á solas, como Job, la muerte sucesiva de toda la superficie de su cuerpo?

Nosotros no creemos en la depuracion, que ideas anticuadas y erróneas han hecho infundir en la ignorante imaginacion del vulgo.

No porque salga fuera la sífilis se cura esta enfermedad. Por el contrario, cuantas más sífilides se presenten, más grave es el mal y más terribles serán los accidentes posteriores que en su curso aparezcan.

Esto, que ha probado infinitas veces el curso espontáneo de la sífilis, nos hace acudir con remedios locales á combatir las sífilides, que si son ulcerosas pueden fácilmente contagiarse por descuido á otras personas, y que aunque no sean deben aumentar los grados de la intoxicacion general ya establecida.

¿Qué son las sífilides, sino focos virulentos ó depósitos del gérmen morbosos? Se dirá, que por esta idea, en las ulcerosas debia dejarse ó favorecer su eliminacion; pero ¿no es más lógico destruirle al vez que debilita profundamente al enfermo, ó que amenaza mutilar un órgano importante de su cara ó de su cuerpo?

Al encontrarnos frente á frente de la gangrena, buscamos la causa interna que puede producirla ó sostenerla, y la combatimos; pero no nos descuidamos tampoco en aplicar á la parte enferma el coaltar, el permanganato de potasa ó el alcohol alcanforado, que por sí solos muchas veces detienen el progreso del mal, evitando con ello, además de pérdidas irreparables, la infeccion purulenta, que tal vez siguiera á una supuracion más larga ó continuada.

Pues esto mismo hacemos nosotros en las sífilides resolutivas con los baños de sublimado, y en las ulcerosas con las pomadas de los yoduros de mercurio, solas ó alternando con los catércticos ó con los cáusticos. Un baño de sublimado (1) cada dos ó tres dias, puede darse impunemente y sin miedo á la absorcion en las sífilides resolutivas ó no ulcerosas, y

(1) Generalmente ponemos de dos á cuatro decenas para cada uno.

veremos sensiblemente el auxilio que presta á la medicación interna, apresurando la resolución de aquellas; pero no nos atrevemos á recomendarlo en las ulcerosas, sobre todo si son numerosas y extensas.

Las pomadas de los yoduros de mercurio (4) más ó ménos concentradas segun las exigencias del mal, hacen cicatrizar rápidamente las ulceraciones sífilíticas consecutivas á las sífilides, empezando por detener la supuración saniosa que exhalan, neutralizando su mal olor y propiedades irritantes, y excitando de un modo especial la vida de los tejidos denudados, que se hacen asiento de una inflamación ulcerativa simple, substitutiva de la inflamación ulcerativa específica ó virulenta.

Aunque estos preparados de mercurio son los más indicados en el tratamiento tópico de las sífilides ulcerosas, hay otros medios que sin ser mercuriales producen análogos efectos. Muchas veces hemos cicatrizado rápidamente tales ulceraciones con cauterizaciones hechas con el nitrato de plata fundido, y cura después con agua fría ó con una disolución de la misma sustancia.

Las curas con el alcohol simple, con el alcanforado, con el fenico, etc., detienen igualmente la supuración, detergen la úlcera y la ponen en camino de repararse. Otras sustancias astringentes, cuya enumeración seria larga é innecesaria en este momento, pueden dar el mismo resultado, aunque más lento y ménos seguro; pero lo que no debemos olvidar es el huir de aplicaciones emolientes líquidas y sobre todo grasosas, porque una simple aplicación de manteca ó de cetrato, basta para ensuciar una úlcera que empezaba ya á repararse ó para hacer correr el fagedenismo establecido.

TERCER PERIODO.—*Sífilides profundas.*  
Afecciones sífilíticas de los tejidos muscular, fibroso, óseo y celular subcutáneo ó submucoso (2).

En este período, como en todos, es preciso saber si el enfermo ha hecho ó no anteriormente un uso metódico de los mercuriales.

Si no lo ha hecho, es urgente aprovechar el tiempo, em-

pezando por dar al enfermo, no el sublimado ó el protoyoduro, sino tres ó cuatro fumigaciones mercuriales (4) hasta que se inicie el pútilismo.

Después de un corto descanso para evitar el que éste se aumente ó para detenerle si es necesario con el uso externo é interno á alta dosis del clorato de potasa, puede darse al enfermo durante quince días ó un mes el protoyoduro de mercurio á la dosis de uno ó dos gramos, y después, ó antes, si los dolores osteócosos ó los periostosis lo reclaman, el yoduro potásico á dosis también fuertes y á diferentes horas que el protoyoduro.

Si á pesar del uso anterior y metódico de los mercuriales, la enfermedad no ha detenido su evolución, y el tercer período se presenta, ó bien seguimos este último camino, ó bien administramos la mistura de yoduro potásico-mercúrico de nuestros formularios, que se compone de un grano de biyoduro de mercurio, una ó dos dracmas del yoduro potásico y ocho onzas de agua, para tomar al principio una cucharada dos veces al día, aumentando progresivamente hasta cuatro.

Si no se nota alivio con los mercuriales, y en vez de observar su acción terapéutica, nos encontramos sólo con la tóxica, por no llamarla fisiológica; si vemos al enfermo demacrarse ó abotagarse; si la anemia ó el escorbuto mercurial se inician amenazadores, es preciso suspenderlos y sustituirlos con los tónicos amargos, con los ferruginosos ó con el aceite de hígado de bacalao.

Si los periostosis ó los dolores osteócosos no ceden, deben también suspenderse y contentarnos con los tónicos y el uso exclusivo del yoduro potásico á dosis sucesivamente mayores, empezando desde luego por un escrúpulo y subiendo rápidamente á una ó dos dracmas por la mañana y otro tanto por la noche. Una pequeña cantidad de ópio hace muy tolerables estas dosis, al parecer crecidas (2).

No podemos entrar en más detalles, inútiles aquí y sólo necesarios en un capítulo de clínica sífilográfica; pero advertiremos para disculpar nuestra falta, que cada enfermo y cada afección sífilítica de este período, segun sus circunstancias, exige modificaciones en el tratamiento.

No es posible, pues, que nos detengamos á tanto, y añadiremos solamente una particularidad notable del tratamiento tópico de los accidentes terciarios. Cuando el accidente terciario ocupa la piel, los emplastos mercuriales de ranas ó de

(1) La de protoyoduro ó yoduro mercurial se compone de medio ó un escrúpulo por onza de mieloma. La de medio escrúpulo, debe dejarse para usarse á las sífilides intersticiales no ulceradas ó para las úlceras que han empezado á repararse. La de un escrúpulo debe preferirse para la cura de las úlceras. El biyoduro obra como óxido energético, poniendo de medio á un escrúpulo por onza de manteca, y como excitante poderoso y astringente á menor concentración, por lo que se aplica en aquellos casos en que la de protoyoduro no basta para detener el fagedenismo y procurar el período de reparación. Si empleamos la penada clásica, bastará con una, dos ó lo más tres aplicaciones para excitar ó deterger lo subsistente, y entonces debemos sustituirla con la de protoyoduro. Si avanzase la misma concentración, tampoco debemos abusar de ella, restringiéndola también con la misma, porque se se presta á la absorción tan fácilmente cuando el fondo de la úlcera empasta ya á la limpieza de la exfoliación blanca que le recubre siempre, hasta que tiende á cicatrizar.

(2) Las afecciones del tejido celular subcutáneo ó submucoso son las tumores gomosos ó gomas, formando é inflamando lentamente todo el espesor de la piel del lugar á lo que tienen denominación sífilides gomosas. Cuando se presentan debajo de las membranas mucosas de la lengua ó de la faringe, determinan ulceraciones profundas y graves, muy diferentes de las ulceraciones que coinciden con las sífilides exantemáticas.

(1) Las que usamos en nuestro hospital se hacen poniendo en un brasero dos dracmas de cinabrio y otras tantas de estoragao. El enfermo debe colocarse, en la caja de madera del baño de vapor, en cueros, ó si está grave debajo de un arco grande de fractura en su propia cama. No puede obligarse á que respire continuamente los vapores que se desprenden; pero da vez en cuando de los hacer algunas inspiraciones.

(2) El yodismo, ó sean los efectos tóxicos del yoduro de potasio, no se presentan con las dosis altas, más por el contrario, con las pequeñas y repetidas, y lo mismo pasa con el bromuro de potasio. Es cierto que fuimos tan anti-homopáticos de ambos remedios. Las dosis altas son terapéuticas; las bajas perijonitales para la enfermedad que tratamos de combatir, cuando no son tóxicas para el enfermo.



Vigo, ejercen sobre él una acción resolutive muy notable.

Si las gomas han llegado al período de supuración, las úlceras resultantes cicatrizan pronto, curándolas por el método de Walynton con tiras compresivas de los referidos emplastos, que se levantan todos los días para cauterizar aquellas ligeramente con la piedra infernal ó con una disolución cáustica de tintura de yodo ó de sublimado. Si la afección es más profunda, ocupa el espesor de los músculos, ó se halla en el periostio ó en los huesos, las fricciones « loco dolenti » con la pomada mercurial calman rápidamente los dolores y resuelven las exudaciones intramusculares ó subperiósticas con más facilidad y prontitud que todos los recursos ó remedios internos, incluso el yoduro potásico. El uso simultáneo de este medicamento y de las fricciones mercuriales, dá por lo tanto resultados tan rápidos como inesperados; pero de todos modos, en ningún momento de la enfermedad sífilítica se ve más palpablemente que en éste el efecto positivo del mercurio, tópicamente administrado.

*CUARTO PERIODO.—Afecciones sífilíticas de las vísceras y de los ganglios intracavitarios.*

La producción de las gomas sífilíticas en el interior de los parenquimas se verifica de una manera tan lenta é insidiosa, que cuando dá lugar á manifestaciones sintomáticas de las vísceras afectas, está ya la enfermedad muy adelantada, y es impotente la ciencia para detenerla en su funesta marcha. Sin embargo, algún alivio puede proporcionar la medicación antisifilítica, impidiendo la producción de nuevas gomas, y alguna esperanza cabe, si el enfermo está virgen de tratamiento.

En este último caso, debe empezarse siempre por las fumigaciones, á no estar el enfermo moribundo, porque cualquiera otro recurso es lento é impotente. Después usaremos con la observación y con las treguas convenientes el biyoduro de mercurio en píldoras ó la mistura del yoduro potásico-mercúrico á las dosis y en la forma anteriormente indicadas.

Si se trata de la sífilis infantil, debemos sustituir estos remedios por las fricciones y por el sublimado al interior, y en todos los casos el hierro, la quina y demás tónicos deben auxiliar su acción, procurando dar al enfermo las fuerzas que le van faltando.

Réstanos, para concluir, anticipar una idea acerca del tratamiento de la sífilis por las aguas minerales, tan preconizado en España por muchos, sólo porque la fama haregonado triunfos de algunos manantiales de nuestro país, notables ciertamente por varias de sus circunstancias.

La sífilis, la verdadera sífilis, y repetimos la frase para que se recuerden sus diferencias con las afecciones venéreas, no se ha curado nunca, ni se curará en lo futuro con el uso de ninguna de las aguas minerales conocidas en todo el globo.

Sería preciso que se descubriesen algunas en las que se hallase el mercurio en cantidad considerable, para que pudié-

ramos fundar ligeras esperanzas, porque aún después de tal hallazgo necesitaríamos, para ser lógicos, obligar al enfermo á permanecer meses ó años enteros sujeto á su administración.

No hablamos de exigir milagros á las aguas minerales, cuando con el mercurio en preparaciones distintas y bien dosificado, tardamos tanto y luchamos sin tregua para conseguir algunos resultados.

Se ha creído que las aguas muy termales, sobre todo si son sulfurosas, curaban la sífilis haciendo eliminar por el sudor y por otros emunctorios el veneno sífilítico; pero ya hemos probado anteriormente que éste no se elimina, sino se neutraliza, y la observación diaria nos demuestra que las aguas minerales que pueden curar afecciones venéreas, en cuya cuestión no debemos entrar, exacerban á menudo las sífilíticas, si ántes no han sido tratadas bien por los mercuriales.

Prescribáse á un enfermo como único tratamiento las aguas de Ardena ó de Arnedillo, por ejemplo, inmediatamente después de haber sufrido el chancre sífilítico, y al segundo ó tercer baño brotará una sífilis más extensa y grave seguramente que la que espontáneamente hubiera brotado más tarde. Otro tanto ocurrirá en períodos más avanzados, si el enfermo no ha tomado largo tiempo los mercuriales, y ya hemos dicho que la sífilis no se cura haciendo que broten sífilides.

Las reminiscencias galénicas hacen mucho daño aún en la época actual, y esta tendencia á creer en la eliminación de ciertos humores pesantes, perjudica para el progreso de la ciencia.

Decir esto no es negar la utilidad de ciertas aguas minerales, como ayudante ó modificador del tratamiento principal; pero la ciencia no puede admitir mistificaciones, y las cosas deben ponerse en su verdadero lugar para no caer en el ridículo, exponiendo nuestra reputación ó la vida de los enfermos.

Ninguna agua mineral conviene si ántes ó al mismo tiempo no se emplean los mercuriales. A pesar de este tratamiento, ninguna muy termal conviene tampoco en los dos primeros períodos de la enfermedad, siquiera pueda ser muy útil, pero no como antisifilítica en los últimos.

Fijemos, pues, las condiciones y las circunstancias en que las aguas minerales pueden producir buenos resultados ó servirnos de signo pronóstico importante.

En los casos dudosos en que queramos averiguar si la sífilis tratada por los mercuriales ha desaparecido ó queda aún latente en el organismo, el uso de las aguas termales indicadas ó de otras parecidas, pueden servirnos de piedra de toque, porque si con él brotan sífilides, claro es que no se ha extinguido el mal, y viceversa.

Pasado el segundo período, y empezando el tercero, á pesar de los tratamientos anteriores, las aguas yoduradas ó bromuradas-sódicas en bebida y en baño templado, están

perfectamente indicadas (1); pero los baños fríos ó muy calientes deben proscribirse por completo.

En las afecciones graves del tercer periodo, cuando se ha abusado de los mercuriales, pueden recomendarse las mismas y tambien las sulfurosas térmicas en toda su potencia (2), para activar las secreciones y exhalaciones y perturbar el modo de ser de ciertos enfermos que no admiten los mercuriales ó yodurados; á pesar de necesitarlos, para conseguir por este medio su curacion.

En Archena se modifican bien esos estados semiaquéuticos del tercer periodo de la sífilis mal tratada, y los enfermos se ponen en disposicion de continuar el tratamiento, que seria conveniente ordenasen despues, metodizándolo segun las circunstancias de la enfermedad.

Algunas otras aguas salinas (3) salino-purgantes, alcalinas y sulfurosas templadas, se prescriben en España contra los accidentes sífilíticos; pero no pueden constituir, repetimos, más que un incidente de la medicacion que nos ocupa. Los médicos de los Establecimientos balnearios, pueden, aunque las aguas no sean antisifilíticas, arreglarse de modo que ó bien lo sean artificialmente, ó bien no perjudiquen al enfermo, con lo que ganará mucho la fama de sus aguas, y no tendrán necesidad de recurrir á la falsa idea de la depuracion (ó de que salga fuera el mal, como generalmente se dice), para explicarles la exacerbacion ó la nueva salida de las erupciones sífilíticas que no hay derecho ni motivo científico bastante para provocar.

Que hagan templados y den cortos sus baños; que alternen su uso con algunos de salvado hidrargíricos; que hagan á sus enfermos curarse sus úlceras ó untarse sus costras por la noche, al retirarse á la cama, con la pomada de protoyoduro de mercurio; que alternen con el uso interno del agua, el sublimado, los yoduros de mercurio ó el de potasio, segun el periodo de la enfermedad, y verán como sin depuracion ni agravacion alguna, salen siempre mejorados de sus establecimientos los pobres enfermos que á ellos van á buscar su salud, fiados en la virtud milagrosa de sus aguas. *Hágase el milagro*, que al paciente le importa poco saber quién le hace.

3.ª *Medicacion antiherpética.*—El herpetismo ó vicio herpético, herpes de Bazin, vicio ó diátesis dartoza de otros dermatólogos, es una enfermedad constitucional muy crónica ó de curso muy lento, no contagiosa ni inoculable, hereditaria, aunque puede adquirirse tambien por diferentes causas

no específicas, propia de la edad adulta, y que se caracteriza por erupciones ó dermatosis crónicas, tenaces, simétricas, pruriginosas, que se reproducen con más ó ménos frecuencia segun el periodo ó periodos del mal, y se acompañan en los primeros de una salud general perfecta, y en los últimos de afecciones exudativas de las membranas mucosas, de neuralgias, neuropatías y afecciones profundas viscerales de curso raro, y por lo mismo de difícil diagnóstico para poder fijar á priori, es decir, durante la vida, su denominacion anatomopatológica.

Nuestros antepasados vieron ya esta relacion entre las afecciones cutáneas crónicas y otras afecciones profundas, pero no llegaron á establecer la unidad morbosa, ni estudiaron bien los periodos de la enfermedad constitucional, contentándose con relacionar entre sí afectos localizados, y atribuyendo casi siempre á repercusiones, lo que en la mayoría de los casos depende del curso natural del padecimiento. Llamaron causa á lo que es la enfermedad misma, y no siguieron paso á paso su evolucion, sin duda porque es muy lenta, y exige largo número de años para llegar á su término. Y como este término, siempre funesto, no llega sino en las formas malignas, ó cuando el mal se abandona en los primeros periodos; como su lentitud misma y la edad avanzada ó adulta en que se manifiesta, permiten casi siempre á otras enfermedades agudas destruir ó matar al individuo, y como, en fin, no es posible hacerlo todo en un día, se escaparon á su observadora penetracion los hechos clínicos y terapéuticos más importantes para el enlace de todos los demás, y no pudieron llegar á la síntesis que hoy creemos poseer.

El herpetismo, formado como la sífilis, por un conjunto de afecciones relacionadas intimamente entre sí, á pesar de los distintos puntos que ocupan ó de los diferentes tejidos que atacan, se diferencia fundamentalmente de aquella enfermedad, lo mismo que de la escrófula y de todas las diátesis que podríamos llamar tróficas, en que nunca ataca los huesos, ni dá lugar como ellas en la piel ni en las mucosas á tubérculos, á tumores, ni á úlceras (1), siendo sus formas ó lesiones elementales, granulosas y pruriginosas, ya secas, ya húmedas ó exudativas; sus síntomas más importantes, los nerviosos, como el dolor y la picazon; su carácter más sobresaliente, la tenacidad y facilidad ó propension á reproducirse, y su remedio el arsénico.

No tenemos, sin embargo, en este medicamento la confianza que en el mercurio para curar la sífilis, en la quinina para tratar las intermitentes, ó en el ópio para calmar el dolor; pero hoy por hoy es el de accion más segura, aunque lenta, sino para curar rápidamente las erupciones herpéticas, que obedecen más á los tópicos astringentes y sobre todo á la

(1) En España hay varios manantiales importantes de esta clase. Citaremos entre ellos Arnudiol y Orreaga del río Alhama.

(2) Archena, Lebena, Esparragosa y otras muchas que tenemos en España, son las más indicadas para estos casos, á pesar de estar contraindicadas en los primeros periodos del mal.

(3) Las de Quinto se han recomendado para las afecciones venéreas, y no perjudican como los teriacos sulfúricos en los primeros periodos de la sífilis.

(1) No dando lugar á úlceras no puede tampoco determinar escrófula.



brea, al menos para evitar sus reproducciones y detener la evolución del mal, que andando el tiempo, como hemos dicho, ataca tejidos y órganos importantes, sin abandonar por eso, como las otras diátesis, el tegumento externo.

Los datos, bien oscuros por cierto, que la fisiología patológica nos proporciona acerca del herpetismo, así como los datos que nos proporciona la observación acerca de la acción fisiológica del arsénico, no nos explican bien sus virtudes medicinales. Excitando este medicamento ligeramente, cuando se dá á cortas dosis, la mucosa gastro intestinal, aumenta el apetito, ayuda la digestión, y por lo tanto la asimilación nutritiva, y entrando en el torrente circulatorio favorece la oxigenación de la sangre, aumenta la energía de la fibra muscular, modera y normaliza la acción nerviosa en sus manifestaciones, tanto locales como generales, y oponiéndose á la desnutrición de los demás tejidos, contribuye, sin embargo, á la desasimilación de los depósitos grasos que en la piel se forman. Eliminiéndose, aunque con dificultad, por la orina, por el sudor ó por la bilis, lleva á estos órganos un aumento de actividad funcional saludable, y es lo probable que al combinarse en la sangre con la albúmina y al llegar el momento de la formación de los glóbulos rojos, obre como el hierro, el manganeso y otros metales, pero de una manera especial y algo diferente á la de todos ellos, si atendemos á lo que á dosis mayores ó tóxicas ocurre en el organismo. También es probable que al eliminarse ó detenerse en el tegumento, obre *localmente* sobre las dermatosis, como al eliminarse por las secreciones viscerales ó al detenerse en las vísceras ataque la alteración histológica, hoy desconocida ó no bien definida del herpetismo parcinquinoso.

El tratamiento del herpetismo no es idéntico en todos sus periodos, y puede hoy legislarse, una vez conocidos éstos en su curso natural y espontáneo, atendiendo á la forma benigna ó maligna del padecimiento, á las condiciones de las lesiones tegumentarias, nerviosas ó viscerales que se presenten en su movimiento evolutivo, á la antigüedad del mal, á su carácter hereditario ó accidental y al tratamiento que haya tenido antes de nuestros cuidados.

**PRIMER PERIODO.** Este periodo está constituido por lo común por afecciones cutáneas agudas, generalizadas ó pseudo-exantemáticas, que no se consideran por los prácticos como dependientes del herpetismo, y pasan desapercibidas otras veces por confundirlas en nuestro país con la denominación vulgar de hervor de sangre.

La roséola, el herpes zona y el flictenóides, el eritema, la erisipela, el lippen, el eczema, el herpes, los diviesos y otras dermatosis en su forma aguda, pueden ser pseudo-exantemáticas ó simplemente inflamatorias; pero también son muchas veces manifestaciones del primer periodo del herpetismo.

Como son primeras manifestaciones, no hay que buscar antecedentes en el individuo, pero pueden hacer sospechar su

naturaleza los antecedentes de la familia, y se confirman *a posteriori* por las afecciones del segundo periodo que más adelante sobrevienen.

Acompañadas de fiebre y de dolor si son muy inflamatorias ó generalizadas, y sólo de dolor ó de picazón si son subagudas, se reproducen varias veces en el individuo, ya por los cambios de estación, de localidad ó de alimentos, ya por causas excitantes ligeras, que con seguridad no darían tal resultado en sujetos no predispuestos.

Se presentan en la juventud y edad adulta desde los 20 á los 40 años, en sujetos nerviosos, flacos ó de formas angulosas y fuertes, y se acompañan ó alternan con ligeras afecciones catarrales ó neurálgicas, ó con hipersecreciones biliosas, porque la ideosincrasia gastro-hepática es casi constante en los herpéticos.

Algunas veces falta este primer periodo, y el herpetismo empieza desde luego por el segundo, caracterizado por la cronicidad, simetría y limitación ó circunscripción de las afecciones tegumentarias.

No es infrecuente ver hemicranias, corizas ó faringitis granulosa tenaces y rebeldes, que se presentan iniciando un herpetismo que poco tiempo después se demuestra por sus dermatosis crónicas características; pero el tratamiento en estos casos es el del segundo periodo, á que en realidad pertenecen.

El tratamiento antiherpético, que la costumbre ha establecido y sancionado como preferible en el primer periodo de esta enfermedad, es, más que específico ó arsenical, espoliativo ó derivativo.

Los purgantes repetidos y los baños templados de agua común ó mucilaginosos dan excelentes resultados, así como las bebidas diluentes ó refrigerantes y los diuréticos; pero en los intervalos, sería conveniente el uso de los arsenicales.

Como casi siempre hay duda de si se trata de una afección aguda simple ó de las primeras manifestaciones herpéticas, el médico no se atreve á prescribir un remedio que hasta hace poco, ha asustado, por el nombre que tiene, á los enfermos; pero cuando nosotros hemos presumido ó diagnosticado con seguridad el herpetismo incipiente ó primario, hemos hecho tomar durante varios meses un décimo de grano al día de arseniato de sosa en dos dosis, y tenemos la pretensión de haber detenido la evolución ulterior del padecimiento en sujetos que debían heredarle ó haberle heredado.

**SEGUNDO PERIODO.** Aparecen en primavera ó en verano, y como hemos indicado, erupciones crónicas, por su curso y tenacidad, aunque tengan algunos fenómenos locales agudos; se desarrollan en ambos lados del cuerpo con una simetría tan constante como digna de estudio por sus condiciones y regularidad; se acompañan de picazón, ligera en las formas secas escamosas, irresistible en las húmedas ó exudativas y en las secas papulosas, pero que siempre se exacerba por la

noche y con el calor; y después de dar lugar á otros fenómenos característicos que sería prolijo enumerar en este sitio, declinan y desaparecen en el invierno, ó en el otoño, sin dejar en la piel señales de su paso. A la primavera ó al verano siguiente, ó después de una causa excitante ligera, la dermatosis se reproducirá, no adoptando como las sífilides, forma elemental diferente, sino la misma; vesiculosa, si ántes lo fué; ó escamosa, si con escamas se anunció la primera vez.

El tiempo que dura este período es muy variable y depende de la benignidad ó malignidad del mal, de las condiciones del enfermo y de las causas ó agentes morbosos que sobre él obran.

En las formas benignas, en individuos que se cuidan y que tienen buenas condiciones orgánicas, el mal, aunque se reproduzca de tiempo en tiempo, se estaciona y no avanza en muchos años; pero en circunstancias opuestas, viene pronto el tercer período.

Con las *herpétides* circunscritas del segundo período del *herpetismo*, encontramos siempre afecciones granulosas, eritematosas ó muy exudativas (catarros crónicos) de las membranas mucosas, no ya ligeras, fugaces y generalizadas como las del primer período, sino por el contrario, circunscritas, fijas y tenaces, aunque todavía curables y obedientes á un tratamiento racional.

Las corizas, las hemorroides, las granulaciones faríngeas, las blefaritis glándulo-ciliares, los catarros bronquiales, son la cohorte obligada de las *herpétides* crónicas y con ambas coinciden ó alternan las hemicranias, las gastralgias, las dispepsias y las neuralgias intercostales.

El *herpetismo*, pues, en su segundo período, ataca todo el tegumento, tanto externo como interno, pero en puntos diseminados y distantes, en los cuales se fija por más ó ménos tiempo y con variable intensidad.

Fluxiones parciales semejantes deben ser las que se localizan en los nervios para determinar las neuralgias.

El tratamiento del *herpetismo* en este período, que es el más común ó el que generalmente se presenta á nuestra observación pidiendo los auxilios de la ciencia, ha de ser á la par general y local.

El general ó interno tiene por base el arsénico, y por auxiliares, numerosos sucedáneos y otros agentes de las medicaciones generales antiflogística, resolutive, calmante y revulsiva.

**Arsenicales.**—El ácido arsenioso, los arseniatos solubles de sosa, de potasa y de amoníaco, y el arseniato ferroso, que es insoluble, son los preparados de arsénico que comunmente empleamos.

El ácido arsenioso es el ménos usado, por ser el más peligroso y no poder aumentar las dosis con la facilidad y método que lo hacemos con los arseniatos. Forma parte de las píldoras asiáticas y de otras preparaciones farmacéuticas muy enérgicas y se emplea en los casos más rebeldes, empezando por un cincuentavo de grano por dosis dos veces al día y subiendo lentamente hasta un cuarto de grano como dosis máxima (1).

Al cabo de mes y medio ó dos meses de esta medicación debe suspenderse por diez ó doce días, y al comenzarla otra vez, hacerlo por las dosis mínimas y siguiendo el mismo método.

El ácido arsenioso es preferible á los arseniatos cuando lo que más urge combatir son afecciones profundas ó tegumentarias internas y neuralgias, siempre que no estén localizadas en el estómago ó en el tramo superior de los intestinos.

El arseniato de sosa se ha empleado desde muy antiguo bajo la fórmula bien conocida de Pearson (2); pero es muy molesta la dosificación á gotas, sobre todo cuando se toman en número considerable. Se empieza comunmente por seis ó siete gotas dos veces al día, y se va poniendo diariamente una más en cada dosis hasta llegar á cincuenta.

Es mucho más cómodo disolver un grano del arseniato en una libra de agua y dar una cucharada común (que contiene un veinticincoavo de grano del medicamento), dos veces al día, aumentando una cada dos ó tres días hasta que el enfermo se tome doce, cantidad máxima, en las 24 horas.

El arseniato de amoníaco debe darse á las mismas dosis y en la misma forma que el de sosa (3) aunque es algo más excitante de la mucosa gástrica.

Tanto el de sosa como el de amoníaco, deben preferirse en las *herpétides* húmedas subagudas, ó crónicas muy exudativas, si el enfermo no es linfoático ó está deteriorado por sus largos sufrimientos.

Lo mismo que el ácido arsenioso y que todos los preparados de arsénico, su administración no conviene que sea continuada muchos meses, sino interrumpida de tiempo en tiempo para descansar y purgarse.

El *arsénito* de potasa es, después del ácido arsenioso, el preparado más activo de arsénico. Se administra comunmente bajo la fórmula de Fowler (4), empezando por una gota y subiendo lentamente hasta diez ó doce, una ó dos veces al día.

Nosotros prescribimos simplemente un grano del *arsénito* de potasa en dos libras de agua destilada para tomar á cucharadas en la misma forma que el ácido arsenioso, pues fácilmente se comprende que teniendo cada libra medicinal de

(1) La fórmula que empleamos debe ser: Ácido arsenioso, un grano; agua destilada, una libra; disuélvase para tomar una cucharada de las de postre dos veces al día, ó si se quiere mejor dosificado, para tomar dos dracmas de esta disolución mañana y tarde, aumentando cada dos días un escrúpulo en cada dosis, hasta que llegue á una y media en cada una como máximo.

(2) Se compone aproximadamente de un grano por una libra de agua destilada, cada una tiene un veinticincoavo de grano.

(3) La fórmula de Biett es: un grano por una libra de agua para tomar á cucharadas; cada una tiene un veinticincoavo de grano.

(4) El Licor de Fowler se compone de: Ácido arsenioso y carbonato de potasa, de cada cosa 5; agua destilada 500; alcohol de uvas, 16. Cada 25 gotas contiene un quileto de grano de ácido arsenioso.



agua veinticinco cucharadas, corresponde á cada una un cincuenta de grano; de esta manera, sin recordar fórmulas, hasta al práctico saber ó conocer estos tres datos, que simplificarán mucho el manejo, al parecer difícil, de estos remedios:

1.º El ácido arsenioso y el arsénito de potasa deben administrarse á un cincuentavo de grano por dosis primera, aumentando despues gradualmente, hasta un quinto como máximo.

2.º Los arseniados de sosa y de amoniaco deben administrarse á un veinticincoavo de grano por dosis primera, aumentando despues hasta medio grano como máximo.

3.º Poniendo para un grano de los primeros dos libras de agua destilada y para un grano de los segundos una libra, tiene cada cucharada de liquido la dosis conveniente.

El arseniato ferroso como preparado insoluble en el agua (lo cual no indica que deje de disolverse, en parte por lo menos, en el jugo gástrico), puede darse á mayor dosis y es de mucha utilidad en las herpétides secas ó escamosas, y en las húmedas que recaen en sugetos debilitados, linfáticos ó escrofulosos. Se le administra en píldoras de un cuarto ó un quinto de grano y puede llegarse sin peligro á dar dos ó tres granos en las 24 horas.

Nosotros en las enfermerías del Hospital, prescribimos los arsenicales en píldoras para mayor garantía contra los descuidos de los practicantes, y asociamos á menudo uno ó dos preparados de arsénico al extracto de acónito. Hé aquí las tres fórmulas principales:

#### PÍLDORAS ANTHERPÉTICAS, NÚM. 1.

De arseniato de hierro. . . . . 8 granos.  
» extracto de acónito. . . . . 12 granos.

Mézclense y háganse cien píldoras iguales.

Cada píldora tiene próximamente un dozavo de grano del arseniato.

Empezamos dando una por la mañana y otra por la tarde, y aumentamos diariamente una por dosis hasta 12, 24 ó 36, segun la necesidad y la tolerancia del estómago. Se suspende al mes ó mes y medio durante una semana, y se repite las veces que sean necesarias, siguiendo el mismo método.

#### NÚMERO 2.

De arseniato de amoniaco. . . . . 4 granos.  
» extracto de acónito. . . . . 12 granos.

Mézclense y háganse cien píldoras iguales.

Cada píldora tiene un veinticincoavo de grano del arseniato.

Se empieza por una y se aumenta la dosis cada dos dias hasta llegar á 12 en las 24 horas, pudiendo, en casos excepcionales llegar á 16 ó á 24.

#### NÚMERO 3.

De arseniato amónico. . . . . 2 granos.  
» arseniato ferroso. . . . . 4 granos.  
» extracto de acónito. . . . . 12 granos.

Mézclense y háganse cien píldoras iguales.

Cada píldora tiene un veinticincoavo de grano del arseniato de hierro y un cincuentavo del arseniato amónico.—Esta fórmula es la que preferimos en las herpétides secas, y aún en las húmedas cuando recaen en mujeres linfáticas y dismenorréicas, ó en hombres muy debilitados. Se administran como las anteriores no pasando de 16 á 20 (1).

En el tratamiento arsenical debemos tener en cuenta varias cosas. Los enfermos suelen tener miedo á continuarle por mucho tiempo, y es preciso hacerles comprender que se necesitan á veces varios años de un uso constante para obtener la curacion de sus dolencias. Los descansos son convenientes, ó mejor dicho necesarios para impedir la accion demasiado alterante y nociva de los arsenicales, asi como tambien suele ser utilísimo cambiar el preparado arsenical de vez en cuando.

En los tres ó cuatro mil enfermos á quienes hemos prescrito estos remedios, nunca hemos observado fenómenos de intoxicacion lenta, ni rápida. Hemos visto al principio exacerbarse ligeramente la erupcion y decrecer despues, coincidiendo el descenso con la mejoría del estado general del enfermo, que engrosa, cobra fuerzas musculares, agilidad, alegría, apetito y la salud, en fin, que le faltaba.

Si el tratamiento se abandona al llegar este momento de curacion aparente, la afeccion se reproduce con más intensidad; pero si insistimos, las reproducciones serán ménos importantes cada vez. Esta manera de curarse el herpetismo, *haciéndose los brotes cada vez más pequeños*, es perfectamente lógica, si se atiende á que en su curso espontáneo le vemos avanzar *por brotes cada vez mayores*; pero es preciso advertirselo á los enfermos para que no tomen por curacion la desaparicion de las dermatosis, y nos pidan cuentas cuando reaparezcan más tarde.

#### SECUNDARIOS DEL ARSÉNICO.—AZÚFRE.—YODURO DE AZÚFRE. AGUAS SULFÚRICAS.

Administrados los preparados de azufre con buen éxito en muchas dermatosis, ántes de que éstas se clasificasen por su

(1) Ocurrió á cualquiera pensar que cuando ya se llega á tomar seis á ocho píldoras sería mejor poner en cada una una más cantidad modificando la fórmula; pero preferimos continuar con la primera, porque de este modo podemos ir aumentando la dosis de un modo gradual y regular, y con píldoras mayores el aumento sería excesivo y desproporcionado, en pana de hacer que el enfermo tuviese las dos clases de píldoras, unas de un cuarto de grano, por ejemplo, como de ésta hija, y las de la fórmula para ir aumentando la dosis, lo cual siempre sería una complicacion.—Durante algun tiempo hemos hecho añadir á todas las fórmulas cierta cantidad de extracto de trementina, pero hoy prescindimos de ella.

naturaleza y se dieran á conocer las diferencias que separan á las herpéticas de las escrófulosas, reumáticas, sífilíticas, etc., nada tiene de extraño que se hayan tenido, y aun hoy se tengan por remedios específicos contra las primeras, atendiendo á que con el nombre genérico de herpes se confunden hoy mismo la mayor parte de las afecciones cutáneas.

No siendo por otra parte el arsénico un remedio infalible, ni de acción rápida, y pudiendo ser peligroso en manos poco expertas, es también natural que se hayan querido buscar sucedáneos que obviasen estos inconvenientes.

Desgraciadamente el azufre y sus preparados, cuya acción es muy poderosa como remedio interno y externo en los eczemas escrófulosos, por ejemplo, no son convenientes en la mayor parte de las herpéticas, y sólo podemos aprovechar su acción local sustitutiva en algunas muy crónicas y secas ó en las afecciones de las mucosas; y su acción general, también excitante en los individuos debilitados y que por su temperamento linfático exagerado se dan la mano con la constitución escrófulosa.

Ocupándonos sólo ahora del tratamiento interno del segundo período del herpetismo, debemos prescribir desde luego el azufre puro precipitado ó sublimado como inútil y aun como perjudicial, pues siempre se observa, después de su uso, agravación sostenida de la enfermedad, sin que pasada la acción patogénica del remedio se vea detenido el mal en su evolución y ulterior desarrollo.

La acción interna del yoduro de azufre es más segura y puede utilizarse en las herpéticas muy húmedas y crónicas de las mujeres linfáticas, dándole en píldoras de á medio grano, una por la mañana y otra por la tarde.

Las aguas sulfurosas frías, sean sulfatadas cálcicas ó sódicas, pero á corta dosis (de medio á un cuartillo en varias veces al día), acompañando su acción con los baños dulces ó sulfurosos templados, surten buenos efectos en los eczemas secos y muy crónicos, pero exacerban las erupciones herpéticas exudativas ó subagudas (1).

Las aguas sulfurosas termales, cualquiera que sea su composición, perjudican en las herpéticas, exceptuando el psoriasis, que después de la exacerbación natural que las aguas en él producen, se resuelve y desaparece, cosa que no ocurre nunca en las otras. Preciso es confesar, á pesar de lo que dicen los panegiristas de estas aguas, que la piel no lleva bien nunca ni la administración ni la aplicación ó el baño de un agua muy caliente ó muy mineralizada ó sulfurosa; pero en cambio los enanemas herpéticos localizados en ciertos puntos, ó sean las

afecciones de las mucosas, nasal, faríngea ó vesical, mejoran mucho con la acción revulsiva y derivativa, ya que no específica de estas aguas (1).

b. *Balsámicos y piregenados.* La copaiba ha sido ensayada por Hardy y con éxito, según dice, en algunas herpéticas secas ó escamosas.

Se comprende que puede tener alguna utilidad en las úlceras y en las afecciones exudativas de las mucosas, pero, después de probado que la acción del copaiba en la blenorragia, depende de su acción local al salir mezclada con la orina (2), debemos no dar á los efectos generales de este remedio una gran importancia.

¿No nos autorizan estos mismos hechos para ensayar como tónico en las afecciones cutáneas un medicamento tan eficaz en las afecciones de las mucosas? Las dosis á que se ha administrado son menores que las que se emplean para coagular la blenorragia (de una á cuatro dracmas en dos dosis); pero también es preciso continuarlas por mayor tiempo.

El bálsamo del Perú y el de Tolu tienen una acción especial más conocida y observada que la del copaiba en las afecciones herpéticas húmedas, y principalmente en los catarros crónicos herpéticos de las vías aéreas; pero hasta hoy, que separamos, no se han ensayado contra las *dermatitis* herpéticas.

La breva se administra contra el herpetismo mucoso con éxito fisonómico, á pesar de la corta dosis á que se acostumbra prescribirla. El agua de breva se hace beber generalmente á la dosis de cuatro ó seis onzas, dos veces al día; el licor y el jarabe de breva se administran á cucharadas, diluidos en agua; pero el estómago digiere mal mayores cantidades, y no es, seguramente, su mejor vía de introducción en el organismo.

Nosotros creemos que la piel, sobre la cual podemos poner grandes cantidades de la pomada de breva, absorbe mucha mayor cantidad, y no tenemos reparo en prescribir fricciones con ella para combatir catarros crónicos, aunque no existan al mismo tiempo dermatitis, habiendo por este medio conseguido mejores y más rápidos efectos que con el uso interno del agua, del licor y del jarabe.

Si la breva pudiera administrarse en píldoras sin que el estómago la revolviese, tendríamos en los efectos de su absorción tanta ó mayor fe que en los del arsénico; pero los escasos hechos experimentales que hay en la ciencia, no nos autorizan para prescribirla en semejante forma farmacéutica. Lo mismo

(1) Los Establecimientos que más fama tienen en España para combatir el herpetismo cutáneo crónico, son los de Santa Agueda, Archaválida, Doñana, Grubala, Ouzmeda, Parcuellos de Gilboa, y algunos otros de las provincias de Valencia, Andalucía y Aragón. Pasados ya á nuestro juicio, muy buenos para los efectos cutáneos y sobre todo para los mucosos.

(2) Ledema, Archana, Esparraguera y todas las Celdas enfriadoras, como calientes, y las de Chelusa, como muy mineralizadas, son las que generalmente se recomiendan con este objeto. En las vías aéreas, sin embargo, obra mejor las frías, templadas y no muy fuertes, como Pailones, Agua Buena y otras citadas anteriormente.

(3) Al ver que el uso interno del copaiba, tan eficaz en las blenorragias uretrales, no tenía influencia en las vaginales y uterinas, se sospechó lo que decimos, confirmado después por el análisis de las orinas, y por los experimentos hechos con el mismo remedio en inyecciones vaginales.



decimos de los aceites pirogenados de enebro y de abedul (1).

La trementina y el ácido fénico son sustancias de mucha utilidad como sucedáneos del arsénico.

La primera la prescribimos en piloras ó bolos, mezclada con goma y con magnesia en cantidades suficientes, luciendo de modo que en cada uno haya tres ó cuatro granos de trementina, y damos al enfermo tres ó cuatro al día durante una larga temporada, en las herpétides húmedas y en los catarros herpéticos: del ácido fénico hemos hablado largamente en la medicación resolutive. En el tratamiento del herpetismo, generalmente lo dejamos para el tercer período, ó para alternar con los arsenicales en el segundo. Sin exagerar las dosis, como hacemos para los neoplasmas benignos y epitelomas, llegamos sin embargo á dar un escrúpulo ó media dracma en dos dosis al día durante un mes, y después de las tandas arsenicales que ocupan otro tanto de tiempo, lo repetimos el número de veces necesario.

El modo de administración es, como hemos indicado anteriormente, en piloras de á dos granos, mezclado con el extracto y los polvos de regalé, y las afecciones en que mejor sienta, el eczema y el psoriasis herpético y los catarros de la misma índole.

c. *Anémoma pulsátilla*. — *Acónito*. — *Cicuta*. — *Funaria*. — *Saponaria*. — *Olmo piramidal*. — *Pensamiento salvaje*. — *Lúpulo*. — *Hidrocotila asiática*. — *Colchico*. — *Café verde*. — *Quina y quinina*. — La anémoma pulsátilla ha sido ensayada por Bazin en estos últimos años. (2) La administra á dosis de tres ó cuatro granos aumentando hasta media dracma, con observación, por los efectos irritantes que puede causar en el tubo intestinal; pero todavía no nos dice lo que de ella debemos prometernos.

El acónito, tan ponderado por Cazenave, es un buen sedante de la inervación cutánea exagerada ó pervertida por las dermatosis herpéticas; cuando la erupción es seca, papulosa y pruriginosa (liquen y prurigo herpéticos) puede hacer mucho por sí solo, dándole por supuesto á altas dosis; pero no determinando curaciones verdaderas, sino sólo el alivio de un síntoma penoso, nosotros le hemos relegado al papel de ayudante de los arsenicales, administrándole siempre á la par y á menos dosis, aunque continuadas largo tiempo como ellos. Como sedante le damos á la dosis de dos granos, varias veces al día, en los casos de prurigo fornicans; pero como antiherpético le empezamos á dar á un decimo ó duodécimo de grano, y subimos lentamente hasta un grano (3).

La acción resolutive tan poderosa que la cicuta tiene administrada á altas dosis, y los efectos notables de su aplicación en cataplasmas sobre ciertas úlceras de mal carácter y sobre las dermatosis escrofulosas, nos animó hace años á ensayar este remedio en las herpétides; pero sus efectos no han correspondido á nuestras esperanzas.

Los cocimientos y jarabes de fumaria y de saponaria tienen, por el contrario, aplicación felicísima como ayudantes de los arsenicales, en las herpétides húmedas y crónicas graves, y pueden servir de sucedáneos en los casos leves ó en las herpétides del primer período. Por la gran cantidad de sustancias alcalinas que contienen, son muy útiles para calmar la picazón y para combatir el reumatismo, que con frecuencia se mezcla con el herpetismo, agravando sus manifestaciones cutáneas.

Cuatro ó seis onzas de la infusión y una ó dos onzas de los jarabes es lo que se acostumbra á prescribir en las veinticuatro horas y en varias dosis; pero cuando forman por sí solos la medicación puede duplicarse la cantidad.

El jarabe de la corteza del olmo americano ó piramidal ha sido muy recomendado por Devergie contra el herpetismo. Nosotros le hemos dado con buen éxito en los niños pequeños; pero sabido es que las erupciones de las primeras edades son casi siempre escrofulides benignas y no herpétides ó dartsos, como creen la mayor parte de los dermatólogos.

El jarabe de pensamiento salvaje y el extracto de lúpulo se prescriben como ayudantes en las pociões arsenicales ó en las piloras antiherpéticas, á la dosis de media onza del primero repetida dos ó más veces al día, y el segundo desde uno á seis granos. No habiéndolos empleado aisladamente, ignoramos sus verdaderos efectos contra el herpetismo cutáneo.

No sucede lo mismo con la hidrocotila asiática. Ensayada primero por Boileau en la Isla Mauricio contra la elefantiasis de los griegos y después por los dermatólogos franceses Hardy, Bazin, Cazenave y Devergie, no sólo contra esta enfermedad, sino contra la elefantiasis de los árabes y los eczemas crónicos, podemos por el resultado de sus ensayos y por el de los nuestros, dar una opinión, buena ó mala, acerca de sus efectos.

Boileau y Lepine la consideran como un específico contra la lepra. En este concepto la ensayó Devergie sin resultado, y lo mismo que á él nos ha sucedido á todos; pero los ensayos contra el eczema han dado lugar á opiniones contradictorias. Hardy considera inerte á la hidrocotila, pero los demás dermatólogos, ó suspenden su juicio ó la ponderan como rápidamente beneficiosa en el tratamiento de los dartsos.

Nosotros, sin atrevernos á considerar como inerte, ni mucho menos, á esta planta, la creemos impotente en las lepras, y de alguna aunque escasa utilidad en los dartsos ó herpétides.

Es verdad que los eczemas crónicos ceden y declinan más

(1) Bioti administró ya la trementina al interior contra los eczemas ó dartsos; pero no la puede repetir el enfermo sino á ciertas é insuficientes dosis, y por poco tiempo.

(2) Véase sus *Lectures sobre el tratamiento de las afecciones de la piel por las aguas minerales*, publicadas en 1870.

(3) Véase las fórmulas que de los arsenicales de sosa, liastro y amoníaco hemos dado anteriormente.

pronto con ella, que dejados á su curso espontáneo; pero su reproducción se verifica, y aun ignoramos el verdadero modo de administrar la planta para conseguir el que no vuelvan.

Generalmente se administra el extracto alcohólico en pil-doras de á grano, dando una por la mañana y otra por la tarde, y aumentando lentamente la dosis hasta tres ó cuatro. La infusión, la pomada y las grefas *Lepine* pueden admi-nistrarse tambien segun la instruccion de este farmacéutico, el cual ha mandado impresa á las Farmacias españolas.

El cólico y el café verde han sido recomendados por Gi-got contra el herpetismo y las herpétidas (1).

Gigot-Suard hace depender el herpetismo de la presencia en la sangre, y por consiguiente en la piel y en todos los tejidos, de gran cantidad de uratos, oxalatos, hipuratos, xantina, creatina y colestesterina, sustancias excrementicias, que debiendo ser eliminadas por los riñones, no lo son á causa de una per-versión de la nutrición ó de uno de sus actos (la desasimila-ción) (2).

Considera al cólico, no como diurético, sino como un de-purativo que facilita el paso á la secreción renal de todas estas sustancias, y especialmente de la urea y el ácido úrico, y re-comienda su administración en forma de extracto acético (á la dosis de un sexto de grano, aumentando gradualmente hasta un grano) ó de tintura alcohólica del bulbo (á la dosis de medio escrupulo á una dracma) durante dos, tres ó cuatro meses.

No hemos empleado el cólico contra las herpétidas; sólo le hemos dado en el priórgo reumático, y por cierto sin gran resultado; pero atendiendo á su acción purgante drástica, no dudamos que pueda ser útil en el herpetismo. ¿Debe en estos casos compararse su acción con la del arsénico ó con la de los demás purgantes? Es más lógico lo segundo.

Admitiendo sin inconveniente que favorezca la depuración ó eliminación de sustancias excrementicias por los riñones, cómo erio Gigot, y que bajo este concepto sea útil en el her-petismo, preguntaremos tambien, ¿debemos incluir al có-liquo en la medicación específica al lado del arsénico, ó es más natural colocarle en la medicación general espoliativa ó deri-vativa?

Gigot indudablemente ha confundido, sin creerlo, el her-petismo con el reumatismo, y al quererles dar una teoría de la naturaleza del primero nos dá la del segundo, que acepta-mos como plausible en el capítulo inmediato al tratar de la medicación antireumática.

Fundado en la misma hipótesis y pensando que la cafeína tiene propiedades análogas al cólico, recomienda el mismo autor la infusión en frío del café verde (una parte por diez de agua), pero no se olvida de proibir el café tostado y su in-fusión caliente, porque la cafeína y la sustancia aromática que se desarrollan, tienen una acción completamente opuesta.

La mezcla del cólico y del café verde en vino, que ad-ministra á la dosis de dos á seis cucharadas, le parece á Gi-got-Suard la mejor preparación antiherpética.

No hemos seguido al médico de las aguas de Gouterets en sus ensayos por falta de fe ó de convencimiento acerca de los fundamentos de su doctrina; pero en cambio y en vez de la cafeína hemos prescrito algunas veces la quinina á dosis re-fracas y con mucha constancia, fundándonos en la analogía de su acción antiperiódica con la de su sucedáneo el arsénico, y en la circunstancia además de que el herpetismo, si no es una dolencia intermitente como las fiebres accesorales, tiene manifestaciones intermitentes separadas en su segundo periodo por largos espacios de tiempo.

En los casos en que lo hemos prescrito nos hemos limitado á dar cuatro ó seis granos diarios durante varios meses, y sea casualidad ó coincidencia fortuita, sea efecto de la medica-ción, los eczemas herpéticos tratados por este medio, no han vuelto á reproducirse; pero es difícil conseguir que los enfer-mos de la población acepten este medio de tratamiento, y para un hospital es caro, suponiendo que el enfermo consintiese en permanecer en el tanto tiempo como se necesita para una ob-servación bien hecha.

d. *Tintura de cantáridas y otros remedios.*—La tintura de cantáridas recomendada por Biett, es un medicamento útil para el herpetismo, pero hay que administrarle con más pre-cauciones que el mismo arsénico. Su acción local excitante sobre la mucosa gastro intestinal, se propaga á veces á la médula espinal y á la vejiga de la orina, y vienen por parte de ambas, complicaciones y fenómenos graves que es preciso saber prevenir y estar preparado para combatir á tiempo.

Se administra á gotas en un vehiculo apropiado, empezando por una, dos veces al día, y subiendo lenta y gradualmente la dosis hasta veinte ó treinta. Cuando se llega á esta dosis al cabo de un mes ó mes y medio, debe suspenderse el medica-mento unos días y volver á empezar por una gota.

Puede ser preferida al arsénico en las herpétidas secas y pruriginosas, ó en aquellas muy crónicas que no han obede-cido al tratamiento arsenical, ni reculsivo ó evacuante.

Nada diremos del polvo de viboras y de otros remedios mo-dernos poco conocidos y exóticos, que algunos dermatólogos

(1) Gigot-Suard.—*L'Herpetisme, Pathologie, Manifestations, Traitement*, etc. 1870, Paris.

(2) La teoría de Gigot-Suard acerca de la naturaleza del herpetismo es digna de estudio, y la primera que se presenta á la luz del mundo científico como una cosa cierta y fundada en hechos y en experimentos. Nos parece, sin embargo, errónea. Sin ver nosotros tantos artritis ó reumatismos como él, que induda-blemente se apodera de este asunto, creemos al reumatismo cosas positivas y frecuentes de afecciones cutáneas, y se nos figura que Gigot ha confundido en un solo caso las herpétidas, las reumáticas y tal vez algunas escrófulas. La reac-ción alérgica que dan las herpétidas con el papel de fermento no favorece tam-poco la idea de que la piel erode las ácidos oxálicos, ácidos hipúricos que se eliminan los riñones, porque entonces la diátesis sería como la de los reumatismos, artritis y escrófulas simples ó no complicadas con otras diátesis ó con la gangrena.

Los experimentos que Gigot ha hecho en animales, sólo prueban que la alimen-tación que los ha dado en cupas de produce supuraciones cutáneas ó potogénicas. ¿Quéin le dice á Gigot que los perros pueden padecer el herpetismo? ¿Por ven-tura padecen la sífilis ó la sifilida?



han tratado de introducir en la terapéutica antiherpética con poco fundamento, y terminaremos esta relación, algo pesada, recordando lo que pueden ayudar á la medicación específica los purgantes, los diuréticos y los anodinos ó calmantes, según las reglas que hemos dado en las medicaciones sintomáticas, á cuyo capítulo remitimos á nuestros lectores.

El *tratamiento local del herpesismo* en su segundo periodo es tan necesario como el general, y tiene por base ó agente principal y específico la breva. Al ocuparnos de esta sustancia en la medicación resolutive, hemos dado á conocer los maravillosos efectos de la pomada de breva pura y de la de breva y glicerina (partes iguales) en muchas afecciones cutáneas de distinta naturaleza; pero en este punto debemos insistir mucho en la idea de que se trata de un verdadero agente específico contra las herpéticas, tanto húmedas como secas, siempre que sean crónicas ó haya pasado el periodo de agudeza, con el cual empiezan ó se complican. Si damos la pomada de breva en una sífilis, no se empeorará ciertamente, pero tampoco mejorará; y comparando su acción negativa con los resultados tan felices como rápidos de la pomada de yoduro mercurioso, por ejemplo, tendremos que convenir en que ésta es específica para las sífilides y aquella no.

En las escrófulas, reumátides, lepróides y erupciones artificiales, que pudieran confundirse con las herpéticas por su forma ó cronicidad, sucede lo mismo. La pomada de breva no mejora, ó por lo menos, tarda mucho en mejorar y secar las erupciones; al paso que en las herpéticas su acción es mucho más rápida y sobre todo segura, siempre que sepa aplicarse, cuando no hay contraindicaciones especiales, con la valentía que dá la fe robustecida por una experiencia dilatada, sin asustarse por la exacerbación aparente ó real que producen sus primeras aplicaciones, y haciéndolas del modo y forma que hemos anteriormente explicado (1). El aceite de enebro puede suplir á la breva en las herpéticas escamosas, y en todas ellas el ácido fénico en disolución alcohólica, ó acuosa; pero con estas sustancias es preciso evitar más que con la breva los fenómenos inflamatorios ó de agudeza de las erupciones.

Las pomadas ó glicerolados astringentes de tanino y de óxido de zinc; la pomada de precipitado blanco; el ungüento blanco, y otros, pueden ser buenos succuláneos de la breva y llenar además indicaciones especiales, entre las cuales deben contarse las exigencias ó caprichos del bello sexo, que no soporta bien la breva, por su olor, por su color y por lo que mancha las ropas.

Los baños generales templados, simples ó amiláceos, son, finalmente, ayudantes poderosos de la medicación antiherpética local ó externa.

La breva al exterior; el arsénico al interior; los purgantes y

los baños dulces, todo bien manejado, y auxiliado por alguno ó algunos de los demás remedios indicados anteriormente, constituyen, pues, el tipo de la medicación antiherpética del segundo periodo del herpesismo en su forma común ó benigna; pero hay formas malignas, ya dependientes de la intensidad del mal, ya de las circunstancias del enfermo, que exigen modificaciones en el tratamiento.

Si la malignidad depende de las malas condiciones del individuo, es preciso mejorarlas antes ó al mismo tiempo del tratamiento específico con los tónicos amargos ó con los reconstituyentes; pero si depende de las circunstancias de la enfermedad, según sean éstas será la modificación que deba imprimirse á la medicación arsenical.—Un tratamiento mixto, cuando acompaña al herpesismo otra enfermedad constitucional, como el reuma, la sífilis, ó la escrófula; aumento en los días de los purgantes cuando el sujeto es robusto y la afección es extensa ó generalizada; aumento gradual (pero mayor que el acostumbrado en las dosis arsenicales) cuando el sujeto no es robusto; baños emolientes, amiláceos ó alcalinos (más ó menos repetidos) según sea la exudación ó la picazón el síntoma predominante; todas estas y otras muchas modificaciones del tratamiento pueden exigir las formas malignas del herpesismo, y no es posible entrar en detalles que nos llevarían demasiado lejos.

La antigüedad de la enfermedad exige mayor constancia en el tratamiento. Si el herpesismo crónico, ó sea el segundo periodo del herpesismo, que es el que ahora nos ocupa, lleva quince ó veinte años de existencia, y no es muy reducida ó limitada la afección cutánea, no puede prometerse curación radical, sino alivio y detención del desarrollo de la enfermedad, pero á condición del uso constante y no interrumpido de los remedios antiherpéticos durante *toda la vida*. Si la antigüedad es de dos, cuatro ó seis años puede esperarse una curación aparente rápida; pero para ser radical, ó lo que es lo mismo, para poder asegurar que no se reproducirá, es necesario que el tratamiento dure *dos ó tres años*, y sea convenientemente dirigido. Por olvidarse de esta regla no se curan muchos herpéticos y se pierde la fe en los tratamientos, sin considerar que son incompletos.

La circunstancia de ser el mal hereditario, hace temer, aunque tenga poco tiempo de existencia aparente, que será muy difícil su curación, y por lo tanto no puede descuidarse el tratamiento específico, que debe continuarse largo número de años, aunque aparentemente, repetimos, ya no exista.

Los fenómenos herpéticos coincidentes de las membranas mucosas, modifican, finalmente, el plan antiherpético, haciendo ineludible la administración y aplicación de los balsámicos ó de los sulfurosos, sin perjuicio del plan que exijan las manifestaciones cutáneas.

**TERCER PERIODO.** Si el herpesismo en el segundo periodo ataca el tegumento *externo ó interno*, pero en puntos dismi-

(1) Véase la medicación resolutive.

*naidos y distantes*, cuando llega el tercero las distancias se estrechan y lo diseminado se hace confluyente. — Este período se parece al primero por la generalización de sus manifestaciones, y al segundo por la cronicidad de las mismas.

Casi siempre se observa que las manifestaciones cutáneas se fijan de un modo tan tenaz, que aunque se alivien á fuerza de remedios, jamás desaparecen completamente, y las manifestaciones de las membranas mucosas ó las erupciones internas, que suelen llamarse bronquitis crónicas, diarreas, catarros vesicales, etc., etc., se suceden sin dejar al enfermo momento alguno de reposo.

A veces parece que hay alternativas en el curso de ambas afecciones tegumentarias, la externa y la interna, es decir, que al aliviarse la una, se empeora la otra; pero es más frecuente que las dos se empeoren en la época del nuevo brote eruptivo.

En estos casos es verdaderamente lastimoso el estado del individuo herpético. Aniquilado por las exudaciones de la piel y de las membranas mucosas, carbonizada su sangre por la insuficiencia de la respiración pulmonal y cutánea tan dificultada ya por el estado patológico, fatigado su hígado con el impropio trabajo que por estas causas le viene encima, el individuo herpético que no se ve libre de una fiebre lenta intermitente ó remitante, que aunque conserve el apetito y coma bien, enflaquece y se demacra, que á pesar de lo que todo su cuerpo exuda, se hincha y ahoga; después de una lucha terrible y larga con el padecimiento, muere sin necesidad de llegar al cuarto período ó *período visceral*, ó entra en él para recorrer con rapidez la poca distancia que le separa del marasmo, de la consumción y de la muerte.

Las neuralgias, que en el segundo período son frecuentes y ocupan generalmente los nervios de la vida animal (craneales ó intercostales), son más raras en el tercero, pero ocupan por lo común los nervios de la vida orgánica; y las gastralgias, hepáticas, histeralgias, enteralgias y cardialgias hacen temer al médico, por lo tenaces y terribles, que el cáncer de las vísceras las sostiene.

No es siempre esta la causa, que á veces la inspección cadavérica nada encuentra que explique pueda la intensidad de los dolores; pero si la dolencia se alarga más allá de tres ó cuatro meses, la sospecha casi siempre es fundada, pues si no el cáncer medular, el canceróide ó el epiteloma suelen encontrarse en las mucosas de las vísceras afectas, y sobre todo en el cuello uterino.

El tratamiento del tercer período del herpetismo es siempre difícil, y no pocas veces inútil ó ineficaz, por lo que se opone á la medicación específica el estado de la mucosa gastro-intestinal y por los muchos puntos á donde tiene el médico que dirigir la acción local de los remedios.

Cuando la mucosa de las vías digestivas está poco afectada deben darse los arsenicales con valentín del mulo ya expli-

cado al hablar del segundo período, pero llegando á doble dosis lentamente y descansando poco tiempo.

El ácido fénico al interior puede en estas circunstancias sustituir con ventaja á los arsenicales, y en seis ó siete meses mejorar el estado del paciente, haciendo retroceder el mal á su segundo período, en cuyo momento los arsenicales pueden á su vez ejercer mejor su benéfica influencia (1).

Si la mucosa gastro-intestinal está afectada, si existe dispepsia, y sobre todo vómitos ó diarrea crónica, hay que adicionar á los arsenicales y al ácido fénico dos medicamentos, el ópio y el subnitrito de bismuto; y dando, por ejemplo, dos ó tres veces al día una píldora que contenga medio grano del primero y tres del segundo, conseguiremos la tolerancia del estómago y podremos continuar el uso de los remedios específicos, que si nó hay que suspender á cada paso. El uso de los balsámicos, de la breva ó de la trementina, si no se quiere emplear el ácido fénico, es de necesidad cuando el catarro bronquial ó vesical existe, y con estos remedios se consiguen mejoras que el arsénico solo no puede determinar tan pronto.

Finalmente, el uso en bebida de las aguas sulfurosas frías, y sobre todo las sulfatado-calcícas, ó de las aguas arsenicales, dan en estos momentos de la evolución del mal resultados muy felices, entonando al depauperado enfermo y preparándole para continuar el uso de los remedios que por desgracia suya ha de ser constante, si alivio quiere observar en su constante enfermedad.

El tratamiento local de las manifestaciones cutáneas, siquiera no pueda ser tan activo como en el segundo período, debe seguirse con constancia, empleándole también al mismo tiempo contra las manifestaciones internas.

La breva en la piel y los astringentes en las mucosas, ayudan mucho la acción general de los remedios internos (2) y llenan perfectamente su objeto.

CUARTO PERÍODO Ó PERÍODO VISCERAL. La separación del tercero y cuarto período del herpetismo es completamente arbitraria, pues se mezclan casi siempre sus respectivas lesiones y sus síntomas subjetivos. — Sólo bajo el punto de vista de la anatomía patológica es aceptable esta división, á pesar de lo mucho que resta que estudiar para decir qué lesiones delen

(1) No se olvide nunca que la curación del herpetismo se hace en el segundo período (y la misma sucede en el tercero) retrocediendo lentamente el mal, es decir, haciendo los brotes eruptivos cada vez menores y más lejanos; pero nunca de pronto. En el tercero, la primera que hay que curar son las externas, y si el mal cutáneo empieza á retroceder, se hacen las erupciones nuevas fijas y vuelven por fin á ser intermitentes como en el segundo período.

Por esto preferimos muchas veces el ácido fénico, cuya acción sobre las mucosas se muy pronta para conseguir el primer objeto, y damos después el arsénico.

(2) Las polverizaciones de aguas sulfurosas, del agua de breva, ó de disoluciones de alumbre ó de ácido fénico, se usan bien en las bronquitis y faringitis herpéticas.

Las lavaciones de agua y vinagre dentro de la vejiga son un recurso poderoso contra los catarros vesicales.

Las lavaciones vaginales ó uterinas de disoluciones de cloruro, de ácido fénico ó de nitrato de plata, combaten los catarros herpéticos de la matriz y evitan á menudo la degeneración epitelial.



atribuirse al herpetismo, y qué otras son dependientes de causas ó de coincidencias morbosas de otra índole.

En las autopsias se encuentran con frecuencia, además de la ulceracion y reblandecimiento de las mucosas (lesiones propias del tercer período), el cáncer, el epiteloma, la cirrosis (hepática), la atrofia, la induración y la degeneración grasa de las vísceras; pero, ¿habrá entre éstas, ó además de éstas, una lesión especial y propia del herpetismo? ¿Será el epiteloma un tejido herpético, es decir, el producto anatómico morbo del herpetismo, como el escrofuloma fibroplástico lo es de la escrófula y el sífiloma ó la goma lo es de la sífilis?

Aunque nos inclinamos á creerlo, vista la frecuencia del epiteloma en los herpéticos, y además por otras razones, no queremos influir con nuestra opinión, todavía poco fundada, en los juicios de los demás.—Dejando á un lado esta digresión, veamos el curso de los síntomas en el último período del herpetismo y lo que podemos prometernos del tratamiento ó de la medicación que hemos llamado específica.

La sintomatología descrita en el tercer período continúa en el cuarto, porque las lesiones propias de aquél no desaparecen. La piel cubierta de erupciones fijas en casi toda su extensión, las mucosas afectadas de un modo general, dando lugar los catarros bronquiales á expectoraciones abundantísimas, y los intestinales á diarreas incoercibles; la demacración, que llega hasta la atrofia muscular generalizada; la anemia, que podríamos llamar escorbútica por la facilidad que tiene la sangre de exudarse por las mucosas; todo esto se gradúa y crece lentamente, sobreviene la hidroemia, y con ella la exudación de serosidad en la piel y en todas las cavidades, es decir, la anasarca; la respiración y la circulación se entorpecen, las vísceras se infartan y el enfermo muere generalmente por asfixia.

Otras veces se marcan ántes de la hidroemia las afecciones viscerales, que sin necesidad de aquella, pueden conducir á la muerte al paciente. Los síntomas de la hepatitis atrófica, de la meningitis crónica, de la mielitis, de diversas neurósias y de lesiones de corazón de curso raro, se mezclan con los que determinan las enterocolitis, bronquitis, cistitis y demás inflamaciones de las mucosas que ya existían en el tercer período, y haciéndose consuntiva la fiebre lenta remitente, viene la muerte en medio del marasmo y de la demacración más horrible.

Nada detiene al herpetismo en el período que nos ocupa. Los arsenicales y cualquier medicamento excitante, por pequeña que sea la dosis á que se administran, aumentan la diarrea y hay que suspenderlos. La breva y el ácido fénico son devueltos por el estómago, y si se toleran es por poco tiempo. Se nos ocurre que las inyecciones hipodérmicas de soluciones arsenicales ó fenicadas deben dar mejor resultado, tanto en éste como en el tercer período, pero no hemos tenido ocasión de emplearlas.

Las emplearemos en el tratamiento del herpetismo, siempre que el tubo intestinal nos ponga obstáculos para el tratamiento por la vía superior, y mucho será que en la segunda parte de esta obra no podamos dar á conocer á nuestros lectores el resultado de nuestras experiencias.

La inyección hipodérmica tendrá siempre la ventaja de que nos dejará libre la vía gástrica para una buena higiene alimenticia ó para el tratamiento sintomático de las afecciones de las mucosas todas, que tanto estorban y se exacerban por el tratamiento específico cuando han llegado á semejante altura.

Este plan sintomático, al que por desgracia hay que atenerse, está constituido en primer lugar por el ópio ó la morfina, por el bismuto, algun jarabe expectorante ó balsámico, alguna bebida acidula de tiempo en tiempo, y una alimentación láctea y de carnes blancas.—El estado de las vías gástricas y pulmonales es el que ha de guiar al práctico en la elección de estos remedios.

Si el tiempo fuera hábil, el enfermo viviera cerca de algun establecimiento balneario apropiado, ó pudiera trasladarse fácilmente, le convendría el uso de aguas minerales arsenicales, y si no las hubiera de esta clase, sulfurosas débiles ó bicarbonatadas, siempre que en estas dos últimas haya sales ferruginosas, pero en corta cantidad (1).

Un agua muy caliente ó muy cargada de principios mineralizadores, sobre todo si es purgante, puede serle fatal al enfermo, al paso que un agua débil puede dar resultados favorables, siquiera su duración no sea larga.

Tal es, en resumen, lo que podemos decir de la medicación antiherpética y del herpetismo, enfermedad constitucional que no admiten muchos patólogos como unidad morbosa, y que se encuentra por lo tanto en el período embrionario de su estudio práctico y filosófico.

*e. Medicación antireumática.* El reumatismo ó artritis, artritis de Bazin, es una enfermedad constitucional y con frecuencia hereditaria, caracterizada por afecciones tegumentarias externas é internas, agudas ó crónicas, fluxionarias, fugaces ó fijas y de curso alternante, por dolores musculares, articulares y nerviosos, por la presencia en la sangre de gran cantidad de ácido úrico, por el aumento de la fibrina que entra en la composición normal de aquella, y por la tendencia á la formación consiguiente de coágulos fibrinosos en el sistema vascular y de depósitos calculeosos ó toficicos en diferentes órganos.

Al definir así el reumatismo, confundimos en esta denominación la gota en todas sus diversas formas, y algunos casos

(1) Querssen y Trille (pieles), por la corta cantidad de arsénico que contienen, pueden darse en bebida.—Escribana y Pastores Ilanarce tambien esta indicacion entre las sulfurosas débiles; y en los varas fuertes de Lanjaon podrá usarse y cambiarse en tratamiento térmico para el tubo digestivo, que es la puerta de entrada de la salud, porque tambien es la puerta más común de entrada de los síntomas y de los remedios.

de litiasis íntimamente ligados con la afección que nos ocupa, pues no se nos oculta que la formación de los cálculos puede tener además otras causas de índole diferente.

La gota, por más que se empeñen algunos autores en separarla del reumatismo, no es más que un período avanzado de esta enfermedad, un mayor grado de saturación úrica, ó si se quiere una forma especial dependiente no sólo de esta mayor saturación, sino de las condiciones individuales del enfermo.

Lo mismo decimos del reumatismo nudoso, después que Lebert ha demostrado la existencia en él de la llamada diátesis úrica, que aunque no sea un carácter constante ni necesario, nos autoriza para reunir en una sola individualidad patológica todos estos fenómenos morbosos que han sido y son todavía considerados como enfermedades distintas por muchos y distinguidos prácticos.

Todas las diversas formas de reumatismo enunciadas alternan y coinciden á menudo en el mismo enfermo, pero no es infrecuente observar una sola, fija ó permanente en estos casos, y sólo aparecen las otras cuando un tratamiento intempestivo ó una causa energética hacen desaparecer la primera.

La existencia de las reumáticas ó artritis, tanto cutáneas como mucosas, ha sido puesta en duda por la mayoría de los patólogos.

Hay algunos que las admiten pero que al mismo tiempo creen que no tienen caracteres especiales para poderlas distinguir de las demás afecciones de apariencia ó forma elemental análoga, hay otros como Gintrac que confían en que se hará luz en tan oscuro asunto y que llegará día en que se averigüen los caracteres que hoy ignoramos, y solo Bazin pretende haberlo conseguido, defendiéndose como él sabe hacerlo, de los ataques directos de Hardy y de los indirectos de los médicos no especialistas. Preciso nos va á ser, ántes de describir el reumatismo cutáneo en sus diversos modos de presentarse, para ponerlo en relación con la medicación que convenga en cada uno de ellos, deslindar esta cuestión y colocarnos, fuera de las pasiones de localidad, en el terreno imparcial de la observación y de la experiencia propias.

Empecemos por consignar que clínicos autorizados como Bouillaud, Rayer, Trousseau y Jacoud, admiten erupciones de índole reumática, siendo el *eritema nudoso*, la urticaria crónica, la miliar (1) y la púrpura (por embolias capilares), consideradas por este último como frecuentes en los primeros períodos del reumatismo.—Gintrac cita un caso de eczema reumático cuya observación copia, y ántes que todos ellos, Lorry y Franck hablan de dermatosis que acompañan ó alternan con ataques de gota ó reumatismo.—Bazin asigna á sus artritis varios caracteres, como el peor de pínchazo, la flebotomía ó hemorragia cutánea que dá á algunas un color vinoso acanelado, la asimetría, la limitación ó circunscripción en las regiones articulares ó cubiertas de pelo, su fuga-

cidad para reproducirse en el mismo sitio, ó su fijeza tenaz que solo cede como por metástasis cuando sobreviene algún ataque de reumatismo articular, su exacerbación por el frío, su polimorfía, y finalmente, el no ceder á los arsenicales y sí á los alcalinos.—Tal vez hayamos puesto de nuestra cosecha alguno de que no habla Bazin y omitido en cambio otros más importantes, pero échase de ver desde luego, que no faltan caracteres, si son ciertos y los confirma la observación y la experiencia.

Nosotros hemos visto prúrigos reumáticos, alternantes con afecciones articulares y viscerales de la misma índole, pero la picazón no siempre era de pínchazo, ni se exacerbaba con el frío, sino por el contrario, con el calor de la cama como en los prúrigos herpéticos.

Lo mismo hemos observado en algunos casos de urticaria reumática pseudo-exantemática y en uno de urticaria ó piodosis crónica, por lo que, si nos hubiéramos atendido solamente al carácter de la picazón, las hubiéramos considerado como herpéticas.

En los eczemas secos, acnes, psoriasis y pitiriasis de la cabeza y del escroto, en los psoriasis palmares y plantares que casi siempre son reumáticos para este último autor, hemos visto éxitos felicísimos y rápidos con los arsenicales y los baños dulces; por lo que hemos creído que en esta cuestión exagera algo el distinguido práctico de San Luis.

La hemorragia cutánea no acompaña á todas las artritis. Son, por el contrario, muy pocas, y es preciso que sean muy crónicas ó se presenten en un período avanzado del reumatismo para observarla.

Pero á pesar de esta limitación de caracteres, el conjunto existe, y no puede negarse á Bazin el derecho de su creación intuitiva.

En casos de duda entre una herpétide y una artritis ó reumátide, nosotros apelamos á las reacciones químicas de las exudaciones cutáneas, si existen, ó al análisis de la orina ó de la sangre si es necesario. Las exudaciones dan reacción ácida en las reumáticas, y alcalina en las herpéticas.—Por el análisis químico encontramos en la orina y en la sangre el exceso de uratos, lactatos y oxalatos que caracteriza al reumatismo, y que depende seguramente de la combustión incompleta de los principios azoados.

Los que como Hardy y otros profesores creen decir algo, llamando á estas erupciones dartsos en terreno reumático, no dicen nada, ó conducen al práctico, sin querer, al error, ó por lo menos á la duda (1).

(1) No queremos decir con esto que sea imposible la coincidencia del herpetismo y del reumatismo; por el contrario, es muy frecuente, y lo demuestra además de la mezcla de caracteres en las erupciones, su curación por un tratamiento mixto.—Esta circunstancia, como diremos más adelante en las medicaciones mixtas, puede explicarnos el por qué la picazón de ciertas artritis se acrecienta con el calor, como al depender del herpetismo, y el por qué en varios enfermos



Cuando leemos en Hebra, por ejemplo, liquen escrofuloso, o de los escrofulosos, liquen de los sífilíticos, etc., no podemos menos de preguntar á qué conduce una *subleza* de este género, si en último término va á tratar con el aceite de bacalao y el yodo el primero, y con los mercuriales el segundo.

Las artritis ó reumátides existen, y debemos tomar como tipo de su caracterización, el que nos ha dado Bazin, adicionado con la reacción química y el análisis de la orina ó de la sangre que hemos propuesto y que puede ser de gran valor en los casos dudosos; y esperamos confiadamente que de la discusión y de la lucha científica, brotarán más caracteres que nos sirvan para el diagnóstico de dermatosis tan interesantes.

Veamos ahora el curso que pueden seguir las manifestaciones reumáticas, y si los medicamentos indicados pueden tener la importancia que exige la unidad morosa, es decir, si tienen derecho para constituir una medicación específica por atacar la causa ó combatir en lo posible la naturaleza íntima del padecimiento.

El curso del reumatismo, en atención á la fugacidad ó alternativa de sus manifestaciones, por excelencia metastásicas, no puede dividirse en periodos perfectamente distintos y sucesivos, como sucede en el herpesismo, la sífilis y la escrófula.

El reumatismo visceral ó cardiaco sobreviene á veces por repercusión en el primer ataque de reumatismo articular agudo, y en otras ocasiones un prurigo reumático sustituye ó mejora el catarro crónico ó el ataque asmático del que viene sufriendo largo tiempo una endocarditis crónica de la misma índole.

Pero hecha esta salvedad, lo común es que veamos empeorar el padecimiento, ya por un ligero y apenas notable ataque de dolores musculares ó articulares, segun la causa y la predisposición individual, ya por una dermatosis, ya por ambas afecciones, juntas ó correlativas.

Es digno de observar, que si el padecimiento empieza por una dermatosis fija como la pitiriasis ó el acné pilaris de la cabeza, ó como el eczema seco, el psoriasis escrota, ó de la márgen del ano, pueden pasar muchos años sin presentarse el primer ataque reumático, á no repercutirse por agentes intemperivos ó mal administrados la fluxion colágena.

Pasado el primero y fugaz ataque reumático, y cuando ya no se acuerda de él el enfermo, aparecen las reumátides agudas, generalizadas ó circunscritas, el eritema nudoso, el herpes zona ó el flictenóides agudos, el pénfigo agudo, etc., que se consideran como dermatosis pseudo-exantemáticas, y en

realidad lo son, siquiera indiquen al que ya sospecha el curso de las enfermedades constitucionales, que representan una de sus primeras manifestaciones, y que su naturaleza se confirmará más tarde por el curso de las mismas y la índole más caracterizada de las que ulteriormente se presenten.

Después de meses ó años, segun la predisposición y el género de vida del individuo, aparecerá un nuevo ataque de reumatismo articular ó muscular subagudo ó crónico, y más tarde sorprenderá al enfermo una picazón irresistible en uno ó varios puntos limitados del cuerpo, seguida de un eczema, de un acné ó de un psoriasis, que no sólo el vulgo sino los médicos, calificarán de herpéticos.

Esta erupción, fija, á no haber causas de repercusión, irá comunmente acompañada de jaquecas, que de vez en cuando molestan al enfermo si se expone á la humedad ó al viento, de neuralgias en diferentes puntos, de faringitis eritematosas crónicas y rebeldes, de hemorroides pertinaces, y sobre todo de dispepsias ácidas continuas, que mejoran con el bicarbonato de sosa, y suelen mejorar tambien si la dermatosis se exacerba.—Llegarán nuevos ataques de reumatismo ó de gota, y andando el tiempo sobrevendrá el catarro bronquial y la endocarditis, crónicos desde luego, se fraguarán lentamente en el corazon estrecheces por exudaciones fibrinosas, embolias en los capilares, que determinarán varices y dermatosis crónicas hemorrágicas, petequiales y al mismo tiempo pruriginosas, infartos hepáticos y pulmonares con edema ó con enfisema pulmonal; y en medio de este cuadro, el prurigo de la espalda ó de todo el tronco, que mejorará al enfermo de sus fatigas y anhelaciones, de su tos y de su mala digestión, pero que le quitará el sueño y le hará sufrir hasta el punto de buscar para él remedio, cuando tal vez no tenía ántes de sufrirlo gran prisa por llamar al médico.

Muchos meses, y aun muchos años, puede durar el individuo en este periodo de su enfermedad, que todavía cede á la medicación indicada. Nuevos ataques de gota ó reumatismo, de asma ó de angina de pecho alternan con el prurigo, con la urticaria, con el acné de la cara, con las hemorroides, con la cistitis y metritis crónicas; el cáncer medular ó el fungus hematodes empieza á desarrollarse sobre las erupciones ó sobre las vísceras afectas, y aunque esto no ocurra, avanzando las dificultades de la circulación, el enfermo muere por congestiones ó por embolias de una manera brusca é instantánea, ó por un anasarca que le conduce lentamente al sepulcro.

Cuando en el reumático, por circunstancias desconocidas, se presenta tendencia á depositarse en puntos determinados el exceso de sales que lleva en suspensión en la sangre, y viene la litiasis úrica ó los tofos de las articulaciones, estas localizaciones desvian al sitio que ocupan la mayor parte de los ataques fluxionarios que á otros puntos fueron ántes, y que parece debían continuar invadiendo las vísceras, las articulaciones, los nervios ó los músculos, pero si la cirugía las

encontramos evidencias comunes que nos hacen dudar.—Por todo lo cual, nosotros creemos: primero, que hay reumátides ó artritis simples, y segundo, que las hay en terreno herpético, ó mejor vino-vera, como las hay en terreno escrofuloso: pero ambas tienen caracteres místos si el mal está en un periodo avanzado, ó están simplemente mezclados y todavía distintos, si el padecimiento es reciente.

elimina, y esa tendencia no continúa, el curso del reumatismo, interrumpido por esa fluxion fija (1) volverá á presentarse como le hemos descrito.

Tan grande es la influencia de las fluxiones fijas en el curso del reumatismo, que la medicación revulsiva forma una parte para nosotros muy principal de la medicación antireumática, atendiendo á que la observación diaria nos enseña que, una erupción constante, un fúnculo ó un padecimiento flogístico habitual en un órgano cualquiera detiene la evolución, ó por lo ménos evita los ataques del reumatismo profundo.

Prescindiendo de describir el curso de otras formas más simples del reumatismo, que nos llevaria demasiado lejos de nuestro objeto, podemos decir, resumiendo y refiriéndonos sólo á las reumátides; que se presentan en dos épocas distintas de la evolución de la enfermedad; en su principio, ó como primera manifestación del reumatismo, y más adelante alterando con las demás afecciones que le caracterizan; que las de la primera época pueden ser agudas y generalizadas, ó fijas y circunscritas, y en este caso parece que previenen ó retardan los ataques del reumatismo articular, muscular ó profundo; que su metástasis es frecuente, y que su aparición mejora los accidentes del reumatismo visceral; y finalmente, que en el curso de una enfermedad tan protéica, juegan un papel importante aunque no tan aparente como los dolores y las afecciones de los órganos centrales de la circulación, que gracias á las minuciosas investigaciones de Bouillaud y á pesar de las aseveraciones de Jacoud, forman en ciertos casos parte integrante de la enfermedad constitucional que nos ocupa.

Los remedios que se han recomendado contra el reumatismo, tanto cutáneo como mucoso, visceral, articular, muscular, fibroso y nervioso, han sido principalmente los alcalinos, los purgantes, los revulsivos, los sudoríficos, los diuréticos, el colélico, el emético, la quinina, el yoduro de potasio, y todos los que procedentes de las medicaciones sintomáticas sirven para combatir un síntoma, como el ópio, la sangría, el acónito, etc., etc.

Esta multiplicidad de encontrados remedios, todos ellos útiles según las circunstancias, parece que nos debían quitar la idea de especificidad ó de eficacia en la medicación antireumática, y aunque conveganos en que es todavía menor que la de la medicación antierpética, y muchísimo menor que la de la antisifilítica, no podemos menos de admitirla, sino para un solo remedio, para el conjunto de todos ó de varios de los referidos, porque su acción es lógicamente contraria á la causa ó á las lesiones primarias ó secundarias que ésta produce en la intimidad del organismo, al desarrollar, con predisposición ó sin ella, y con lento ó acelerado

curso, la enfermedad constitucional de que nos ocupamos.

La acción del frío produciendo en un punto extenso de la piel ó de las mucosas la supresión de sus funciones respiratorias ó eliminatorias; espasmodizando los músculos y estorbando por lo tanto la desfiltración de la sangre que á ellos se dirige; deteniendo á veces la secreción ó las funciones de ciertas vísceras encargadas de la depuración verdadera de la sangre, es decir, de la eliminación de los uratos, oxalatos, lactatos y otros principios excrementicios, como la xantina, la colesteroína, etc., que salen mezclados con la orina, y que cuando no salen, obran como verdaderos cuerpos extraños en el líquido sanguíneo y en la trama orgánica intersticial; impidiendo, en fin, como dicen los modernos, la combustión completa de los principios azoados, puede explicar bastante bien la naturaleza del reumatismo; pero la acción de los remedios que favorecen dicha combustión; que neutralizan las sales ácidas que con la sangre circulan; que ayudan su eliminación por el sudor ó por la orina, y que desvían por una fluxion artificial, más ó ménos distante, la fluxion natural que en uno ó varios puntos determina el padecimiento, nos explica á su vez la curación, cuando es posible, ó el alivio de la enfermedad de una manera tan lógica, que nos autoriza para admitir una medicación específica antireumática.

Las reumátides como manifestación sintomática de una especie morbosa, el reumatismo, se hallan sujetas en su tratamiento, al que exige la enfermedad que las determina, según el periodo en que se halla, y además á las aplicaciones locales de ciertos remedios que tienen sobre ellas ó sobre los fenómenos que las acompañan, verdadera influencia curativa ó por lo menos paliativa.

Bazán generaliza demasiado para todas ellas el tratamiento alcalino, y aunque éste sea el más eficaz en el periodo de estado del reumatismo crónico y por lo tanto en las reumátides que nosotros hemos llamado secundarias ó de la segunda época, no es el mejor para las primarias ó primitivas, ya sean agudas, generalizadas ó exantemáticas, ya sean fijas, crónicas y circunscritas.

La teoría misma del reumatismo nos dejará ver las diferencias que en el plan curativo debe haber y los remedios más indicados en cada una de ellas.

En los primeros momentos ó periodos de la enfermedad, puede existir el aumento de fibrina en la sangre, pero la diátesis úrica es aún muy ligera y bastan los diuréticos y mejor los sudoríficos y evacuentes (emético y purgantes) para hacer terminar el ataque ó resolver la afección cutánea. Si la afección reumática, cutánea, articular ó muscular es *interna y febril*, preferimos el tártaro emético á dosis hipostenizante y mejor la quinina á dosis elevadas (dos dracmas, una por la mañana y otra por la noche, bajando á dos escrúpulos ó media dracma por dosis si la afección cutánea ó los dolores remiten), con cuyos remedios, la dieta, algun sudorífico y algun tópicos

(1) Los edemas ó las congestiones totales, no son en realidad fluxiones activas como las demás afecciones reumáticas, son eliminaciones ó congestiones que por detenerse en puntos de difícil salida, se acumulan dando lugar á verdaderos cuerpos extraños que indirectamente continúan la fluxion en sus alrededores.



calmante (1) se domina el padecimiento y se disminuye la fibrina de la sangre, mejor que con las sangrías tan usadas por los antiguos y por el mismo Boulland entre los modernos (2). Los sudoríficos bastan para combatir la misma afección si es poco intensa, aunque sea febril, sobre todo si se asocian con algún calmante. Los purgantes y los diuréticos son muy convenientes en la declinación de los ataques ó de la erupción, y sirven también para prevenir por la fluxion secretoria que determinan, los nuevos accesos ó la reproducción de la dermatosis que puede también tender á la cronicidad (3).

Si la reumátide es fija y crónica desde luego, y constituye el primer síntoma ó manifestación del reumatismo, si por la historia de la familia del enfermo y por su constitución orgánica, nos convencemos de que puede ser un emunatorio conveniente para evitar la mayor saturación úrica y la presentación consiguiente del reumatismo profundo, el tratamiento por los sudoríficos, por el emético ó la quinina, sería perjudicial, y en estos casos los purgantes repetidos, los diuréticos y sobre todo los alcalinos (*intus et extra*), son los que mejores resultados proporcionan (4).

Es muy común en los reumáticos, olvidarse de que lo son una vez pasado el ataque y prescindir del tratamiento consecutivo necesario para evitar el progreso de la enfermedad constitucional; y no queriendo ver los médicos la relación que existe entre los ataques futuros y los pasados, y la disposición que queda después de establecida la diátesis úrica á reproducirse, prescinden también de aconsejar el *tratamiento alcalino* y un género de alimentación poco azoada, únicos que usados con rigor por algún tiempo, pueden evitar la *recidiva* de los padecimientos reumáticos, efecto para nosotros casi siempre de la mayor edad de la causa ó de la lesión sanguínea, más bien que verdadera recidiva ó reproducción de la enfermedad (5).

(1) Los reumáticos agudos y sobre todo el sistema sudor, suelen ir acompañados de dolores intensos, y las ventosas con láminas poco adheridas con los pelos de almidón, son los remedios típicos que mejor sirven para combatir el dolor y la inflamación cutánea.

(2) La hipostesia profunda obtenida por la quinina y el emético, no deja de tener sus inconvenientes si es demasiado rápida, pues suelen venir más fácilmente los fenómenos de reprobación visceral, y las embolias por coagulación fibrinosa en los grandes vasos y en el corazón.

(3) Los purgantes salinos, como los enfriados de sosa y de magnesia, el agua mineral de Looches que se compone de ambos en su mayor parte, los purgantes drásticos, el silebio y la veratrina, el nitro, la digital y la seila, son los remedios que más ó menos repetidos y á corta dosis deben darse en estos primeros momentos del reumatismo, dejando para otros más avanzados el aumento de la cantidad y del tiempo de tomar los refrechos medicamentosos. Todas las aguas minerales que producen efectos purgantes ó diuréticos, y son muchas en España, están indicadas para estos casos, cualquiera que sea su composición y termalidad.

(4) Más adelante especificamos las condiciones del tratamiento alcalino, así como la composición de los baños y pomas alcalinas.

(5) El reumatismo sucesivo ó *intermitente*, cualquiera que sea el sitio en que se fija, debe incluirse en esta primera época ó período del reumatismo. Los baños templados, y entre los minerales los de Alkama de Aragón, tienen en España jura y merceda nombrada para combatir esta forma del reumatismo, poco estudiada por cierto. Conviene á este propósito no confundir el reumatismo sucesivo con el visceral, en el que está interesado el tejido propio ó parietal de las vísceras; pero también conviene saber que con mucha frecuencia aquí es la causa más inmediata de éste, por propagarse la flicción desde la mucosa al peritúnica que reviste.

En la segunda época ó en la segunda forma del reumatismo, es decir, en el reumatismo crónico, en la gota, en el reumatismo nudoso, en el visceral y en las reumátides crónicas que con ellos *alternan* ó que los acompañan y complican, el tratamiento varía algo, no sólo en su forma, sino en su esencia, teniendo forzosamente que ser más activo, más largo y continuado, si se quiere obtener la curación ó alivio del padecimiento (1).

En estos casos el tratamiento con el bicarbonato de sosa á altas dosis (tres, cuatro ó seis dracmas al día en tres ó cuatro dosis), ó con el yoduro y bromuro de potasio á dosis regulares, pero continuadas largo tiempo, (un escrúpulo ó media dracma de cada uno en dos veces al día) es el más indicado.

El agua de Vichy para bebida usual á las comidas y fuera de ellas, se soporta mejor que la solución del bicarbonato de sosa; pero no puede por su coste, estar al alcance de todas las fortunas.

Los jarabes de fumaria y de saponaria, son en su defecto los mejores vehículos para los carbonatos alcalinos, graduando la cantidad de estos de manera que corresponda una dracma para cada onza ó cada dos onzas del jarabe.

Prescindiendo aquí del tratamiento especial que exigir pueden las manifestaciones no cutáneas del reumatismo en esta época del mal, y sobre todo de aquellos casos en que no coincide ó coexiste afección cutánea, daremos algunas reglas para el tratamiento de esas reumátides que acompañan al reumatismo visceral ó al mucoso, y que por las molestias que ocasionan exigen imperiosamente del médico los recursos más poderosos de su ciencia.

Después de varios ataques de reumatismo, es casi seguro que el enfermo padecerá un catarro crónico con accesos de fatiga ó de sofocación asmática, que se graduarán lentamente hasta poner en cuidado á los interesados y á los médicos, ninguno de los cuales se acuerda ya tal vez de los dolores articulares ó musculares, que en otro tiempo tuvieron ó asistieron.

Acompañando á este catarro, que sino siempre, es muchas veces dependiente de una lesión de corazón, se observa el prurigo de la espalda, enfermedad terrible por la picazón que determina y por el sueño que roba al desgraciado enfermo.

Mientras el prurigo molesta, las fatigas y el catarro no crecen sino muy lentamente; pero si desaparece bruscamente por cualquier causa externa, los fenómenos de repercusión que se presentan en el aparato respiratorio y circulatorio pueden ser mortales.

(1) El último período ó período visceral del reumatismo, es incurable y mortal como el de todas las afecciones constitucionales, y nada podemos esperar (sino alivio fugaz) del tratamiento mejor combinado. Los baños de toseta de las vísceras y la caquería que determinan, no se detienen por ningún remedio ni en el reme, ni en la sífilis, la mercuria, la píeagra y el herpes, tales enfermedades constitucionales crecen en un principio.

La prudencia más exquisita debe presidir por lo tanto al tratamiento de esta afección reumática de la piel. Hay que calmar la picazón, que es insuportable; pero si se consigue con remedios internos, es mejor que no con tópicos. El ópio, la morfina y el acónito á dosis convenientes, pueden, provocando el narcotismo, calmar la picazón y dar al enfermo algunas horas de sosiego.—El clorofórmico y el cloral, á dosis de medio escrúpulo, repetido las veces necesarias, pueden también determinar iguales resultados.

Este tratamiento, sin embargo, no debe estorbar el uso de los alcalinos, de los yoduros y bromuros, que atacan directamente la causa (1) ó las lesiones principales de los humores que caracterizan al reumatismo; pero á veces nada basta y el enfermo, sumido en la desesperación y próximo al suicidio, nos pide que mitigemos la picazón, cueste lo que cueste.

Las lociones acidulas, vinagradas, fenicadas ó clorídricas; las astrigentes de agua vejeto mineral, sulfato de zinc, alumbre, etc.; las calmantes opiadas; las de clorofórmico gelatinizado; las pomadas alcalinas (subcarbonato de potasa, una ó dos dracmas por onza de mantequilla); las calmantes y alcanforadas (2) y la misma pomada sulfo-alcalina de Helmerich, dadas con precaución, calmarán este síntoma que tanto les hace sufrir.

En cuanto la molestia mejora, los tópicos referidos deben suspenderse, y continuando el tratamiento interno pueden darse de vez en cuando baños generales templados emolientes y alcalinos (una libra de almidón y cuatro ó seis onzas de subcarbonato de potasa para cada baño). Los baños están contraindicados si la lesión cardíaca está muy avanzada, ó cuando existen ataques de sofocación ó de fatiga; pero para los catarras reumáticos sientan perfectamente, siempre que se tomen con las precauciones debidas.

La urticaria ó eczema que acompaña y alterna con los ataques del reumatismo poliartricular, tiene también íntimas relaciones con las metritis y ovaritis dependientes de la misma diátesis.

Las metritis parenquimatosas, agudas ó subagudas que alternan con ella, son tan rebeldes como la erupción, y se hacen refractarias ambas al tratamiento alcalino, sino se acompaña de repetidos purgantes y de alguna aplicación de sangijuelas al cuello uterino. En esta forma de reumatismo es raro que se presenten fenómenos graves de pecho; pero si se presentan, ceden con el bromuro de potasio, mejor que con otros calmantes y alterantes.

Los baños minerales, artificiales ó naturales, constituyen

uno de los mejores medios de tratamiento para la forma visceral y cutánea de reumatismo que nos ocupa; pero es condición indispensable que sean templados, pues los muy calientes empeorarian la afección cutánea, y los fríos la uterina y la cutánea á la vez.

En los últimos periodos del reumatismo visceral, las afecciones cutáneas, incluso el acné de la cara que es la más tenaz, desaparecen ó se esconden para no volver á presentarse, al revés de lo que sucede en la última época del herpetismo; y avanzando las lesiones profundas el enfermo muere, sin que el tratamiento mejor combinado pueda impedirlo. Por esta circunstancia, la revulsión cutánea, los vegetarios sostenidos y las anuras muy excitantes, detienen ó retardan en estos casos, mejor que otros remedios, la funesta terminación del mal, y las medicaciones sintomáticas tienen que sustituir á la específica que ya no produce resultado alguno.

No cabe en un breve artículo de generalidades aplicado á la dermatología, todo lo que puede decirse de la medicación antireumática, considerada en general, ni es posible que aquí nos detengamos á explicar las multiplicadas formas y localizaciones del reumatismo y las modificaciones que cada una de ellas imprime en el tratamiento: sólo diremos algo para terminar, del tratamiento local de las reumáticas y de las diversas indicaciones que podemos llenar con las numerosas aguas minerales antireumáticas que tenemos en nuestro país (3).

El tratamiento local de las reumáticas no consta de remedios tan seguros como el de las sífilides ó herpétides.

El aceite de eucalipto como agente substitutivo es el que mejores resultados produce en las formas fijas, secas y circunscritas, y en las reumáticas, tan tenaces á veces, que á pesar de los más eficaces planes curativos persisten años y años en el primer sitio en que aparecieron. En el eczema seco ó en el psoriasis escrota, en el eczema ó en el acné

(1) Admitimos, como ha podido deducirse de alguno de los párrafos anteriores, reumatismo cutáneo, mucoso, articular, nervioso, muscular y visceral, según los tejidos que ataca, y si desicionamos á cada uno de ellos un capítulo especial, daríamos á este discurso más extensión de la que pedimos. Contra el reumatismo mucoso, constituido por afecciones crónicas ó papulosas de la piel, de la mucosa faríngea, laríngea, bronquial, gástrica intestinal, uterina y vaginal, cuando está bien caracterizado por su fagedad ó por su curso alternante con dermatitis ó artropatías, por la diátesis órica, por su alivio con los revulsivos cutáneos, etc., podemos emplear entre sí la afección es crónica y sin perjuicio de administrar los alcalinos al interior; pero además limamos con los balnearios (baño, baño de toalla, termal, etc.), y con los astrigentes (bisulfo, tanalio, acetato de plomo, etc.), indicaciones especiales según sea el órgano afectado. Contra el reumatismo articular deben preferirse los purgantes y el óxido en la forma crónica, la quina y el castoreo en la forma aguda, sin olvidar más adelante los alcalinos y los anilinos ó los rubefactores al exterior, sobre las articulaciones dolientes; la tintura de yodo debe seguirse enseguida en la forma crónica, y los alcalinos y una prudente expectación en la aguda. Contra el reumatismo muscular ó nervioso, la quina da buenos resultados. También los dá el cloral, y exteriormente los revulsivos, las pomadas de veratrina ó de cinorro pectin y las inyecciones hipodérmicas de atropina ó de morfina; pero los alcalinos al interior (bicarbonato de sosa, yodo bromuro de potasio) actúan con más seguridad que todos los remedios frecuentes de la neuropatía. El reumatismo visceral, en la revulsión sostenida y continuada en la piel más próxima al órgano enfermo y al uso de los alcalinos, especialmente del yoduro de potasio, por cuyos medios se consigue á veces detener por algún tiempo la evolución del mal.

(2) El bromuro de potasio, por sus propiedades sedantes, llama á la vez las dos indicaciones, y dado á la dosis de una á dos escrúpulos calma rápidamente el prurito.

(3) La morfina y el alcanfor mezclados en pomada según la fórmula que puede verse en la medicación anódina, constituyen un remedio eficaz para los picores, pero al poco tiempo el hábito entorpece en acción.



pilaris de la cabeza, debe darse la miera cada dos ó tres días con un pincel, después de cortado el pelo, y si por los tratamientos ó por el curso del mal se hacen húmedas las afecciones, se debilita mezclándolos con glicerina ó aceite de almendras dulces (1).

Los lavatorios con las disoluciones boratadas (2) son las que más empleamos para alternar con los toques ó con las unturas cálcicas, pero también con este objeto puede emplearse el clorato de potasa y el subcarbonato de potasa ó de sosa (3).

Uno de los mejores tópicos, sino el mejor para estas formas secas de las reumátides, es el alcohol: coagula las secreciones húmedas y endurece las secas, calmando rápidamente la picazón y haciendo que se desprendan ó salten aquellas al cabo de algunos días. Para hacer más agradable su uso la mezclamos con sustancias aromáticas, y á veces con el ácido fénico. El agua de colonia ó el alcohol de romero llenan perfectamente estas indicaciones.

Los baños ó loeiones arsenicales repetidos cada cuatro ó cinco días (4) y dados con las precauciones convenientes, los baños alcalinos artificiales, compuestos con cuatro, seis ó siete onzas del bicarbonato de sosa ó subcarbonato de potasa, y las pomadas también alcalinas, con una ó dos dracmas de estas sustancias por onza de manteca, constituyen, por último, los tópicos de mayor influencia para combatir la naturaleza del mal.

Hay otros que sirven para combatir la picazón, como la morfina, el cloroformo, el alcanfor y el sublimado, de los cuales ya hemos hablado en las medicaciones anodina y resolutive; y otros, en fin, que sirven para mitigar otros síntomas ó llenar indicaciones locales de mayor ó menor importancia. Todos estos remedios tienen que alternar con los principales anteriormente indicados, según la urgencia de los síntomas, ó mezclarse con ellos, lo que constituye un estudio puramente práctico que no puede especificarse en un libro, y sólo puede aprenderse, acompañando al clínico en la visita, porque cada enfermo exige combinaciones diferentes según sus condiciones.

Si las reumátides son agudas, pero generalizadas ó exantemáticas y secas, el tratamiento local es no hacer nada; pero si son húmedas, ó si, aunque sean habitualmente secas, se hacen húmedas por presentarse inflamación aguda espontánea ó provocada por un mal tratamiento, no podemos usar

más que emolientes y astringentes ligeros. La glicerina sola, la disolución acuosa de borax y de glicerina, y el glicerolado de almidón para los primeros momentos; y los glicerolados astringentes de óxido de zinc, bismuto y tannino para el estado subagudo, son los que deben preferirse en las formas húmedas de las reumátides.

El reumatismo crónico, cualquiera que sea el tejido que ataque, es la dolencia en que más resultados conseguimos del empleo juicioso y prudente de las aguas minerales.

En España son muchas y muy importantes las estaciones balnearias á que apelamos con este objeto, y sin embargo, carecemos de aguas bicarbonatado-sódicas que puedan competir con Vichy y otras análogas del extranjero (1); pero no creemos como Bazin, que sólo pueda llegarse á la saturación alcalina por el empleo exclusivo del bicarbonato de sosa ó de las aguas minerales de este género. Las bicarbonatado-cálcicas, las clorurado y yodurado-sódicas, las ferruginosas bicarbonatadas, las sulfurado-sódicas y las sulfatadas sódicas ó cálcicas, pueden, bien manejadas, no sólo dar lugar á la saturación, sino favorecer los resultados por la acción patogénica del azufre en unas; por la especificidad de los yoduros y bromuros alcalinos en otras; por la acción espasmodica que su gran termalidad puede determinar en muchas; por la acción revulsiva intestinal en las que determinan abundantes evacuaciones de vientre, y por la diuresis, en fin, que casi todas determinan en mayor ó menor escala (2). La observación repetida ha dado ya á la mayor parte el nombre y la fama que nos advierten la especialización que poseen, y casi todos mandamos á Allama de Aragón los reumatismos vagos, nerviosos y fugaces, y las afecciones leves de las membranas mucosas dependientes de la misma causa; á Sobron, Hervideros, Puertollano, Panticosa y Marnolejo, los reumatismos gástricos tenaces; á Alzola, á Sobron y á otras aguas parecidas, las diátesis úricas que tienden á formar depósitos calculosos; á las aguas clorurado-sódicas frías de Trillo ó de Gestona, á los reumatismos articulares muy crónicos y rebeldes que recaen en personas débiles, á los gotosos y á los que padecen el reumatismo nudoso y sus consecuencias; á las aguas de la misma clase, pero ternaes como Fitero y Arnedillo, á los reumatismos fibrosos y articulares rebeldes á todas las aguas anteriores; y finalmente, á las aguas sulfurosas calientes de Ledesma ó de Archena, en aquellos casos en que la cronicidad, rebeldía y

(1) Tenemos, sin embargo, las de Sobron, que son bastante enológicas; las de Salses y Caldesa, y algunas otras menos importantes.

(2) Las de Alzola son más bien bicarbonatado-cálcicas.

Debemos advertir, que en la denominación ó clasificación de las aguas minerales de España, seguimos al doctor D. Marcial Taborda, distinguido médico de los baños de Trillo. (Véase su *Anuario de Hidrología médica española* 1870).

(3) Es raro encontrar en las aguas minerales, cantidades notables de óxido de potasa, remedio poderoso contra el reumatismo y cuya virtud diurética es bien conocida de todos.

(4) Una dracma de arseniato de sosa, para el agua de un baño general; un gramo ó dos por libra de agua para loción. En ambos casos hay que evitar que haya grietas ó secreciones que puedan absorber mucha cantidad del remedio.

(1) Tenemos, sin embargo, las de Sobron, que son bastante enológicas; las de Salses y Caldesa, y algunas otras menos importantes.

Las de Alzola son más bien bicarbonatado-cálcicas.

Debemos advertir, que en la denominación ó clasificación de las aguas minerales de España, seguimos al doctor D. Marcial Taborda, distinguido médico de los baños de Trillo. (Véase su *Anuario de Hidrología médica española* 1870).

(2) Es raro encontrar en las aguas minerales, cantidades notables de óxido de potasa, remedio poderoso contra el reumatismo y cuya virtud diurética es bien conocida de todos.

(3) Una dracma de arseniato de sosa, para el agua de un baño general; un gramo ó dos por libra de agua para loción. En ambos casos hay que evitar que haya grietas ó secreciones que puedan absorber mucha cantidad del remedio.

tenacidad del mal, exige un remedio profundamente perturbador y una revolución cutánea que estas aguas como ninguna otra, pueden determinar (1).

Cuando nosotros vemos una afección reumática de la piel, lo primero que tratamos de indagar es el período en que se encuentra la afección constitucional que la produce, es decir, si va ó no acompañada de afección visceral, ó de diátesis úrica muy marcada.

Si la afección cutánea es de la primera época y fugaz, no ha habido ataques articulares ó han sido ligeros y de poca importancia y el sujeto es débil ó linfático, las aguas de Allama ó las de Trillo son las que recomendamos; si la afección es fija, tenaz, y ocupa las regiones cubiertas de pelo, empezamos por mandar al enfermo á las aguas sulfatadas purgantes de Leoches; y en la segunda temporada á las clorurado-sódicas termales de Arnedillo, etc.; si la afección es de la segunda época y alterna con afecciones crónicas, viscerales ó mucosas del pulmón, del hígado ó del estómago, solemos prescribir las aguas sulfurado-sódicas ó cálcicas, y si la dermatosis no tiene gran importancia por causar molestias ligeras, relativamente á las que determina la afección interna de la vegiga, de la matriz, del estómago, etc., prescindimos de ella para buscar en las aguas la especialización que nos exige la afección principal, que es la interna.

En las afecciones del corazón, aunque sean reumáticas y vayan acompañadas de dermatosis características, es muy expuesto el uso de baños de cualquier clase.

5.ª *Medicación antiserafúlica.*—La esrófula es una enfermedad constitucional, transmisible por herencia; pero que también se produce artificialmente por causas debilitantes en el acto generador ó por trastornos de nutrición en los primeros años de la vida, no contagiosa ni inoculable, que á pesar de su cronicidad, de su tenacidad y de ocasionar muchas veces la muerte, puede curarse espontáneamente, y que se caracteriza por afecciones múltiples y variadas en todos los tejidos, acompañadas de infartos poliganglionares gruesos y blandos, de hipertrofia rarefaciente de los órganos ó tejidos que ataca, con tendencia en todos á la supuración, á la ulceración y á la producción fibro-plástica.

Como las demás enfermedades constitucionales, es un proteo que afecta diferentes formas, ataca de diverso modo los mismos órganos, influye en el curso de las demás dolencias, se deja adivinar ó conocer cuando se fija en la adolescencia, se oculta y enmascara cuando se fija en la edad viril ó en la vejez, y multiplicándose por do quier, domina una gran parte de la patología.

En la piel dá lugar á dermatosis muy interesantes, confun-

didás hasta hoy la mayor parte con las herpéticas y con las sífilíticas: en las membranas mucosas determina catarros crónicos con exacerbaciones agudas, erupciones ulcerosas y los infartos consiguientes: en el tejido (seo hipertrofias, inflamaciones y cáries, con ó sin infiltración tuberculosa: en el fibroso y en el articular afecciones análogas: en el tejido celular subcutáneo y submucoso, así como en el parénquima de las vísceras, producciones fibro-plásticas, y en este último reblandecimientos, degeneraciones grasientas ó inflamaciones granulosas ó tuberculosas; y finalmente, en el sistema nervioso, además de sus lesiones materiales, neuralgias y neuropatías de forma diferente.

Considerada por Alibert y por Stoll, como una degeneración de la sífilis por la herencia, y confundida por Lugol con la diátesis tuberculosa, hemos visto y vemos todavía estudiadas muchas de las manifestaciones de tan curiosa enfermedad como enfermedades distintas; pero el estudio de la esrófula, como unidad morbosa independiente, se halla perfectamente establecido después de los trabajos de Milcent, de Bazin, de Lebert, y de otros autores no ménos importantes de diversas naciones.

Aun tenemos mucho que averiguar, y la esencia del mal tal vez se oculte siempre á nuestra inteligencia; pero lo principal está legislado, y si falta mucho aún, es por la extensión y multiplicidad de los fenómenos morbosos que abarca.

La esrófula no sigue como la sífilis un curso tan fijo en la evolución de sus manifestaciones, que podamos dividirla en períodos, advirtiendo *a priori* en cada caso lo que ha de suceder después. Las formas distintas que afecta el padecimiento por causas accidentales ó sin ellas, y las circunstancias que rodean al enfermo modifican su curso por completo. Una contusión en la rodilla produce un tumor blanco, por ejemplo, en un sujeto que aún no ha sufrido las manifestaciones cutáneas de la esrófula y dá lugar á la forma, que Milcent llamó *fija primitiva* de esta enfermedad. Causas perturbadoras de la nutrición ó de la inervación hacen que se presente *desde luego* la esrófula cutánea maligna, trebrante ó fagadéncia, y en ocasiones después de la aparición de la forma cutánea benigna el padecimiento detiene su evolución y ningún otro accidente se presenta (1).

El yodo y sus preparados, la cicuta, el aceite de hígado de bacalao, el azufre y sus preparados, el bromuro de potasio,

(1) La denominación de estas formas aceptada por Bazin (Bazin admite siete formas en la esrófula: regular completa, regular incompleta, benigna, maligna, fija primitiva, fagadéncia y larval), no se toda la clasificación que forma de llamar, aunque puede servir muy bien para la práctica; pero esa división no se fundan en un solo principio sino en varios, y así la forma que él llama regular completa es más maligna que la maligna, porque resiste fatalmente todos los períodos de todos los tiempos de la enfermedad hasta el viciado, que termina por la muerte; la forma fagadéncia no se más que una modificación ligera de la forma maligna en las manifestaciones cutáneas exudativas, y formas regulares incompletas son casi todas ó todas las demás que él admite.

(1) Carreras, Janjoux y Solas de Calves, dicen, entre otras muchas, fama de eficaces para el tratamiento de las afecciones de la matriz.



el fosfato de hierro, el cloruro de bario, y algunos otros remedios escogidos entre los tónicos y excitantes forman con las condiciones higiénicas especiales de que hablaremos y con ciertos grupos de aguas minerales, la base de la medicación específica antiescrofulosa.

Todos estos medicamentos tienen una aplicación bastante general, es decir, pueden emplearse, sino para todas, para muchas de las manifestaciones de la escrófula; pero es indudable que hay algunos que obran mejor que otros en determinadas formas ó en determinados períodos del mal y viceversa; habiendo igualmente ocasiones en que el aceite de hígado de bacalao, que es el más poderoso entre ellos, puede estar contraindicado, y el más débil ser el más útil.

No obran seguramente del mismo modo el yodo, el azufre, el hierro y el aceite de hígado de bacalao; tampoco es idéntica la acción de la cicuta, de los bromuros ni cloruros alcalinos; pero en todos hay que reconocer sus virtudes tónicas, excitantes de los movimientos moleculares de absorción, ó lo que es lo mismo, resolutivas; en algunos podemos además utilizar su acción patogénica ó sustitutiva, y en otros la sedante ó la alterante. Si cada uno tiene su momento de elección en el curso de la enfermedad, la mezcla de varios ó su simultánea administración puede convenir de preferencia en otros, y ésta ha de ser la principal cuestión que tendremos que resolver al ocuparnos de la terapéutica de la escrófula.

Hay en esta dolencia que estudiar para su racional tratamiento, fenómenos prodrómicos que nos indican la predisposición escrofulosa, fenómenos de invasión ó primeras manifestaciones del mal, y fenómenos de la enfermedad confirmada ó curso de la misma, dividido en períodos más ó menos arbitrarios ó convencionales, ó en formas especiales según los tejidos que la enfermedad ataca.

*Fenómenos prodrómicos y tratamiento preventivo de la escrófula.* — La disposición, predisposición ó constitución escrofulosa se conoce fácilmente por el temperamento linfático exagerado, acompañado de la morbidez y belleza de las formas, de la cloro-anemia, de la poca calorificación y escasa fuerza muscular, de la gordura ó desarrollo excesivo del tejido celular-adiposo y de la coloración pálida y poco pronunciada, no sólo de la piel, sino de sus apéndices córneos.

Por esta circunstancia, el niño escrofuloso es, por lo común, rubio, grueso, y tal vez más desarrollado que el que no lo es.

Sus padres le creen el más hermoso y robusto de todos los niños que conocen, y al contemplarle hecho una bola de rolizo durante la lactancia, peligraría la reputación del médico que se atreviese á poner en duda su ostensible robustez, diciéndoles que era temible, en medio de ella, la invasión de la escrófula.

Y sin embargo, así sucede; pero las afecciones cutáneas ó cutáneo-mucosas que marcan esta invasión, son tenidas por la generalidad de los médicos, y de consiguiente por el vulgo,

como accidentales; tal vez como efecto de la *excesiva robustez de la criatura*; y el error por lo tanto continúa alimentado por el cariño de los padres y por la ceguera ó cobardía de los representantes de la ciencia.

Si el niño avanza en edad sin que la enfermedad se manifieste, continuando sólo la predisposición, se le ve, por regla general, crecer con rapidez, pero enflaqueciéndose de cuerpo, mientras que su inteligencia precoz hace la felicidad y el encanto de su familia.

Ya adolescente, le encontraremos afeminado, con la cara abultada, pálida, barbilampina é inteligente, demasiado juicioso para sus cortos años, sentimental, aplicado y estudioso con exageración; tartito unas veces, pero precoz otras, aunque hipócrita, para la satisfacción del apetito venéreo, y con predisposición á catarros de las mucosas altas ó cefálicas y á erupciones en ellas, y en la piel de la cabeza, que pueden llegar á ser, ó mejor dicho son ya, los fenómenos de invasión del padecimiento.

No siempre la predisposición escrofulosa se manifiesta de esta manera. La inteligencia es á veces tan torpe que linda con la imbecilidad; la cabeza y el vientre son tan abultados que deforman á la criatura; las piernas son tan delgadas y endebles que los huesos se encorvan; pero en estos casos no está sola la predisposición escrofulosa, y se trata de alguna enfermedad coincidente ó de la escrófula visceral, que aunque deba figurar en los últimos períodos del padecimiento, constituye en muchas ocasiones (formas llamadas fijas primitivas) el fenómeno inicial ó de invasión de la enfermedad que nos ocupa.

En esta época del mal, si es que el mal existe latente, ó en período de incubación, en esta disposición morbosa constitucional, puede evitarse la enfermedad, más que con los medicamentos, con la higiene, con los tónicos no farmacéuticos que puede ella proporcionarnos, y sobre todo con la hidroterapia.

Los trastornos de la nutrición, la escasez ó malas condiciones de la alimentación y de las circunstancias higiénicas que rodean al niño, pueden provocar la aparición de las primeras manifestaciones de la escrófula, y es lógico que procuremos colocarle en condiciones opuestas.

Una localidad seca, templada y elevada sobre el nivel del mar; una habitación que no sea baja ni húmeda, que esté bañada de sol, y que tenga otras condiciones confortables; un aire puro; una alimentación filiforme cuando el niño ha terminado su dentición; el cambio de nodriza cuando la que le cria está enferma, débil, ó tiene malas condiciones de carácter; el paseo y el ejercicio bien dirigido para acostumbrar y exponer á la criatura á la excitación ó acción tónica de los agentes atmosféricos; la gimnasia cuando la edad lo permite; el vino tinto español ó el de Jerez en cortas cantidades después de las comidas; el abrigo moderado; el método

en las horas del sueño, del juego y de la alimentación; los baños fríos, de impresión durante el verano, y las irrigaciones frías también en el invierno, pueden cambiar la atonía especial del sujeto predispuesto á la escrófula en un estado de verdadera robustez, que se oponga y evite el desarrollo de la enfermedad.

La máquina humana en los primeros años de la vida se forma por lo que ingiere en el estómago y por la acción de los agentes que la rodean, y el sello que entónces se la imprime influye en su desarrollo ulterior de un modo tan notable, que cuesta mucho borrarle ó modificarle después. Por eso esta época es la que exige del médico todos los cuidados para evitar, no sólo el desarrollo de la escrófula, sino el de otras muchas enfermedades que luego se curan difícilmente ó no se curan, y es preciso advertir á los padres para que no se fíen de la robustez aparente ni de los precoces adelantos de sus hijos.

*Fenómenos de invasión ó primer período de la escrófula.*— En la generalidad de los casos, la escrófula se inicia en la piel ó en las membranas mucosas de las aberturas naturales de la cabeza (boca, nariz, oídos, ojos).

El usagre (ácara, impétigo ó pórriago larvalis de los autores), afección húmeda ó exudativa, pustulosa ó vesiculopustulosa de la cara y de la cabeza, acompañada de gran picazón, de costras gruesas y amarillentas que deforman la belleza de la criatura, pero que no influyen en su nutrición ni en las demás funciones, exceptuando el sueño, es la afección cutánea que casi siempre abre la escena patológica.

Considerada esta dermatosis como depuratoria y nunca como escrofulosa por la mayor parte de los médicos, generalmente se la respeta y se proscriben todo remedio externo ó interno que tenga por objeto curarla; pero la erupción, que á veces dura poco, en otras ocasiones se hace crónica, se fija, profundiza en el dérmis, y lo que ántes era una escrofulide benigna, que terminaba por resolución y sin cicatrices, puede convertirse en una escrofulide maligna ó en un lupus, transformación *in situ*, que es la prueba mejor que puede darse de la índole escrofulosa del usagre, sino fuera bastante el infarto simpático de los gánglios cervicales próximos, el abultamiento de los tejidos inmediatos, y las oftalmías, coriáceas, otitis y estomatitis, *agudax por su intensidad y crónicas por el tiempo que duran*, que acompañan casi siempre al usagre, y sobre cuya naturaleza escrofulosa están conformes hasta los mismos médicos que niegan este carácter á la afección cutánea.

Otras veces la afección cutánea con la que se inicia la escrófula, no es exudativa, sino eritematosa ó inflamatoria, y el lupus benigno eritematoso de los labios ó de la nariz, las erisipelas repetidas y *atónicas* de la cara, los sabañones, etc., nos dicen que la enfermedad empieza su evolución y desarrollo.

Por punto general, si la dermatosis es fugaz y de corta du-

ración y no se acompaña de afecciones de las mucosas próximas, puede calcularse que la escrófula se detendrá ó será muy benigna, exigiendo pocos remedios farmacéuticos para su curación; pero si sobreviene el coriza crónico, si las amígdalas se infartan, si los labios se agrietan y la mucosa bucal se abulta y exulcera, si la mucosa del conducto auditivo empieza á supurar un pus fétido, y sobre todo si la oftalmía pustulosa y ulcerosa característica de la escrófula, amenaza la visión por la perforación de la córnea, la enfermedad no se detendrá tan fácilmente, ni aun con los remedios más eficaces, y pasará á su segundo período desarrollándose todos los fenómenos de la escrófula confirmada.

Si una causa ocasional cualquiera desvía el curso natural de la escrófula, puede ésta invadir ó entrar en evolución por otros tejidos que el tegumentario ó cutáneo-mucoso, y en estos casos, el tumor blanco, las osteitis ó las afecciones viscerales, síntomas de la que llamamos escrófula confirmada y forma fija primitiva de la misma, impiden la presentación de las escrofulides, como si el mal hubiera dado un salto y no fuera ya posible que retrocediera en su camino.

El tratamiento del primer período ó de los fenómenos de invasión de la escrófula, consistirá en adicionar á los recursos higiénicos de que hemos hablado para combatir la constitución escrofulosa, el uso interno de los preparados de yodo, de azufre y de hierro, las aguas y baños minerales clorurados ó sulfúricos ó templados, y los baños de mar.

Los preparados de yodo que más se usan en el tratamiento de la escrófula primaria son la tintura, el yoduro de hierro, el de azufre y el de potasio. Los de azufre son, el azufre en polvo, el yoduro ya indicado y las aguas sulfúreas en bebida. Los de hierro son: las limaduras ó el hierro Quevenne, el lactato, el carbonato, y sobre todo el *yoduro* ya mencionado y el *fosfato* ferroso, á los que deben añadirse el cloruro-férrico en algunas formas hemorrágicas del mal, y el tartrato férrico-potásico.

Diremos algo acerca de las dosis, modo de administración é indicaciones especiales de cada uno de ellos en este período de la escrófula, para hablar después del tratamiento tópico ó local de las escrofulides cutáneo-mucosas que le constituyen, y que tiene una importancia generalmente desconocida ó despreciada por los médicos.

La tintura de yodo es un poderoso remedio antiescrofuloso. Se administra á gotas, mezclada con jarabe ó con vino, y los niños la toman fácilmente; entona ó aumenta sus facultades digestivas, resuelve pronto los infartos *ganglionares simpáticos* y los *celulares* por *irradiación* que rodean á la erupción escrofulosa, y sin necesidad de llegar á dosis altas que pudieran obrar como alterantes y fuertemente resolutivas, detiene con frecuencia el curso de la escrófula cutáneo-mucosa. Seis, ocho, diez ó doce gotas en el vino de cada comida, ó la misma dosis en media onza de jarabe dos veces al día, son suficien-



tes si se tiene constancia para usarlos durante dos ó tres meses sin descansar ó con pocos días de descanso (1). El yoduro potásico en disolución ó jarabe (medio escrúpulo por onza de agua ó de jarabe), se administra á cucharadas mayores ó menores segun la edad, en los mismos casos, por igual tiempo y con parecidos resultados; pero los remedios que deben preferirse son el yoduro de hierro y el de azufre ó la mezcla de ambos.

El yoduro ferroso ó proto-yoduro de hierro es sin disputa el medicamento más eficaz para modificar la constitución escrofulosa y hacer desaparecer los accidentes de su primer período, tanto cutáneos como mucosos. Se administra en píldoras (si la edad del enfermo lo consiente) de á medio grano, dando una ó dos por la mañana y otras tantas por la tarde (2), ó en jarabe (fórmula de Dupasquier), que es lo más agradable y fácil para los niños pequeños, á la dosis de una, dos ó tres cucharadas dos veces al día y durante dos, tres ó cuatro meses seguidos.

El yoduro de azufre se administra del mismo modo y á igual dosis en los niños desarrollados y en las escrofulides húmedas de preferencia.

La fórmula mixta de yoduro de azufre y de yoduro de hierro, sea en píldoras que contengan un cuarto de grano de cada sustancia, sea en jarabe que contenga la misma cantidad por cada onza de vehiculo, la empleamos en los adolescentes ó en los niños de más de cuatro años, á dosis análogas y por menos tiempo que las de los preparados anteriores, por su mayor eficacia y por su mayor facilidad á irritar el tubo intestinal.

En la administración de todos los preparados de yodo hay que tener en cuenta que suelen producir astricción de vientre, y por lo tanto que es necesario suspenderlos cada 15 ó 20 días para administrar algún purgante oleoso ó salino, ó dar simultáneamente leches ó alimentos que se sepa determinan en el paciente facilidad mayor para las evacuaciones de vientre.

El azufre sublimado y las aguas sulfurosas en bebida ó en baño son de utilidad incontestable en la escrófula. El primero se administra á la dosis de medio á un escrúpulo, dos veces ó más al día, solo ó mezclado con partes iguales de crénor ó magnesia, por cuyo medio se consigue no sólo la excitación de las funciones digestivas, sino la laxación de vientre revulsiva ó derivativa de la afección cutánea benigna ó simplemente exudativa, pues estos efectos son perjudiciales en las escro-

fúlides ulcerosas ó malignas, propias de periodos más avanzados ó de la escrófula que hemos llamado confirmada.

Las aguas sulfurosas que más convienen para bebida son las sulfatado-clóricas que no ejercen acción purgante; pero hay ocasiones en que ésta es necesaria por condiciones especiales del enfermo, y entonces pueden darse las sulfurado-sódicas ó magnesianas.

En los niños de pecho no debe usarse el agua sulfurosa en bebida, ni casi puede conseguirse ántes de los seis años por la repugnancia que les produce. La dosis debe ser proporcionada á la edad, pero nunca debe ser excesiva, á no buscar por la cronicidad y tenacidad del mal, más que la acción tónica y resolutive, la excitante ó sustitutiva de las aguas administradas á dosis elevadas.

El hierro, además del yoduro que es de inmenso valor, suministra á la terapéutica de la escrófula, otros preparados de mucha importancia.

El hierro puro en linaduras ó reducido por el hidrógeno, el lactato y el carbonato, sirven para combatir la cloro-anemia que acompaña casi siempre á los escrofulosos. Se dan estos remedios generalmente en la sopa ó en el chocolate á la dosis de dos granos el hierro reducido, y de cuatro ó seis granos los demás en los niños de cuatro años en adelante, y á menor dosis en los de pecho.

El fosfato llena indicaciones especiales en los casos en que amenaza el raquitismo, siendo la fórmula del fosfato soluble de Leras una preparación agradable y fácil de hacer tomar á cucharadas á los niños pequeños.

El tartrato férrico-potásico se administra en solución acuosa á la dosis de ocho ó más granos en los casos graves de escrofulides benignas, cuando tienden á convertirse en malignas y se inicia en las ulceraciones el serpiginismo ó fagedenismo.

El cloruro férrico, por último, se recomienda á la dosis de dos, cuatro y más granos, repetida varias veces al día en los escrofulosos, cuya liquefacción sanguínea les aproxima al escorbuto, por las hemorragias cutáneo-mucosas que por la menor causa se presentan.

Ninguno de los preparados de hierro mencionados tiene la virtud resolutive antiescrofulosa del yoduro ferroso; pero sirven de poderosos auxiliares de los recursos de la higiene, y con ellos se llega en ocasiones á detener la evolución del mal.

Las aguas y baños minerales sulfurosos y clorurado-sódicos, lo mismo que los de mar, no por ser remedios externos dejan de ejercer una influencia general sobre todo el organismo, que los pone al nivel de los mejores antiescrofulosos de uso interno, y si no se prescriben más en este período de la escrófula, y se dejan para otros más avanzados, debe atribuirse á la idea errónea de no admitir las escrofulides benignas la mayor parte de los médicos, y á la poca edad de los enfermos. Su utilidad es más positiva, sin embargo, en

(1) El jarabe de yoduro yodado, el jarabe de hierro ó antiescrofuloso de la F. H. mezclado con yodo y fabricado en España, es una preparación excelente y preferible á los importados de Francia, que no suelen tener ni yodo, ni hierro, porque el desgraciado mercantilismo se burla á veces de la ciencia y de la humanidad.

(2) Las píldoras de yoduro ferroso deben envolverse en cera ó gelatina, ó darse dentro de un alfiler de cera ó de pasta, para evitar su acción local en la garganta. Las píldoras de Biscardi son aceptables.

esta época del mal para detener sus progresos, que en la escrófula confirmada.

El tratamiento tóxico de las escrófulas cutáneo-mucosas del período de invasión de la escrófula es muy importante y de una eficacia positiva para detener la evolución, el tránsito ó la transformación de las dermatosis en un lupus ó escrófula ulcerosa maligna, cuya gravedad local es notoria.

El aceite de enebro, la tintura de yodo, la pomada de breva, la de yoduro mercurioso débil, los glicerolados astringentes y las pomadas, también astringentes, de óxido de zinc, tannino, colomelanos, etc., aplicadas con cierto método, ya solas, ya alternando con lociones emolientes ó tónicas (hojas de nogal, romero, etc.); según el período ó la agudeza del mal, son los remedios que principalmente pedimos á la Farmacología. Las lociones y baños naturales ó artificiales sulfurosos, clorurado-sódicos, ó de mar, son, con los cuidados higiénicos de acción local sobre la piel, los que mejores y más pronto resultados determinan en la época de los calores, favorable ya de suyo á la acción bienhechora de los demás remedios antisecrófulos.

El aceite de enebro es á las escrófulas benignas, húmedas ó secas, lo que la pomada de breva es á las herpéticas húmedas; detiene su exudación cuando existe, concreta ó impide la putrefacción de sus costras, resuelve el infarto cutáneo ó el eritema, calma la picazón que las acompaña en ocasiones, y es, en fin, el resolutivo más poderoso para todas las afecciones cutáneas de esta índole. Basta darle con un pincel por la noche sobre la parte enferma y dejarle secar, sin lavarse en algunos días, para que las costras caigan, ceda la inflamación cutánea por aguda que parezca, y quede sana y sin vestigios del padecimiento la piel que parecía seriamente lesionada. A veces es tan aguda la inflamación, que es preciso transigir con los emolientes, como cataplasmas de harina de arroz, lavatorios de malvas, etc.; pero en cuanto cede algo, debemos preferir la acción substitutiva, curtierte ó secante de la miera ó aceite de enebro, porque insistiendo en los emolientes se eterniza la dermatosis.

La tintura de yodo, muy buena también para la curación de las escrófulas cutáneas, aplicándola del mismo modo, aunque con más precauciones que la miera, está más indicada en las escrófulas de las mucosas de la boca y garganta, á donde por su menor eficacia y por lo ingrato de su olor y de su sabor no aplicamos el aceite de enebro.

Las mucosas afectas de escrófulas eritematosas, granulosa ó ulcerosa, presentan con frecuencia á la vista del observador un aspecto inflamatorio tan graduado, con un infarto tan considerable, que la primera idea que se ocurre es aplicar emolientes para calmarle. Pronto se nota su ineficacia, y apelando á los toques de la tintura de yodo veremos ceder mejor la inflamación, el infarto y la ulceración. En esto se parecen mucho las escrófulas de las mucosas á las sífilides y á las ulceraciones sífilíticas de la boca y garganta. Los sus-

titutivos y causticos las curan, los emolientes las empujan.

En las escrófulas cutáneas benignas, la pomada de yoduro mercurioso se usa menos que en las malignas, en las cuales dá tan buenos resultados como en las sífilides; pero si son circunscritas y no podemos emplear la miera ó la tintura ó pomada de yodo, debemos prescribirla al uno ó 2 por 100 de concentración. La pomada de yodo de la F. E. ó la yodo-yodurada, sirve lo mismo para las benignas que para las malignas y dá excelentes resultados. La pomada de breva y las pomadas y glicerolados astringentes, aplicados conforme se ha dicho en la medicación resolutiva, nos ayudan mucho á detener el curso y la progresiva extensión de las escrófulas benignas.

Los baños minerales sulfurosos, lo mismo que los clorurado y yodo-bromurado-sódicos ejercen, prescindiendo de su acción general de que ya hemos hablado al ocuparnos del uso de las aguas en bebida, una acción local resolutiva de la mayor importancia; detergen y excitan ó cauterizan la superficie del tegumento exoriada ó exulcerada; desecan y hacen desprender rápidamente las costras que se forman; favorecen la transpiración y las funciones alteradas ó suspendidas de la parte enferma, y resuelven con rapidez el infarto de los tejidos.

Trillo y Gestona entre las clorurado-sódicas frías, y Arnedillo entre las calientes; Carratraca, Santa Águeda, Arechavaleta, Grávalos, Ontaneda y todas las análogas, entre las sulfurosas frescas y templadas; Lelesma y Arebena, entre las calientes tienen fama en España para el tratamiento de la escrófula cutáneo-mucosa benigna.

Nosotros recomendamos generalmente para este período de la escrófula, en primer lugar las aguas sulfatado-cálcicas frescas, y en segundo las clorurado-sódicas, frescas también, y dejamos las calientes para períodos más avanzados del mal.

En los niños de pocos años ó de pecho, preferimos, sin embargo, las templadas.

Antes de terminar lo que debemos decir del tratamiento de la escrófula primaria, tanto por los remedios externos como por los internos, diremos dos palabras sobre una cuestión importante que se presenta en la práctica.

Las escrófulas benignas se consideran como depuratorias, y la generalidad de los médicos considerap peligroso tratarlas. Este es un error de fatales consecuencias. Deben tratarse pronto y con energía, interior y exteriormente, para evitar su propagación á la mucosa pálpbro-ocular ó su transformación en una escrófula maligna y corrosiva; pero hay un momento excepcional, en el que deben por el contrario respetarse, y es aquel en que se verifica la evolución dentaria.

La dentición pasa bien, rápida y fácilmente en los niños que padecen el impétigo escrófuloso ó usagre de la cara, y es, por el contrario, difícil y expuesta á graves complicaciones si esta revulsión natural desaparece de la piel.

En el tratamiento del primer período de la escrófula hemos



omitido recomendar el uso del aceite de hígado de bacalao, porque en la mayoría de los casos es ineficaz ó no sienta bien á no ser muy crónica y antigua la erupción, en cuyo caso podemos incluirla, por los infartos *no simpáticos*, sino fijos de las glándulas y por otros accidentes que seguramente sobrevienen entre los

*Fenómenos de la escrófula confirmada.*—Si quisiéramos dividir la evolución y curso de estos fenómenos en períodos correlativos como lo hace arbitrariamente Bazin, seguiríamos su clasificación muy aceptable para el estudio (1), pero es preferible en un discurso de generalidades confundir en uno todos estos tiempos del mal, porque confundidos los vemos en la práctica, y estudiar la enfermedad según los tejidos que ataca. Como ejemplo de lo que hemos dicho, vemos á la escrófula cutánea maligna, que si algunas veces sigue á la escrófula cutánea benigna, en la generalidad de los casos se presenta de pronto como forma fija primitiva, ó alejada tantos años de la escrófula primaria y en medio de una robustez tan notable y de una edad tan avanzada, que no es fácil recordar los padecimientos escrófulosos de la niñez (2). Las afecciones óseas, articulares y parenquimatosas ó viscerales por otra parte, son más frecuentes que el lupus, y casi siempre siguen á mayor ó menor distancia á la escrófula cutánea benigna de los primeros años de la vida, sin que en el intermedio veamos el lupus ó la escrófula cutánea maligna de una manera necesaria; de modo que en la mayoría de los casos falta el segundo período de Bazin y la enfermedad salta del primero al tercero ó al cuarto, según condiciones ó circunstancias fortuitas ó mal formuladas todavía.

Los fenómenos de la escrófula confirmada, comprenderán, pues, para nosotros todas las manifestaciones de la enfermedad en los tejidos y órganos profundos y las formas graves de la escrófula tegumentaria ó cutáneo-mucosa. Se manifiestan estos fenómenos en la piel, por dermatosis fijas, circunscritas á muy pequeño espacio de la cabeza ó de los extremos de los miembros, de un color rojo-vinoso, indolentes, sin picazón, acompañadas de infarto de los tejidos y de los ganglios inmediatos, con tendencia en aquellos á la hipertrofia y después á la atrofia aunque no haya ulceración, y cuando esta última se presenta con tendencia á la corrosión y destrucción lenta y progresiva aunque indolente de todos los tejidos que ataca. La úlcera escrófulosa consecutiva á las pústulas ó á los tubérculos escrófulosos, desigual ó fungosa en su fondo, irregular en su forma, larga unas veces, anfractuosa otras, con sus bordes

delgados, despegados, sanguinolentos y blandos, lo mismo que el fondo que nunca se indura ni se cubre como el de las sífilíticas secundarias de una pseudo membrana blanquecina, esta úlcera, siempre atónica, aunque por los tópicos excitantes la hagamos dolorosa, que la empeora y agranda el frío, que la exacerban los emolientes y las grasas, que se eterniza en ocasiones á pesar de los tratamientos mejor combinados, cicatriza por fin dejando como señal indeleble *costurañes* rosáceos y elevados sobre la piel sana, formando una línea ó faja alargada, anfractuosa, desigual, con bridas y mamelones salientes, que se conservan muchos años ó toda la vida y demuestran perpetuamente su naturaleza.

La acidez excesiva de la exudación ó supuración escrófulosa, la deformidad y enorme tamaño de las costras que recubren las úlceras, la forma terebrante ó serpiginosa que éstas suelen presentar, el fagedenismo, el parasitismo ó el gangrenismo con que frecuentemente se complican, son caracteres muy suficientes para indicar también la naturaleza del mal, y pueden servirnos además para presumir todas las dificultades del tratamiento y la mayor ó menor energía que debemos buscar en los remedios indicados.

Las escrófulas malignas, bajo el punto de vista de su gravedad y del tratamiento consiguiente que exigen, pueden dividirse en resolutivas y ulcerosas, siendo éstas las que necesitan un tratamiento más energético, no sólo general, sino local.

El tratamiento interno de todas ellas, se funda casi exclusivamente en el uso del aceite de hígado de bacalao á dosis altas, pero en ocasiones hay necesidad de auxiliar á este medicamento con los yoduros de azufre ó de hierro y con los fosatos solubles, ó sustituirle, si aquel no se tolera y éstos no dan resultado, por el ácido fénico en jarabe (Declat) ó en píldoras.

El tratamiento eficaz del lupus por el aceite de hígado de bacalao, no ha sido en realidad bien formulado y legislado hasta Devergie. Débese á este distinguido dermatólogo el método más seguro de curación de tan terrible enfermedad, y la prueba, por lo tanto, de que la naturaleza del mal es siempre escrófulosa, porque hasta él, ó se había incluido el lupus entre las manifestaciones sífilíticas ó herpéticas, ó se le había clasificado como una enfermedad especial de la piel y en grupo aparte. Nosotros hemos empleado repetidas veces el método de Devergie con feliz éxito; pero en la mayoría de los casos le hemos ayudado con el tratamiento tópico que los enfermos piden con ansia para evitar la destrucción de sus facciones, creyendo que con él se detiene más pronto el progreso de las úlceras.

Se administra el aceite de bacalao á dosis gradualmente mayores, empezando por una onza dos veces al día y subiendo media por dosis cada tres ó cuatro días, hasta llegar á cuatro, seis ó más en cada toma.

(1) Este dermatólogo, se ha hallado tratado de la escrófula, estalla en el segundo período de esta enfermedad las escrófulas malignas cutáneo-mucosa y la escrófula ganglionar y celáta; en el tercero las afecciones de los huesos y de las artroclaciones, y en el cuarto las viscerales ó parenquimatosas.

(2) El lupus sigue á veces á las escrófulas benignas, transformándose éstas en síis en malignas; pero lo más frecuente es que donde luego aparece la manifestación maligna, existía contraria á la de Bazin, pero que al mismo en nuestra práctica es la realidad.

Si el enfermo soporta bien la medicación y se le ve ingerir en su estómago una libra, ó media por lo menos del aceite al día, puede afirmarse su curación pronta (dos, tres ó cuatro meses) siempre que por el tiempo necesario continúe tomando semejante dosis. De vez en cuando, cada quince ó veinte días, si el estómago se resiente algo del empacho natural á tanta cantidad de grasa como recibe, debe darse algun ligero purgante, prefiriendo el aceite de ricino. El limon ágrico, el agua de canela, el café y las frutas ácidas modifican, así como la esencia de eucalipto, el sabor repugnante del aceite de bacalao, mejor que los jarabes con que generalmente se mezcla; pero unos y otros aumentan la masa de líquido que ha de tragarse si se dan á la par, y es preferible tomarlos despues.

Si los enfermos no pueden soportar el tratamiento referido y es preciso disminuir las dosis ó cambiar de medicamento, podemos echar mano del aceite de raya ó de liza y adicionar á cualquiera de éstos ó á menores dosis del de bacalao, el jarabe de yoduro ferroso de Itapassier (de media onza á onza y media por dosis), el agua yodo-fosfatada de Uzac, el fosfato de hierro soluble de Leras ó el fosfato de cal.

El ácido fénico *intus et extra* puede darse con esperanzas de buen éxito en el tratamiento de la escrófula cutánea grave ó maligna, cuando no es posible seguir el método de Devergie. El Dr. Declat ha publicado un notable caso de curación de lupus de la cara, y nosotros hemos visto este resultado en dos enfermos, á los que dimos durante cinco meses un escrópulo al día de este ácido, locionando la úlcera con la solución acuosa al uno por ciento de concentración y dando de vez en cuando toques con la disolución alcohólica al décimo.

El tratamiento tóxico de las escrófulas malignas, es de mucha importancia para detener pronto los destrozos de una ulceración que generalmente ataca puntos muy importantes de la cara.

El aceite de enebro, la heca pura, el aceite de abedul, la tintura de yodo, el ácido fénico, el aceite de bacalao, la trementina creosotada ó alcanforada, el nitrato de plata, el alcohol, las pomadas de yodo, de yoduro mercurioso y de yoduro mercurio, los lavatorios tónico-excitantes de cocimientos de hojas de nogal y yerbas aromáticas, los baños minerales calientes yodo-brumurado-sódicos y sulfurosos cálcicos ó sódicos (1) y los baños de mar, son los recursos que se emplean más comunmente para combatirlos.

A veces hay que recurrir á los cáusticos poderosos para detener la corrosión (2), entre los cuales Bazin recomienda como el mejor el aceite de nuez de anacardo (acajou) que

nosotros no hemos tenido posibilidad de ensayar. El alumbre y todos los polvos astringentes son tambien muy útiles en el momento que podríamos llamar fungoso de las úlceras escrófulosas, para estorbar su crecimiento. La compresión por medio de tiras emplásticas puede dar el mismo resultado.

El aceite de enebro, la heca pura, el aceite de abedul y la tintura de yodo, sirven lo mismo para las escrófulas resolutivas que para las alcerosas, y se aplican diariamente y puros sobre el sitio del mal en toques con un pincel, teniendo cuidada en las úlceras de impedir la formación de las costras ó de levantarlas para dar aquellos sobre el fondo de la ulceración.

La solución acuosa de ácido fénico al céntimo de concentración, es tal vez el mejor lavatorio usual de la úlcera del lupus, y la disolución alcohólica al décimo ó al quinto uno de los mejores cáusticos que pueden emplearse si el fondo de aquella es atónico en exceso ó tiene la forma ó complicación fagedénica, gangrenosa ó serpiginosa.

Hemos curado muchas veces úlceras escrófulosas con planchuelas empapadas en aceite de hígado de bacalao, y hemos visto que es un tóxico recomendable, pero tiene el inconveniente de dar á las úlceras del lupus un color pálido y dejar crecer y levantarse demasiado, aunque por igual, su fondo.

La trementina alcanforada ó una mezcla por partes iguales de trementina y alcohol alcanforado, es un remedio activísimo y de felices resultados en las escrófulas malignas resolutivas, y sobre todo en los sabañones. La trementina creosotada (diez partes por una de creosota) puede utilizarse de vez en cuando en toques á las úlceras del lupus, pero es demasiado irritante y debe manejarse con pulso.

El alcohol á 33°, solo ó alcanforado, es un excitante poderoso que impide la supuración, iguala y entona el fondo de la ulceración y que puede emplearse sin miedo y sin peligro en sitios distantes de los ojos, porque si toca á la conjuntiva la inflama y dá margen á accidentes graves.

El nitrato de plata fundido en toques á las fungosidades y la disolución de la misma sustancia al céntimo, ó más atenuada cuando la superficie es igual y empieza la reparación, constituyen tópicos muy buenos, que á veces dan mejores resultados que los anteriormente descritos. Tienen el inconveniente, sin embargo, de manchar la piel de negro y de hacer que las hilas de curación se peguen tenazmente á las heridas, costando mucho separarlas sin hacer sangre.

Las pomadas de yodo, de yoduro mercurioso (medio á un escrópulo por onza de manteca) y de yoduro mercurio (tres á ocho granos por onza de manteca) tienen la ventaja de que no permiten la formación de costras y se desprenden bien las hilas sin determinar erosiones y pérdida de sangre.

Esta última pomada á mayor concentración (escrópulo por onza) es un cáustico muy activo, que debe emplearse de vez en cuando en los casos rebeldes del lupus vorax.

(1) Anodillo y Ardenza ó Lodoma son los más nutritivos en España.

(2) Ácidos concentrados, Alúmina, pasta de Viena, cloruro de zinc, nitrato de antimonio, pasta arsenical, nitrato ácido de auripigmento, cloruro de oro, ácido yodídrico puro, peróxido de hierro sólido.



Las aguas minerales clorurado-sódicas y sulfurosas y los baños de mar, además de su acción general, tienen una acción local detergente y excitante que es preciso saber graduar, deteniéndose a tiempo ó insistiendo lo necesario según el efecto que determinen.

Las aguas de Trillo y de Arnedillo (clorurado-sódicas) producen un alivio inmediato en lavatorios y baños; pero si se insiste demasiado, suelen producir una crispela que no siempre es curativa, sino por el contrario, origen de la reproducción del mal, por lo que las suspendemos cuando declina y cicatriza la úlcera, para repetirlas si se empeora después de varios días de descanso.

Las sulfurosas calientes de Archena, Ledesma y otras mil que tenemos en España, no producen el alivio tan inmediato, sino que exacerban desde el primer momento la inflamación perileucosa, pero insistiendo en los baños y lociones va cediendo lentamente hasta la curación.

Los baños de mar obran más por su acción general que por la local en beneficio del lupus; su acción local es análoga y exige los mismos cuidados que la de las aguas minerales clorurado-sódicas.

Acompañando á las escrofulides cutáneas malignas, se presentan otros fenómenos de la escrófula confinada en las membranas mucosas, en el tejido celular y en los ganglios.

Las escrofulides de las mucosas se presentan en forma de infarto eritematoso ó bajo la forma granulosa y ulcerosa. El infarto eritematoso constituye el coriza crónico, la inflamación del saco lagrimal, la amigdalitis crónica y la faringitis escrofulosa, caracterizadas por el abultamiento é inyección considerable de los tejidos enfermos, por su indolencia, abundante exudación (ácida) y por su cronicidad. La forma granulosa existe con mucha frecuencia en la faringe y en la laringe, y la pustulosa en las comisuras de los labios y de la nariz y en la conjuntiva corneal, dando lugar á la oftalmía escrofulosa; pero todas estas formas benignas, así como las vulvitis de las niñas pequeñas, son más frecuentes acompañando á las escrofulides cutáneas benignas. La forma ulcerosa grave es rara en sitio distante del lupus, pero el mismo lupus ataca por lo común á la vez la piel y la mucosa más próxima por presentarse casi siempre en las inmediaciones de las aberturas naturales, en la nariz, labios, párpados, orejas, etc. La úlcera gástrica ó intestinal y la ulceración del cuello uterino, consecutiva al catarro escrofuloso de la matriz, son, sin embargo, verdaderos lupus internos ó escrofulides mucosas malignas, difíciles é imposibles de curar y sobre cuyos caracteres y sintomatología no nos es posible hablar en este momento.

Su tratamiento interno es igual al de las escrofulides cutáneas, con más la adición de lo que exijan las indicaciones sintomáticas; su tratamiento tópico es análogo en lo posible y menos eficaz, porque no siempre conseguimos llegar al sitio

enfermo, y *solo al sitio enfermo*, con los cáusticos ó con los demás remedios indicados.

Teniendo que excluir los cáusticos enérgicos y los aceites pirogenados por no tolerarlos el estómago, nos queda la medicación tópica reducida al nitrato de plata, al ácido fénico, á las aguas minerales en bebida, enema ó inyección y á los astringentes disueltos ó en polvo, todos los cuales tienen poca acción para detener el progreso de las ulceraciones escrofulosas de las mucosas profundas.

La escrófula del tejido celular es resolutiva ó supurante. La forma resolutiva está constituida por los tubérculos subcutáneos que suelen preceder al lupus hipotrófico no ulceroso, lo cual es bastante raro. La forma supurante la constituyen los abscesos dérmicos y subdérmicos fríos. Tienen de notable estos abscesos, que la supuración que encierran puede reabsorberse á poco que se ayude con los resolutivos externos semejante proceso, cosa que nunca ocurre en los abscesos de otra índole.

El tratamiento de la escrófula celular cuando existe aislada, está basado principalmente en la mezcla á *dosis regulares* de los remedios aconsejados contra la escrófula cutánea benigna y la maligna, es decir, en el yoduro de hierro y el aceite de bacalao, administrados á la par, y se ha comparado esta escrófula y la ganglionar, por esta necesidad terapéutica, á los accidentes de transición ó intermediarios de la sífilis.

La escrófula ganglionar confirmada, no incluyendo en ella los infartos del período de invasión, puede ser resoluble ó irresoluble. La primera acompaña á las primeras edades de la escrófula, y consiste en infartos crónicos, blandos, gruesos, indolentes y numerosos de los ganglios extracavitarios que se resuelven lentamente á beneficio de un tratamiento apropiado, aunque supure el tejido celular periadénico. Si la afección es de larga fecha, encuéntrense los ganglios infiltrados de una exudación fibro-plástica llena de células fusiformes. La segunda acompaña á la escrófula visceral, y consiste en infartos numerosos, duros é irresolubles de los ganglios espláncicos ó intracavitarios, cuya trama orgánica ha sido, más que infiltrada, sustituida por la sustancia tuberculosa ó por un tejido fibro-plástico homogéneo parecido á las gomas (Tuberc). Esta segunda forma es incurable.

La primera forma es curable por el aceite de hígado de bacalao y el yoduro de hierro, á *dosis regulares* como en la escrófula celular, ayudados de la tintura de yodo exteriormente. La *cicuta interna et externa*, dá á veces resultados más pronto, pero nada nos impide combinar las dos medicaciones.

Las *dosis altas* del extracto de cicuta, según el método de D. Agüedo Pinilla (empezando por medio escrópulo y subiendo gradualmente hasta dos dracmas en dos dosis al día), sirven mucho en el hospital de San Juan de Dios para la resolución rápida de los bubones indolentes é infartos del testículo

que se presentan en los escrofulosos, aunque sean debidos á una causa venérea.

Los baños de mar y las aguas ya citadas antiescrofulosas, producen tambien efectos admirables en la escrófula grangliolar resoluble, á poco que ayuden su accion los recursos higiénicos del clima, de la localidad y de la alimentacion.

La escrófula profunda extracavitaria, está constituida por afecciones del tejido fibroso, del muscular, del óseo y del conjunto de todos los que contribuyen á formar las articulaciones.

La escrófula profunda intracavitaria ó visceral está constituida por lesiones graves de los parénquimas, como infartos crónicos, atrofias consecutivas ó hipertrofias, degeneraciones grasientas, fibro-plásticas y tuberculosas, seguidas de todos los trastornos consiguientes á la imposibilidad de funcionar que determina la lesion orgánica.

La escrófula profunda extracavitaria puede ser combatida eficazmente, sobre todo en su principio, por la medicacion antiescrofulosa, aunque á veces nos sea dolorosamente preciso prescindir ó mutilar una parte del cuerpo para salvar el todo.

La escrófula visceral (conviene no confundirla con la que ataca la membrana mucosa de las vísceras), ó mejor dicho *parenquimatosa*, es incurable, y si alguna vez se observan buenos resultados, más que á la medicacion se deberán á las condiciones higiénicas en que pueda colocarse el individuo.

No nos creemos autorizados para invadir por más tiempo el terreno de la patologia externa ó interna, saliéndonos del de nuestra especialidad. El tratamiento de la escrófula ósea articular y muscular, pertenece á la cirugía, así como el de la visceral pertenece á la medicina y en las obras de ambas ramas primeras de la ciencia, podrán estudiarse con todos los detalles necesarios las diversas combinaciones de remedios que contra ellas se recomiendan, y que en este sitio, además de ser impertinentes, darían lugar á que nos extendiéramos más de lo necesario.

6. *Medicacion antipelagrosa.*—La pelagra es una enfermedad constitucional, hija de la miseria y de una alimentacion poco azoada ó esencialmente vegetal, endémica en ciertos puntos de Italia y de España, no contagiosa, y caracterizada por eritemas escumosos de color achocolatado, provocados en los sitios descubiertos, y especialmente en el dorso de las manos, por el sol de la primavera; por trastornos digestivos, entre los cuales descuella la hipersecrecion intestinal, y por alteraciones del sistema nervioso y de la inteligencia, que determinan torpeza ó disminucion de la memoria, marcos y vértigos *sin pérdida del conocimiento*, vacilacion al andar, inclinándose siempre el enfermo en una direccion determinada, y delirios con alucinaciones ó manías tristes con tendencia al suicidio.

Considerada por algunos prácticos modernos, y especialmente por Costallat, Roussel y Balarini, como resultado de

un envenenamiento por el *verdete* del maíz ó por la *cáries* del trigo, enfermedades que determinan en estas plantas ciertos vegetales parásitos que de ellas se alimentan y sobre cuyos frutos se desarrollan apropiándose gran parte de su sustancia nutritiva, es tenida en España por Campo, por Calmarza y por la mayoría de los médicos, como el resultado de una alimentacion escasa y *no azoada*, auxiliado de todas las demás causas doprimentes y debilitantes que acompañan á la miseria y de la accion química especial del sol de primavera sobre los sujetos que se hallan en las condiciones referidas (1).

Trátase seguramente de una enfermedad constitucional y de curso muy lento, intermitente en los primeros años, remitente despues, y al fin continuo, que puede prevenirse ó curarse en su primer período; pero que cuando ha llegado al segundo período ó remitente y sobre todo al tercero, resiste á la accion de todos los remedios y conduce fatalmente á la muerte por el progreso de las lesiones viscerales y nerviosas que la caracterizan.

Siendo la pelagra una enfermedad curable y de causa conocida y probada ya experimentalmente, es posible una medicacion específica que la combatá ó la prevenga, cosa que no sucede en la lepra, en la tuberculosis y en el cáncer, por ejemplo, cuya causa íntima nos es aún desconocida, lo mismo que sus verdaderos remedios; pero esa medicacion, inútil *hasta hoy* en los últimos períodos del mal, útil en el primero y sobre todo capaz de prevenir la enfermedad en las comarcas en que reina endémicamente, tiene por fuerza que ser variable segun el período ó el grado de desarrollo del padecimiento y segun las condiciones que rodean al individuo.

Los trabajos de Roussel y de Balarini tienden á probar: 1.°, que la causa específica de la pelagra es la alimentacion por el maíz enfermo (2), así como el ergotismo depende de la alimentacion por el centeno que tiene *cornezuelo*; y 2.°, que la pelagra de Aragon y las Castillas en donde no se come maíz no es más que una pseudo-pelagra ó una acrodinia, dependientes, segun Costallat, de la *cáries* del trigo (3).

Los trabajos de Lussana y Frua en Italia, y sobre todo los de Campo, Valle y Calmarza en España, no sólo tienden á probar, sino que prueban; 1.°, que una alimentacion insuficiente y *no azoada*, incapaz por lo tanto de la reparacion *nérveo-muscular*, tan necesaria á los trabajadores del campo, es la causa eficiente de la pelagra; 2.°, que la pelagra de Aragon y del centro de España es idéntica á la de Asturias y no se confunde con la acrodinia; y 3.°, que ni el verdete del maíz ni la *cáries* del trigo son la causa de la enfermedad, puesto

(1) Está probado que no son los rayos catódicos ni los benéficos del sol los que producen el *verdete* pelagroso, sino sólo los rayos químicos.

(2) La enfermedad del maíz causado en el desarrollo de una eripitigama (*Sporisorium scutellari* de Quast; *peridermium peridermiae* de Levetil) que se alimenta y crece á expensas de la sustancia de sus granos.

(3) El *verdete* nace en el vegetal parásito del trigo.



que hay millares de observaciones detalladas de pelagrosos que no han comido maíz, y un solo hecho *positivo* de este género hasta en buena lógica para derribar la teoría exclusiva de los autores partidarios del *zeismo* o *sclerotismo* (1).

Las pruebas directas que valiéndose de la experimentación da nuestro Calmarza, bastarían para convencer á los Zeistas si no les doliese, como es natural, después de tantos estudios y desvelos, el confesar que todos estos sólo han valido para demostrar la verdad de otra teoría que no es la suya, y ni el ingenio de Costallat ni el de Landuchy han sido suficientes para borrar de la historia patogénica de la pelagra, lo mucho que indica la existencia de semejante enfermedad en el centro de España, donde no se come maíz ni trigo averiado, y su no existencia en la costa de las Provincias Vascongadas, por ejemplo, donde la borona ó pan de maíz es el alimento de todos los campesinos.

Sin entrar en discusiones que podrán tener cabida en la segunda parte de esta obra, ni citar las observaciones recogidas en los hospitales de Madrid por algunos distinguidos prácticos, y en el de San Juan de Dios por nosotros, haremos constar que en nuestra opinión está fuera de toda duda la verdad de las opiniones de los médicos españoles, y que la medicación específica antipelagrosa puede deducirse *à priori*, y ha sido comprobada además por todos los prácticos, incluyendo los verdetistas ó zeistas.

El cambio de alimentación, haciéndola nutritiva y azoada, es la base de todos los tratamientos, y sólo puede haber diferencias en la necesidad absoluta, ó sólo en la conveniencia de ciertos medios higiénicos como la torrefacción del maíz ó del trigo, exigida por los verdetistas para destruir el parásito que consideran de propiedades tóxicas, y que según Calmarza, no las tiene, ó en la necesidad de mejorar éstas ó las otras condiciones de localidad ó ciertas influencias, tanto externas como internas, y de mayor ó menor importancia para el desarrollo de tan terrible padecimiento.

Aun suponiendo demostrada la herencia de la pelagra, cosa muy difícil por tratarse de una enfermedad casi siempre endémica, los medios profilácticos pueden ser eficacísimos, si los Gobiernos y las Sociedades benéficas de cada provincia contribuyesen con todas sus fuerzas á mejorar la alimentación de los trabajadores del campo, que sumidos en la miseria carecen de lo necesario para alimentarse con carnes, con leche, con huevos ó con otras sustancias animales, mezclándolas con las vegetales de que hacen por necesidad un uso exclusivo é insuficiente.

La torrefacción del maíz ó del trigo enfermos, hecha á ex-

pensas de los Gobiernos, Diputaciones provinciales ó Ayuntamientos, como medida obligatoria, antes de que cada vecino hiciese su pan ó confeccionase sus gachas, destruyendo el parásito y dejando á los cereales que en una misma cantidad ponderable tuvieran mayor cantidad de sustancia alimenticia, contentaría á Zeistas y Antizeistas, y sería un medio conveniente para evitar la pelagra, si además se favorecía la posibilidad de mezclar la alimentación habitual, ó de cereales, con cantidad suficiente de sustancias azoadas ó animales.

Pero sin necesidad de apelar á medidas de rigor ni de castigar el presupuesto de la nación ó de la provincia con gastos de calamidades públicas, ¿cuánto no pueden hacer los mismos individuos amagados por la endemia, y los Ayuntamientos en su defecto, cuando se les demuestre la causa verdadera del azote que les diezma, lo fácil y conveniente que es tostar los cereales antes de comerlos y la necesidad absoluta que tienen, si quieren evitarlo, de sustituir la alimentación vegetal exclusiva por la mixta ó vegetal-animal?

Las leches y las grasas animales no son tan caras como las carnes, y tal vez bastarían las segundas, las que se tiran por los ricos, para evitar los males de los pobres.

Un poco de auxilio del Gobierno y de la provincia, un poco de actividad ilustrada para dirigir la beneficencia local por los Ayuntamientos, y un poco de deseo de defender su vida amenazada por parte de los individuos, y la pelagra disminuirá considerablemente.

Favorecer la cría de ganados en las regiones donde el mal se anida; la plantación de viñas, si el terreno lo consiente; la creación de establecimientos de piscicultura, si los ríos abundan; metodizar la caza en beneficio de los pobres, y como deber de humanidad y patriotismo; anuar, en fin, todos los recursos posibles para mejorar sin grande esfuerzo de los pueblos las malas condiciones de su alimentación, es tarea que incumbe á los Gobiernos y Diputaciones provinciales.

Convencerse de que la falta de alimentos animales es la causa de la enfermedad, es lo que necesitan los pueblos.

El demostrarlo, y el aconsejar lo conveniente para dirigir la beneficencia que puede atenuar ó prevenir el desarrollo de la endemia, corresponde á los médicos.

Pero desarrollada la enfermedad, es preciso primero conocerla y saber el período en que se halla y después curarla; tarea imposible para el médico si el mal está ya muy avanzado, tarea siempre difícil aunque esté en su origen, porque lo que hace falta son recursos, y el facultativo rara vez puede disponer de ellos.

Estudiaremos brevemente, sin embargo, estos dos términos del problema que ha de resolverse por la ciencia.

Se ha dividido la Pelagra para su estudio en tres períodos, que formulados por Strambio, han sido aceptados, aunque con nombres diversos, por los modernos.

PRIMER PERÍODO.—*Intermitente ó espasmódico*.—Roussel

(1) Se ha llamado así la doctrina de los verdetistas.

La palabra *sclerotismo* se deriva de *scleriosis* *zeismo* ó *pelagros*, nombre del vegetal parásito del maíz, que produce, según Rottlin, la pelagra especial de Columbia, llamada también en aquella república americana, *pelosis*.

divide este periodo en dos épocas: En la primera, de incubación ó pelagra incipiente, los síntomas son vagos y dudosos; pero sirven mucho donde el mal reina endémicamente para prevenir al médico práctico y hacerle temer la invasión del padecimiento. En la segunda (pelagra confirmada), la aparición de la afección cutánea ó la graduación de los síntomas nerviosos no deja duda acerca del diagnóstico de la enfermedad.

No siempre existe el periodo de incubación, y la pelagra puede empezar por la afección cutánea que la caracteriza; pero cuando existe, los fenómenos que en él se presentan son:

Trastornos vagos y variables; ya un estado de debilidad siempre creciente, con laxitudes, inapetencia, disgusto y pesadez de estómago, sequedad de la boca, fúeas y exófigo; ya una tristeza *insólita* que precede varios días ó varias semanas á la presentación ó confirmación de la enfermedad; ya en fin, sensaciones dolorosas, vagas y fugaces á lo largo del raquis y de los miembros, con ruido de oídos, debilidad visual, *causancio* que no *repara el sueño*, debilidad muscular, vértigos ligeros con atontamiento ó pesadez de cabeza, á todos los que añade el pelagrista citado, pyrosis despues de comer maíz, y temblor, turgencia, enrojecimiento y sequedad de la lengua y de la mucosa bucal.

La enfermedad se confirma en los meses de Febrero á Mayo inclusive, despues de haberse expuesto el enfermo á los rayos del sol, bien por una coloración moreno-oscuro de los sitios descubiertos que han sufrido la acción del sol, y especialmente del dorso de las manos, que termina por descamación (descamación pelagrosa primitiva de Calmarza y Bärensprung), bien por el *eritema* tan característico en esta última region, ó en la cara, cuello, dorso de los piés, etc.

Si la descamación pelagrosa primitiva es dependiente de un grado ínfimo de insolación, el eritema pelagroso tiene tambien diferente intensidad, segun haya sido mayor ó menor la acción química del astro. Ya consiste en una rubicundez indolente achocolatada y sin elevación, que disminuye ó desaparece por la presión del dedo, y que á la tercera ó cuarta semana determina el agrietamiento del epidérmis y su caída lenta por descamación foliácea, oscura ó negruzca (descamación pelagrosa consecutiva), dejando la piel lisa, reluciente y más sonrosada en unos puntos que en otros (cicatriz pelagrosa, origen, por su color, del nombre de mal de la rosa que toma en Asturias la pelagra y con el cual le dió á conocer Casal al mundo médico); ya se manifiesta por una rubicundez elevada, como crisipelatosa, aunque siempre achocolatada ó negruzca, acompañada de ardor ó quemazón, que se aumenta exponiendo las manos nuevamente al sol, y sobre la cual se levantan vesículas ó ampollas, que al cabo de algunas semanas ó de varios días se desecan en grandes y negruzcas escamas, que se desprenden lentamente dejando en la piel la

cicatriz característica muy parecida á la que resulta de las quemaduras de segundo grado.

En ambos casos la descamación es siempre mayor que la que debía corresponder á la inflamación dérmica, y esta desproporcion entre los fenómenos flogísticos y la esfoliación del epidérmis es un carácter muy notable del eritema pelagroso.

A la par que los síntomas cutáneos, se presentan los del tubo digestivo y los del sistema nervioso.

A una constipación pertinaz suceden accesos de diarrea disenteriforme ó sanguinolenta, con pujos ó dolores intestinales. La mucosa del tramo superior, de la boca, lengua y fúeas se pone roja y seca, dando lugar á una sensación de ardor y constricción más ó menos pasajera é intensa; sobrevienen altas en los carrillos y hordes de la lengua, que dan lugar á un pitalismo ó hipersecreción salival de un sabor anargo y salado; los enfermos se quejan de trastornos visuales, que les hacen ver mal ó dobles los objetos; de dolores como de quemadura en las plantas, que les rolan el sueño; de dolores á lo largo del espinazo, que se propagan á los brazos, á las regiones intercostales, á las lumbares ó á los miembros inferiores (raquialgias, lumbagos y ciáticas); de dificultades dolorosas para la emisión de orina, para la deglución y digestión (iscuria, disfagia, pirosis); y por último, de vértigos diferentes de los que padecen otros enfermos, puesto que no ven moverse al rededor los objetos, sino que creen que es su cabeza la que gira sobre su cuerpo; molestia que obligándoles á renunciar al trabajo, les hace acudir al médico para que les ponga en situación de volver á él.

Pasa la primavera, sin embargo, y sin ningun recurso ó con él, el ataque pelagroso que ha durado de siete á diez ó doce semanas, termina para no volver á presentarse hasta la primavera siguiente, pero ya más largo, más grave y más intenso, y así en los años sucesivos, hasta que el mal, haciéndose remitente, entra en su segundo periodo.

La ciencia puede contener la enfermedad en este periodo, si la beneficencia pública la ayuda con los recursos necesarios para la mejor alimentación de los enfermos.

El uso de leches y de pan bueno, el uso moderado de carnes y algunos baños generales templados, remedio utilísimo en todos los periodos del mal, hacen desaparecer prontamente el ataque pelagroso, sustrayendo al enfermo al mismo tiempo de la acción del sol; pero es preciso que la alimentación continúe siendo azoada, sobre todo desde el mes de Enero hasta que pase la época de la repetición de los ataques, para que esto no se verifique.

En casos particulares puede el médico recomendar el cambio de localidad, porque marchándose el enfermo á trabajar á otra provincia cambiará probablemente de costumbres y género de alimentación, y hasta el enganche en el ejército puede tambien ser un gran remedio indirecto para la curación de la pelagra en el primer periodo, siendo como es buena la



alimentación de nuestros soldados y de nuestros marinos.

Pero cuando los enfermos no salen de la localidad ni cambian de género de alimentación, ni pueden aumentarla por escasez de recursos, ni dejan de trabajar en el campo, es difícil evitar la reproducción de los ataques siguientes y el curso ulterior del mal con todas sus funestas consecuencias. Los baños de río, que no cuestan dinero al pobre pelagroso, y el uso de la uva, así como evitar el sol de primavera, son los únicos consejos que podrá dar el médico, abandonado por la beneficencia pública ó por la caridad privada, á los enfermos de pelagra endémica.

**SEGUNDO PERIODO.** — *Remitente ó paralítico.* — Todos los síntomas del primer periodo, que duran á veces cuatro ó seis primaveras, crecen en duración y en intensidad (1) en el segundo que puede tardar otro tanto tiempo en pasar al tercero, si ántes no causa la muerte del enfermo.

Decrecen, sin embargo, en el verano y en el invierno; pero no llegan nunca á desaparecer, y la exacerbación de la primavera demuestra que la intermitencia de las manifestaciones pelagrosas se ha convertido en remitencia.

El eritema se descama con mucha lentitud, y aunque desaparece al fin, deja el epidermis grueso, duro, negruzco y profundamente agrietado, inepto para el tacto y para la prehensión de los objetos.

La piel toda se pone árida, seca, áspera al tacto como si fuera de lija; la mucosa de la lengua, seca también y enrojecida, pierde sus papilas y su cubierta epitelica; las aftas se reproducen á menudo; la dislagia aumenta; la bulimia que determina la ansiedad gástrica se hace más notable, sin que por ello el enfermo engorde, sino que por el contrario enflaquece hasta el marasmo; la diarrea se reproduce con mucha mayor frecuencia, y ya no es dolorosa ni sanguinolenta, sino acuosa; la raquialgia y los dolores de las plantas se acompañan de espasmos tónicos ó clónicos de ciertos músculos, especialmente de los posteriores del tronco, haciendo en ocasiones que el enfermo se caiga hácia atrás: su progresión es vacilante y temblorosa como la del beodo, y es muy comun observar que una fuerza irresistible le hace inclinarse á un lado ó á otro, sobre el cual se caería si no se agarrase. El vértigo, durante el cual no pierde el conocimiento, le inclina á caerse hácia adelante, y muchas veces cae sin poderlo evitar, aunque sabe que va á caerse y lo presencia. Levántase con mil trabajos y vuelve á su carrera, aumentando con la abertura de las piernas la base de sustentación, sin que esto le valga ni su poco resultado le irrita.

No es extraño: su memoria ha ido debilitándose gradualmente hasta olvidar lo más importante de su vida y de su

familia; aquella tristeza insólita y profunda que le tenía largos ratos abismado en el vacío del pensamiento, pues durante ella no pensaba, se acompaña de torpeza primero y después de la pérdida de la inteligencia, ya por accesos de delirios agudos, con alucinaciones é ilusiones, ya por subdelirios, análogos á los del tifus ó al de los bebedores, ya por delirios crónicos ó constantes que constituyen la manía, la monomanía ó la demencia.

El enfermo, cuya debilidad muscular y cuya incoherencia de movimientos le hace parecer un paralítico ó parapléjico, aunque nunca llega á necesitar dos muletas, sale y huye arrastrándose, como el perro rabioso, de su casa, y su manía triste ó religiosa le conduce al suicidio por inmersión ó precipitación de una altura, siendo á veces la ilusión de que le persiguen, ó algún ruido que cree percibir la causa de su casi inconsciente determinación.

¿Cuántas veces, sin embargo, se hallarán tomado por suicidios de pelagrosos sus involuntarias caídas por la parálisis muscular que los aflige!

En el principio de este periodo del mal, aún puede conseguirse la curación con el cambio urgente, completo y radical de localidad, de alimentos y de género de vida (1), auxiliado de algunos remedios farmacéuticos, pero no sin que queden grandes reliquias en el tubo digestivo, en el sistema nervioso, en la inteligencia y en la motilidad, que hacen corta y valedudinaria su restante existencia (2).

Si el enfermo ha llegado á un momento avanzado del segundo periodo; si la debilidad muscular es grande; si la diarrea es incoercible; si la locura pelagrosa existe, el mal no tiene remedio, aunque el enfermo cambie de localidad y se pongan para conseguir su alivio en contribución todos los recursos de la ciencia.

Los baños generales templados son el único remedio, que repetido diariamente ó un día sí y otro no, alivia su estado general, despejando su inteligencia.

El bromuro de potasio á dosis corta (seis granos) ayuda la acción de los baños; el bismuto, el ópio y el acetato de plomo contribuyen á detener la diarrea; pero remedio específico no existe, fuera del cambio de alimentación (que no debe ser brusco) y de género de vida.

Nosotros hemos ensayado inútilmente en este periodo el yoduro de azufre, indicado por el Dr. Escobar, el ácido fénico y otros diferentes remedios, sin que hayamos conseguido otra cosa que alivios fugaces y probablemente espontáneos, ó estorbar las funciones del tubo digestivo provocando nuevas diarreas.

(1) Exceptuando de este último carácter las manifestaciones cutáneas, que aunque más durables, van siendo cada vez menos intensas en fenómenos agudos ó fugitivos por lo mismo.

(1) Véase el tratamiento del primer periodo.

(2) Los remedios farmacéuticos que empleamos, más que específicos, porque sólo puede ser el cambio de alimentación, sirven para llenar indicaciones sintomáticas.

El tratamiento tópico de las manifestaciones cutáneas pelagrosas, aunque inútil para la curación de la pelagra, es eficazísimo para resolver el eritema y limpiar la descamación y alteraciones del epidermis que tan repugnantes parecen.

Los baños generales bastan para conseguir estos resultados, si el enfermo se retrae de tomar el sol; pero además pueden darse fricciones suaves con el glicerolado de almidón, con la pomada de calomelanos (dracma por onza), con la de yoduro de azufre ó de plomo, y con muchas otras que no citamos por temor de hacernos difusos.

En cuatro ó cinco días se ve con estos remedios y los baños decrecer y aún desaparecer el eritema y la descamación, y siguiendo en su uso, la misma cicatriz pelagrosa, tan refractaria y tenaz si no se emplean, pierde de color y deja en su lugar una piel fina, lustrosa y sin arrugas, pero sin los caracteres del mal de la rosa de nuestro Casal.

**Tercera raiosa.**—*Continuo ó caquéctico.*—La caquexia pelagrosa está caracterizada por la ausencia de la remisión en los síntomas, ya tan graves del segundo período.

Cuando el suicidio ó una caída involuntaria no han concluido con la vida del enfermo en el segundo período, continúan agravándose los síntomas del aparato digestivo y nervioso, y ocultándose ó desapareciendo para no volver á presentarse el eritema y la cicatriz característica.

Sigue la descamación en el sitio en que éstas existían, y reproduciéndose la sequedad y aspereza de la piel de todo el cuerpo, termina también por convertirse en una descamación furfurácea; se presentan equimosis en los sitios descubiertos y en los declives; se atrofian los músculos, se hace colicativa la diarrea serosa; es imposible la digestión completa, aunque se ayude por la pepsina; se pierde por completo la memoria y la inteligencia, no atendiendo el enfermo cuando se le llama; á veces se hincha, á veces se enmagrece hasta la consumción, y en este singular estado sobreviene una fiebre lenta con exacerbaciones, delirio ligero con mutación, carfología, y en fin la muerte. Nada puede la ciencia contra este último período del mal. Probablemente no podrá nunca, porque si el último período de todas las afecciones y estados constitucionales fuera curable, la vida sería eterna, y el médico, Dios.

**7.ª Medicación antiescorbútica ó antihemorrágica.**—La púrpura y el escorbuto son las dos enfermedades hemorrágicas que, por tener manifestaciones cutáneas, pueden ser tratadas por nosotros con la medicación que nos ocupa.

La púrpura es una enfermedad general, dependiente de una alteración especial de la sangre, á consecuencia las más veces de una afección nerviosa perturbadora ó deprimente. El escorbuto es ya una enfermedad constitucional, en la cual esa alteración especial de la sangre llega á perturbar la nutrición y las funciones de los sólidos del organismo: la primera se presenta de pronto de un modo agudo y febril, abriendo la escena patológica una afección cutánea caracterizada por man-

chas hemorrágicas, pequeñas, numerosas y generalizadas.

El segundo, más lento é insidioso, es intermitente, y empieza por fenómenos generales, alatinamiento, pereza para los movimientos, tristeza profunda y debilidad general, seguido de la afección fungosa de las encías, que dan sangre con la mayor facilidad; de la aparición de grandes equimosis dolorosas y cortos en número, y de alteración de todas las funciones de las vísceras pectorales y abdominales, así como de los músculos y articulaciones.

La púrpura simple es febril, fugaz y curable espontáneamente en uno ó dos septenarios; pero la hemorrágica se caracteriza por la variedad de hemorragias que determina por todas las mucosas, cosa rara en el escorbuto, que á pesar de ser un trastorno más profundo de todo el organismo se limita por mucho tiempo á la hemorragia cutánea y gingival escasa y poco temible como tal hemorragia.

Todo esto prueba que el escorbuto debe tener una causa diferente aunque algo parecida á la de la pelagra.

El frío, y sobre todo el frío húmedo, la respiración de un aire impuro por aglomeración de seres vivos, ó muertos de escorbuto y una alimentación escasa, insuficiente ó privada de vegetales frescos, de ácidos ó de jugos de las carnes frescas, son, con el contagio (1), las causas á que se atribuye la enfermedad.

No entraremos en esta enfermedad, como en la pelagra y las anteriormente citadas, en detalles descriptivos que son más propios de la clínica, tratándose de un estado morbozo que no hemos visto en el mar, y que en la tierra le hemos sólo observado como complicación de otros estados constitucionales que llevan á los hospitales los enfermos, ó por efecto de la intoxicación mercurial ó alcalina; pero haremos constar, á pesar de la opinión contraria de ciertos prácticos, que hay para esta enfermedad una medicación específica que puede curarla rápidamente, y que consiste en separar las causas que la determinan, lo cual no es en verdad siempre posible.

Mándese á tierra á un escorbútico de mar que no esté en el último período de la enfermedad, y si se le ayuda con los simples recursos de la higiene del aire, de la temperatura y de la alimentación, se curará.

Cámbiense las condiciones en que vive el escorbútico de tierra, y si la afección es simple y no ha venido á complicar otra caquexia ó estado constitucional coincidente, se curará también con los mismos recursos higiénicos.

El limón y demás ácidos vegetales ó minerales en bebida usual y mezclados con vino; el uso de vegetales frescos y crudos, ó en ensalada; la coquearía; los berros, rábanos, etc., ayudan mucho á una alimentación variada y al aire puro,

(1) El contagio, como sucede en todas las enfermedades erétemicas y epidémicas, es discutible y está puesto en duda por autores respetables.



seco y caliente, que son los grandes y específicos remedios que la higiene nos proporciona.

8.ª *Medicaciones específicas mixtas.*—Las enfermedades nunca se presentan en la práctica tan sencillas y aisladas como se describen en los libros.

Es muy común ver mezcladas en terrible consorcio la escrófula con la sífilis y el herpetismo, y el escorbuto con cualquiera de éstas, y especialmente con las dos primeras; con frecuencia el herpetismo y el reumatismo se albergan en un mismo individuo, y el parasitismo vegetal escoge semejantes terrenos orgánicos como los mejores para su evolución y desarrollo.

Si las enfermedades no se mezclan como cree Bazin, se mezclan y combinan sin duda sus lesiones orgánicas y de tejido, y no basta para corregir estos trastornos una medicación aislada, pues combatiendo una parte de la lesión, quedará siempre lo restante inutilizando los efectos del remedio, y avanzando la no tratada ó abandonada en el terreno que la que se trata médicamente va dejando limpio, terminará por incuria fatalmente lo que con más ó ménos dificultades puede curarse.

Las medicaciones específicas mixtas son, pues, necesarias é indispensables en la práctica, y no es posible, sin peligro para el enfermo, detenerse á combatir primero una enfermedad dejando en pie las otras.

La mezcla de los remedios específicos, sin embargo, exige cierto tino práctico que difícilmente se adquiere no estando cerca de los grandes maestros á la cabecera de los enfermos, y como cada caso morbozo la exige diferente, no puede tampoco explicarse bien en los libros.

La mezcla de los arsenicales y alcalinos en los herpeto-reumáticos, y la de los mercuriales yodurados y ferruginosos en los escrófulo-sífilíticos es tan común en nuestra práctica, como comunes son estas enfermedades mixtas. Las fórmulas de Devergie, de que en otro lugar hemos hablado, sirven mucho para combatir el verdadero escrófulo-sífilítico avanzado. Los arsenicales y el bicarbonato de sosa ó el agua de Vichy, que se mezclan perfectamente, combaten bien el herpeto-reumatismo.

Los parasiticidas, como remedios externos, no complican ninguna medicación interna y pueden, curando el parasitismo, ayudar indirectamente á la nutrición y mejoría del paciente.

¡Cuánta falta hacen y cuán poco se piensa en hacer estudios formales sobre las enfermedades mixtas y sobre la legislación de sus medicaciones! Y sin embargo, ¡esta es siempre la medicina práctica, es decir, la medicina de los hechos concretos, nunca tan perfilados y distintos como se pintan en los libros!

Hemos terminado la exposición de las ideas más importantes de dermatología general que consideramos necesarias como introducción al estudio de la clínica de enfermedades de la piel.

Con ella sola y con los hechos clínicos, no sólo retratados sino descritos, bastaría para el estudio de la ciencia; pero el estado de la especialidad en nuestra patria exige un sacrificio más de nuestra parte, y estamos dispuestos á hacerle en la segunda mitad de esta obra.









## ÍNDICE ANALÍTICO

DE LAS

IDEAS DE DERMATOLOGÍA GENERAL, CONTENIDAS EN ESTE DISCURSO PRELIMINAR.

Introducción. — La Clínica, ó sea la observación de los hechos concretos, debe preceder á la Patología. — Diferencias que las separan. — Deficiencias de la Patología cutánea. — No es un ramo de la Patología externa ni de la interna, es un ramo de la Patología. — Errores de los que se han atrevido á definir la enfermedad. — Como tipo ó como ser abstracto sólo existe en nuestra inteligencia y no puede definirse. — Lo que existe realmente son las enfermedades como hechos concretos, distintos y variables por infinitas circunstancias. — Sus definiciones varían también segun cada una de éstas. — De las especialidades médicas y modo de considerarlas. — Son divisiones arbitrarias de la Patología, pero de imprescindible necesidad hoy para el adelantamiento de la ciencia. — La Dermatología debe comprender todas las manifestaciones morbosas que se presentan en la piel. — La enfermedad cutánea con racion general del organismo es muy rara y ofrece poco campo al especialista. — Nuestra definicion de la Dermatología. — La mayor parte de las afecciones cutáneas son sintomáticas de afecciones internas ó constitucionales. — Deben considerarse como idiopáticas las artificiales, las parasitarias, las inflamaciones agudas llamadas pseudo-exantemas y ciertas anomalías ó deformidades que constituyen lesiones de textura puramente locales. — Stomatitas, leucismos, afecciones y enfermedades de la piel. — Sus diferencias.	9
Extension de la Dermatología. — Su importancia. — Su influencia en los adelantos de la Medicina. — La mayor parte de las grandes <i>vaideutes morbose</i> deben su perfecto conocimiento al estudio de los dermatólogos. — Gravedad de las dermatosis. — Dermatosis epidémicas, endémicas y contagiosas. — Influencia moral de algunas. — Incurabilidad de otras. — Dificultades del estudio de la Dermatología. — Las dermatosis no son siempre criticas ni mucho menos <i>saludables</i> , como han querido hacerse creer los médicos antiguos. — Necesidad del estudio de la Dermatología.	11
Anatomía general ó histología de la piel. — Epidermis. — Sus cinco capas (Fourquet). — Florencia las reduce á dos, entendiéndo primer epidermis y cuerpo mucoso ó reticular de Malpighi. — Teoría de Brochet y Roussel para explicar la formacion del epidermis. — Su desarrollo del aparato glandular ideogénico no ha sido confirmado por los micrografos. — La secrecion ó formacion normal del epidermis debe hacerse lo mismo que la secrecion ó formacion patológica en las cicatrices de las heridas. — Del pigmentum. — Su composicion. — Su formacion. — Teoría de Brochet, de Florencia, de Heale. — Causas de las alteraciones del pigmentum. — No bastan para negar la unidad de la especie humana. — Análisis químico del epidermis. — Sales de cal y de potasa que en él se encuentran.	12
Dermis. — Trama fibrosa. — Arterias. — Papilas nerviosas y vasculares. — Sarcos interpapilares. — Folículos. — Descripcion de los folículos sebáceos. — Terminan en la superficie del epidermis ó en el interior de los tubos pilíferos. — Humor sebáceo. — Folículos antrópicos. — Su colocacion en la parte más profunda del dermis ó en el tejido celular subdérmico. — Flexibilidad de su conducto secretor. — Fibras musculares de Kölliker. — Sudor. — Sus caracteres físicos y químicos en el estado normal. — Folículos pilosos. — Pelos. — Su descripcion. — Uñas. — Su descripcion y modo de formacion.	14
Fisiología cutánea. — Ideas generales. — La piel es el limite que separa el macrocosmo del microcosmo humano. — Sin la piel es imposible la vida. — La piel tiene funciones generales que representan el conjunto de las funciones particulares de los infinitos órganos que abaja. — Division de las funciones de la piel.	16
1.ª <i>Funciones de resistencia.</i> — La piel es un tejido flexible y resistente que favorece la union y persistencia de las relaciones anatómicas de todos los órganos que cubre. — Evita ó atenúa el efecto de las influencias atmosféricas sobre los órganos profundos. — 2.ª <i>Funciones respiratorias.</i> — Respirar no es el acto mecánico de entrar y salir el aire en los pulmones, sino el acto complejo físico químico vital que consiste en la oxigenacion de la sangre y en la eliminacion de los principios excrementicios ó no asimilables, cualquiera que sea el órgano encargado de verificarlo. — La piel absorbe el oxígeno y elimina gran parte de estos principios no asimilables. — Absorcion. — La absorcion de las sustancias sólidas está probada por el método endérmico para la administracion de los remedios. — La absorcion de las sustancias líquidas se prueba por los efec-	



tos generales y por la diresis que se produce después de la inmersión en un baño. — La absorción de las sustancias gaseosas se prueba por su eliminación inmediata por la mucosa pulmonar. — Absorción por penetración en las sustancias insolubles. — Exhalación. — Exhalaciones gaseosas. — Exhalación insensible ó evaporación de los líquidos que asuman á la superficie de la piel. — Exhalaciones sensibles ó secreciones y excreciones cutáneas. — El sudor es el medio de eliminación más frecuente de las sustancias extrañas que pueden alterar la sangre. — El humor sebáceo es el medio de eliminación de las sustancias cutáneas. — La descomposición epidérmica, lo mismo que el crecimiento de los pelos y de las uñas, es también un medio eliminatorio no menos importante. — 2.° *Funciones excretivas ó de sensación.* — Sensación general. — Sensación especial ó tactil. — Sensaciones anormales (dolor, prurito, etc.). — 3.° *Funciones de calorificación.* — La producción del calor, si depende en gran parte de las llamadas grandes funciones, depende también además de los actos moleculares físico-químicos que se efectúan en todo el organismo. — La piel ayuda por sus funciones á la producción del calor general del organismo, y sirve para resistir á los cambios exteriores de temperatura.....

17

*Lesiones anatómicas de la piel.* — Se han confundido con las enfermedades en las primeras épocas de la historia de la Medicina. — Ejemplos de la confusión de nombres y de ideas. — Las palabras lepra, escaldes y herpes comprendían muchas enfermedades diferentes. — Los antiguos daban el mismo nombre á lesiones cutáneas diversas, y por el contrario á una misma denominación diferentes. — Nace con Pienk la especialidad. — Su clasificación de dermatosis. — Catorce clases que admite. — Willan la mejora. — Descripción de los ocho órdenes de la clasificación de Willan y especies morbosas definidas que admitía en cada uno de ellos. — Adiciones y modificaciones que en ella han hecho Biett, Gilbert y Casanova. — Estos autores forman la Escuela que nosotros llamamos *semeyótica ó germánico-inglesa*. — Juicio crítico de esta Escuela. — Sus nomenclaturas se fundan en los caracteres objetivos de las lesiones cutáneas, llamadas por ellos formas elementales. — Sus errores. — 1.° Las formas ó lesiones elementales no son enfermedades, son casi siempre expresiones sintomáticas de multitud de enfermedades diferentes; confundidas por lo tanto la enfermedad con la lesión y con el síntoma, y éstas no aquellas son lo que clasifican. — 2.° Las llamadas formas elementales no son tales elementos. — Experimentos de Rosenthal en comprobación de ello. — 3.° Hay mayor número de lesiones elementales que las admitidas por la Escuela germánico-inglesa. — Utilidad de la Escuela *semeyótica* para el diagnóstico de las lesiones cutáneas. — Su inutilidad para el tratamiento de las mismas porque no se eleva á la nocion previa de la causa ó naturaleza del mal, y no puede, por lo tanto, fundar ni tomar las indicaciones racionales. — Clasificación de lesiones del doctor Basin.....

20

*Estudio de los síndromos cutáneos.* — Tres grupos que admitimos. — Primer grupo: lesiones anatómicas ó formas de la Dermatosis. — Su división en primitivas simples, primitivas compuestas y consecutivas. — Formas elementales ó primitivas simples. — Admitimos entonces: 1.° Tumoración de la piel. — Admitimos esta lesión de que no hablan los dermatólogos porque no caben en las demás clases las lesiones cutáneas que comprende. — Su división en circumscrita y difusa. — La circumscrita comprende los tumores dérmicos y los nevus. — La difusa se divide en aguda, que comprende la erisipela y el escleroma agudo, y en crónica que comprende la elefantiasis de los árabes, la esclerodermia, el ólema, el enfisema, etc. — 2.° Pápula. — Comprende tres clases: las del liquen, las del prurigo y las del estrófulo. — Sus diferencias. — Deben adicionarse las pápulas monomorfas y la inicial del chancro sifilítico á las tres referidas que admiten los dermatólogos. — 3.° Habones. — Los separamos de las pápulas, con las que se confunden en los autores de Dermatología por sus caracteres especiales y su fagacidad, carácter que jamás existe en las pápulas verdaderas. — Comprenden las diversas especies de urticaria. — 4.° Tubérculos: su descripción es variable. — Su diagnóstico debe hacerse en las especies mejor que en el género. — Caracteres diferenciales de los de la lepra, el epiteloma, el cáncer, la framboesa, el grano de Alque, las sífilides, las escrofuloides malignas ó el lupus y las vegetaciones mucosas. — 5.° Acne ó emulencia erisipela. — Aunque confundidos con las pápulas, con las pustulas ó con los tubérculos, son formas elementales distintas. — Varietades de forma que comprende. — Sus diferencias. — 6.° Emulencia tífosa. — Sus caracteres según la especie morboza. — 8.° Forunculosis. — Su definición y caracteres. — Comprende el divarico, el estrax y el orzuelo. — 9.° Vesículas. — Su descripción y diferencias que hay entre las de la sordidina, la miliar, la variola, el escama y el herpes. — 10.° Ampollas. — Sus caracteres. — Comprende el estudio del págigo y de la rupia. — Sus diferencias. — 11.° Pústulas. — Su descripción y diagnóstico. — Su división en fincadas y pústulas. — Diferencias que existen entre las pústulas de la viruela, la vacuna, el ectima, el impetigo y otras artificiales. — 12.° Abscesos dérmicos. — Sus caracteres distintivos. — 13.° Dismorfas ó alteraciones de color. — Sus variaciones. — 14.° Eczemas. — Sus caracteres diferenciales. — Varietades del psoriasis, del pitiriasis y del icetiois.....

24

*Formas elementales ó primitivas compuestas.* — Las admitimos á pesar de la opinión de autores respetables, porque las hemos visto y las vemos frecuentemente. — Conviene no confundir la forma compuesta, en la cual se unen dos ó más formas simples en un mismo grano, con la forma compuesta, en la cual hay varias lesiones diferentes, pero separadas unas de otras. — Formas compuestas que admite Devergie. — Las que hemos visto. — Descripción de la pápula halon del liquen urticado. — Descripción de la vesículo-pústula del eczema impetiginoso. — Descripción de la vesículo-ampolla del herpes zona y del herpes zoster. — Descripción del tubérculo-pústula de la mentagra, del lupus y de varias sífilides y escrofuloides. — Descripción de la vesículo-escama del *eczema psoriasisforme*.....

29

*Formas consecutivas.* — Su definición. — Son innatas (costuras y úlceras), ó tardías (hipertrofías y cicatrices). — Son las que con más frecuencia vemos en la práctica. — Su importancia para el diagnóstico es grande, porque de ellas tenemos que deducir las formas elementales que las dieron origen para fundar el diagnóstico de la lesión. — Alibert fundó en ellas la nomenclatura de la clínica, y Devergie su método de diagnóstico. — Algunas constituyen el período de declinación de las formas primitivas ó elementales. — Otras son reliquias más ó menos indolentes ó duraderas. — Admitimos cuatro formas consecutivas: 1.° Costuras. — Son las concreciones de los líquidos retenidos en los granos eruptivos húmedos. — Son consecutivas á las vesículas, ampollas, pústulas, forúnculos, abscesos y necros, ó á las formas mixtas de algunas de estas lesiones. — El fango no es una costura, es una lesión elemental. — Caracteres diferenciales de las costuras consecutivas á vesículas, á pústulas, á ampollas, á forúnculos, á abscesos, á necros, y formas compuestas: tubérculo-pustulosas. 2.° Úlceras. — Van precedidas siempre ó

casi siempre, de un grano más ó ménos fugaz, que pasa desapercibido para el enfermo y para los médicos que le creen de poca importancia. — Son consecutivas á las ampollas del pódigo y de la rupia, á las pústulas del etima ó del chanero, á los tubérculos de la sífilis, del lupus, del cáncer, etc.; á las formas mixtas ó compuestas del <i>excoriis</i> ó <i>montagna</i> , del <i>exema</i> impetiginoso crónico de las piernas, y á veces van sólo precedidas de grietas. — Sus caracteres diferenciales según los casos: 3.º <i>Hipertrófica</i> . — No deben confundirse con las hipertróficas primitivas. — Sus <i>diferencias</i> : 4.º <i>Ciásticas</i> . — Son consecutivas á las dermatosis hémicas, ulcerosas y á los tubérculos. — Caracteres de las cicatrices maculosas del impétigo, del etima, del pódigo y de la rupia. — La naturaleza del mal influye mucho en sus caracteres. — Es incorrecta la opinión contraria de Hebra, y sus buen ejemplo las cicatrices de la sífilis y de la <i>excoriata</i> .	31
<b>Segundo grupo.</b> — Lesiones funcionales de la piel. — Pasan constante síntomas objetivos ó subjetivos ó de relación. — Lesiones de la sensibilidad. — Anestesia. — Hiperestesia ó dolor. — Tensión. — Picazón. — Ardor. — Escorior. — Su teoría. — Afecciones á que acompañan. — Alteraciones del tacto. — Lesiones de la circulación. — Inyección ó rubor. — Inflamación. — Extravasación ó hemorragia cutánea. — Lesiones de la respiración y colorización. — Lesiones de secreción. — Del sudor. — Anhidrosis. — Ehidrosis. — Onicodistrofia. — Cronodistrofia. — Hematodistrofia. — Del humor sebáceo. — Acnes finitos, seborreos, melastomatos, penetrata, subcutánea, umbilicata, etc. — Del pelo. — Hipertrichosis. — Madarosis. Calvicie. — Alopecia. — Cascio. — Plica. — De las uñas. — Onicis. — Del epitelio. — Tilois. — Verrugas. — Ictiosis.	34
<b>Tercer grupo.</b> — Síntomas ó lesiones simpáticas, sintomáticas ó coincidentes en otros órganos ó tejidos. — Por qué no puede prescindirse de su estudio en la Dermatología. — Lesiones de las membranas mucosas. — Catarros. — Erupciones y granulaciones. — Ulceraciones. — Importancia de estas lesiones para el diagnóstico y estudio fisiológico de las dermatosis. — Lesiones del sistema vascular sanguíneo que acompañan ó pueden acompañar á las dermatosis. — Fiebre. — Varices. — Lesiones del sistema linfático. — Adenitis. — Angiolentis. — Infartos ganglionares crónicos. — Lesiones del sistema nervioso. — Neuralgias. — Rubeosis y ninfomania. — Insomnio y letargo, mareos y alteraciones de los sentidos. — Epilepsia y alteraciones mentales. — Sus relaciones con las dermatosis. — Lesiones orgánicas. — Lesiones viscerales. — No falta su caracterización sintomática y anatomo-patológica en muchas afecciones constitucionales. — Existen algunas dudas en la sífilis y en la <i>excoriata</i> .	38
<b>Cuadro de lesiones, ó sea clasificación semiótica de todos los síntomas cutáneos.</b>	42
<b>De las afecciones y enfermedades cutáneas.</b> — Su diferencia de las lesiones. — Su historia. — Escuela que las han estudiado. — 1.º Escuela fisiológica. — Albert. — Su genio. — Sus dos épocas. — Sus dos obras. — Análisis de sus ideas y de sus clasificaciones. — Bondad de sus ideas. — Sus fallos. — Sus errores. — Camino que debieron seguir sus discípulos. — Ventajas positivas que han reportado á la ciencia los trabajos de Albert. — Bases de Lyon. — Su <i>clásica</i> teoría de la <i>flexión</i> . — Siete especies de <i>flexión</i> . — Juicio crítico de las ideas de Bismuth. — Clasificaciones de Franck, Folta, Fuchs, Janssen, Dandy, Wilson, Struve y Alfaro. — 2.º Escuela anatómica. — Notables ideas de Dreyer y Roussel. — Clasificaciones de Charles Darwin, Bateman, Grunwald, Gerdy y Jackson. — Juicio crítico de esta Escuela. — Errores de su fundamento anatómico. — Errores de la idea fisiológica que guía á sus sentencias. — 3.º Escuela selectiva. — Hayer. — Casanova. — Hebra. — Devergie. — Sus diversos fundamentos nosológicos. — Sus clasificaciones. — Paralelo y juicio crítico de todas ellas. — Descartamientos y adelantos científicos que se deben á la Escuela selectiva.	44
<b>Resumen de las verdades adquiridas para la ciencia por todas las Escuelas anteriores.</b> — 4.º Escuela etiológica ó fisiológica moderna. — Bazin es su fundador. — Luchas científicas en el hospital de Saint Louis. — Historia de las obras y de los trabajos científicos del doctor Bazin. — Novedad é importancia de sus ideas. — Su clasificación de lesiones anatómicas. — Creación de sus grupos nosológicos naturales. — Sus caracteres perfectamente asignados. — Resumen de las ideas de la Escuela etiológica, defensa y juicio crítico de las mismas. — Gintre. — Sus ideas. — Su nosología. — Sus fallos. — Beneficios que ha reportado á la ciencia la Escuela etiológica.	55
<b>Etología de las dermatosis.</b> — Dificultades que se oponen á la investigación de las causas. — Necesidad é importancia de un estudio. — Diversos modos de apreciar las causas de las enfermedades. — La patogenia debe ir unida á la etiología. — La causa de todas las dermatosis no puede ser única. — 1.º Del contagio en las enfermedades cutáneas. — Idea de los antiguos y del vulgo de nuestros días. — Estado actual de la ciencia respecto al contagio. — Grupos de dermatosis no contagiosas. — Tres grupos de dermatosis que se transmiten por contagio. — 1.º Contagio parasitario. — Su explicación. — 2.º Contagio micodérmico de los exantemas. — Su teoría. — 3.º Contagio virulento. — 2.º Herencia. — La herencia es la enfermedad. — Errores de la escuela inglesa respecto á la herencia. — Dermatosis hereditarias. — Transformación de las enfermedades constitucionales que se heredan. — Herencia absoluta. — Herencia relativa. — 2.º Enfermedades interenas constitucionales que tienen manifestaciones en la piel. — Sífilis. — Herpetismo. — Escrófula. — Roma. — Leprosia. — Cáncer. — Epiteloma. — Escorbuto. — Mórfeo. — Carcinoma. — Polagra. — Tuberculosis. — Ideas patogénicas acerca de cada una de estas enfermedades y de sus síntomas cutáneos. — De algunas otras enfermedades que tienen manifestaciones sistémicas ó simpáticas en la piel. — 4.º De las influencias exteriores que dan lugar á dermatosis. — Acción especial y electiva de algunas. — Enumeración de ciertas sustancias, cuya aplicación directa sobre la piel da lugar á formas especiales de dermatosis. — Enumeración de otras, cuyo uso interno las produce. — Su patogenia debe dejarse para cuando se estudien en particular las afecciones cutáneas artificiales. — De otros agentes exteriores más comunes, que son causas de afecciones en la piel. — Agentes físicos vulnerantes. — Calor, Luz, Frío, Humedad, Luminosidad, Estaciones, Climas, Constituciones epidémicas. — 5.º Causas predisponentes ó condiciones orgánicas individuales: Edad, Sexo, Temperamento, Constitución, Idiosincrasia, Estructura de la piel, Endorrazo, Trastornos menstruales, Supresión de hábitos habituales, Miseria, Discreto, Excesivo estado de la piel, Puntos y pasiones de ánimo exaltantes ó depresivos, Profesiones, Costumbres, Vicios y hábitos de cierto género, Ideas generales sobre el modo particular de ser de estas predisposiciones.	64



Explicación, defensa y cuadro de nuestra clasificación de afecciones y enfermedades de la piel.....	77
Del diagnóstico de las dermatosis. — De la exploración de los enfermos. — Lo que debe comprenderse y cómo debe hacerse. — De la historia y observación clínica. — Datos que deben recogerse en las observaciones de dermatosis. — Métodos de diagnóstico. — Método directo ó absoluto. — Es el más seguro y más sencillo cuando hay un síntoma patognomónico ó un conjunto de caracteres que equivalgan. — Método inductivo. — Es el verdadero método. — Exige para su aplicación una clasificación natural. — Modo práctico de aplicarle siguiendo la nuestra. — Ejemplos. — Método deductivo ó diferencial. — Sus inconvenientes. — Ejemplos.....	81
Diagnóstico de las lesiones. — Es el complemento del diagnóstico de las afecciones, y debe hacerse continuando el mismo método inductivo, pero aplicado á una clasificación completa de aquellas. — Modo práctico de aplicarla siguiendo la nuestra. — Necesidad de que los que estudian aprendan bien los caracteres diferenciales de las lesiones anatómicas y de sus diversas especies. — En la Clínica puede seguirse para el diagnóstico un procedimiento diferente, empezando, por ejemplo, por el de las lesiones y terminando por el de las afecciones ó naturaleza del mal. — Es lo que difiere nuestra semeiología de la de las Escuelas anatómicas. — La semeiología de éstas es simplemente una parte, la objetiva, de nuestra sintomatología.....	85
Dificultades del diagnóstico y modo de vencerlas. — Dificultad de encontrar ó de conocer las formas elementales de las dermatosis en sus diversos períodos. — Dermatosis superpuestas. — Dermatosis confusas por la mala influencia de tópicos inconvenientes. — Puede seguirse para el diagnóstico de las formas elementales por el diagnóstico de las secundarias el método de Devergie ó el de nuestra clasificación de lesiones. — La mezcla de afecciones de lesiones y de enfermedades, modificando los síntomas, dificulta mucho el diagnóstico. — El estudio práctico de las enfermedades clínicas mixtas está por hacer. — Fuentes de error independientes de la enfermedad. — Imperfección de los sentidos. — Del microscopio como instrumento necesario para el conocimiento de ciertas dermatosis. — Fuentes de error dependientes de la inteligencia ó de la pasión del observador.....	86
Períodos de las dermatosis. — Incubación. — Invasión. — Crecimiento. — Estado. — Declinación. — Consecuencias. — Sin la incubación no puede explicarse la herencia. — Incubación del herpesismo, de la sífilis y de otras enfermedades generales y constitucionales. — Cuanto más agudas son, más corto es el período que nos ocupa. — Incubación de las dermatosis locales parasitarias y artificiales, sean ó no contagiosas. — Dermatosis locales en que no hay incubación. — De la invasión brusca de los exantemas y pseudo-exantemas en ciertas circunstancias. — La enfermedad y la lesión cutánea no duran á un tiempo. — Diversos modos de invasión de las enfermedades y de las lesiones cutáneas. — Diversos modos de crecimiento en las dermatosis. — Crecimiento regular exotético (circunscrito umbrilado). — Crecimiento irregular difuso. — Crecimiento simétrico de las herpéticas. — Crecimiento descendente y modo de generalización de los exantemas. — Brotes sucesivos y cada vez mayores de las dermatosis constitucionales. — Crecimiento comparado de cada grano ó forma elemental según su naturaleza.....	88
Del período de estado ó completo desarrollo de las dermatosis. — Duración de este período en cada hebre eruptivo y en cada una de las formas elementales. — De la declinación de las dermatosis. — La declinación de las dermatosis constitucionales se verifica alejándose cada vez más sus brotes eruptivos y siendo menos intensos y durables.....	91
Curso de las dermatosis. — Curso continuo. — Es propio de las afecciones cutáneas agudas, de las parasitarias y de algunas crónicas, cuando dan lugar á lesiones de textura, como los neoplasmas y heteroplasmas. — Curso remitente ó intermitente. — Es propio de las afecciones cutáneas crónicas constitucionales (herpéticas, sífilíticas, secrofolosas, etc.). — Entre brote y brote eruptivo suele haber un período de tiempo fijo de salud. — Esta intermitencia se convierte en remitencia en el último período del mal. — Curso alternante. — Afecciones íntimas con las cuales suelen alternar las dermatosis. — El curso alternante es un fenómeno natural de las dermatosis herpéticas y remitentes.....	92
Duración de las dermatosis locales, parasitarias y constitucionales. — Terminaciones de las dermatosis. — Resolución. — Descamación. — Cicatrización. — La supuración, la gangrena y la metastásis no son terminaciones. — La muerte es la terminación del enfermo, quedando en pie las lesiones determinadas por la enfermedad. — Dermatosis que pueden ocasionar la muerte. — Dermatosis que terminan por resolución. — Dermatosis que terminan por descamación y por cicatrización. — De la transformación <i>in situ</i> . — Dermatosis estacionarias ó sin terminación natural.....	93
Pronóstico de las dermatosis. — Influencia del conocimiento de la causa para el juicio-pronóstico. — Gravedad relativa de las afecciones cutáneas locales, generales y constitucionales. — Dermatosis incurables que no tienen gravedad. — Influencia de la forma elemental en la gravedad de las dermatosis. — Gravedad relativa en cada una de las lesiones anatómicas, ó formas elementales de las dermatosis. — Carácter esporádico, endémico ó epidémico de las afecciones de la piel y su influencia en el pronóstico. — Ideas generales sobre las endemias, epidemias y enfermedades contagiosas, en aplicación á la Dermatología. — Del modo patogénico ó elemento morbuso de las dermatosis. — Del elemento congestivo agudo y crónico, enfermedades en que se presenta y gravedad relativa. — Del elemento inflamatorio agudo y crónico, y su importancia. — Ideas especiales sobre la inflamación crónica. — Del elemento exfoliativo y del elemento necrótico, su gravedad é importancia. — Del carácter contagioso de las dermatosis y de su influencia en el pronóstico. — Cuadro de las dermatosis contagiosas. — De las síntomas ó enfermedades orgánicas que despiertan las dermatosis. — Pueden ser más graves que la causa que las produce. — Influencia de la eficiencia del tratamiento en las severidades del pronóstico. — Existen en la terapéutica dermatológica medicamentos y tópicos sobre todo, de acción rápida y segura. — Breas. — Aceite de onchus. — Pomadas sulfúreas y mercuriales. — La inseguridad del tratamiento aumenta la gravedad del juicio-pronóstico.....	95

De las dermatosis crónicas.—Son pseudo-exantemas que sobrevienen en la declinación de las fiebres graves.—Los verdaderos exantemas de las fiebres llamadas eruptivas, son dermatosis crónicas de estas fiebres.—Del respeto que exigen y hasta qué punto debemos guardarle.—De las dermatosis reactivas.—Del masaje de las mejillas ó de la cabeza en la época de la desición.—De los fontículos y supuraciones artificiales.—Del hábito mortuoso que pueden constituir.—Condiciones que deben llenarse para seguirlos.—Se abusa de los temores que hay para hacerlos, generalizándolos á todos los casos y circunstancias..... 98

De la reprensión.—Su estudio formal está por hacer.—Definición.—Su división en verdadera y falsa.—Errores de los antiguos y de los pocos modernos.—Es absurda la pretendida reprensión de la sarna y de las tiñas.—La edad ó el progreso natural de una enfermedad se ha tomado muchas veces por reprensión.—Es absurda la reprensión de enfermedades de distinta naturaleza.—Con la palabra reprensión, como con la palabra herpes se ha hecho mucho daño al progreso de la ciencia y no poco á la humanidad.—El decir que deben respetarse ó no tratarse todas las dermatosis es un error de generalización más funesto que el decir que no debe respetarse ninguna.—Para hablar de reprensión es preciso saber diagnosticar bien las dermatosis.—Condiciones que creemos necesarias para llamar verdadera á una reprensión.—1.ª Que los fenómenos que se presentan sean de la misma naturaleza.—Ejemplos.—2.ª Que tengan igual modo patogénico.—Ejemplos.—3.ª Que los fenómenos que se atribuyen á la reprensión, no puedan explicarse por la edad del padecimiento.—Ejemplos.—4.ª Que preceda á la desaparición de la dermatosis la presentación de la enfermedad interva.—De la derivación á revulsión interna que puede simular una reprensión.—Y 5.ª Que los fenómenos de la reprensión se presenten repentina y brevemente.—No hay reprensiones lentas.—Se han tomado como tales los progresos de una enfermedad constitucional.—La verdadera reprensión es tan rara como frecuentes los estados que la simulan.—Importancia para el tratamiento de disidir bien esta cuestión.—Dermatosis reprensibles.—Cuadro comparativo de aquellas en que se ha observado la reprensión verdadera, y de aquellas otras en que no se ha observado.—La falsa reprensión puede presentarse en todas.—Influencia que en el pronóstico tiene la reprensibilidad de una dermatosis.—Del modo de intervenir la ciencia en las dermatosis reprensibles.—La no intervención es tan perjudicial como la intervención independiente.—El tratamiento de los accidentes de la reprensión consiste: 1.ª En favorecer por los infinitos medios que poseemos, el retorno de la misma erupción que desaparece ó produce otra artificial que tenga igual forma elemental y modo patogénico; y 2.ª Combatir los síntomas graves congestivos, exudativos, inflamatorios y nerviosos que se presentan..... 100

La cronicidad ó la incurabilidad de una dermatosis, no indica la mayor ó menor gravedad del padecimiento.—Importancia que para el médico y para el enfermo puede tener el juicio-pronóstico de la cronicidad ó incurabilidad de las dermatosis.—Dermatosis locales incurables.—Dermatosis generales incurables ó muy difíciles de curar.—Dermatosis constitucionales incurables ó muy difíciles de curar.—Influencia moral de las dermatosis.—Modificaciones que esta sola circunstancia puede determinar en el juicio-pronóstico.—De las complicaciones de las dermatosis.—Complicaciones externas.—Complicaciones internas.—Breves consideraciones sobre las enfermedades constitucionales mixtas.—Enfermedades de la piel que se transmiten por la herencia.—La lactancia no transmite las enfermedades de la madre.—Enfermedades cutáneas incompatibles con la lactancia..... 105

Del tratamiento de las dermatosis.—Opiniones diversas acerca del tiempo y de la rapidez con que deben curarse.—De las estancias ó épocas del año más convenientes para su tratamiento, segun las circunstancias de la enfermedad ó de los remedios indicados.—De los medicamentos iniciales y de la polifarmacia en Dermatología.—De las indicaciones y modo de formularlas.—Opiniones de Hebra, Bergey, Cassenave y Bazin.—División de las indicaciones.—1.ª Indicaciones generales.—Se fundan en las circunstancias propias de la erupción ó del grano eruptivo, sin atender á su naturaleza.—Son indicaciones puramente sintomáticas, y tienden, por lo tanto, á borrar los medios de combatir el dolor, la inflamación, la supuración, el prurito, etc., que acompañan á las dermatosis.—De la combinación de varias indicaciones generales en todos los casos típicos.—Indicaciones especiales ó específicas.—Son aquellas que tienden á fundar el tratamiento en la naturaleza del mal, y por lo tanto en la especie morfológica, no en el género.—Breves consideraciones sobre este asunto..... 109

Medicaciones.—Sus definiciones: modo diverso de considerarlas.—Su división en generales ó sintomáticas, y especiales ó específicas.—Medicaciones generales ó sintomáticas.—1.ª Medicación antilógica.—Dermatosis en que debe emplearse.—Remedio que componen la medicación antilógica.—Evacuaciones sanguíneas.—Su uso debe restringirse mucho.—Su peligro y en limitada indicación en los exantemas.—Su utilidad en los pseudo-exantemas.—Dermatosis en las que son perjudiciales ó inútiles las evacuaciones sanguíneas.—Todos los pruriticos y afectos constitucionales las contraindican, aunque haya inflamación local.—Inconvenientes de las sanguijuelas en el tratamiento de las dermatosis.—Rebeldes diluyentes y refrigerantes.—Su utilidad en las fiebres eruptivas, en los pseudo-exantemas febriles de la primavera, en las afecciones artificiales y en los períodos agudos de las dermatosis constitucionales.—Baños generales templados.—Su modo de obrar.—Su gran importancia en Dermatología.—Su eficacia en diversas dermatosis.—Es rutinario el mandar los baños diarios en número impar, etc., sin tener mejor salvedad y en número indeterminado.—Precauciones que deben tomarse.—Baños amiláceos, de recipientes emolientes y de gelatina.—Baños locales emolientes.—Sus indicaciones.—Lociones emolientes.—Su composición é indicaciones.—Irrigaciones y pulverizaciones.—Sus ventajas.—Cataplasmas.—Inconvenientes de la linaza y de las grasas.—Ventajas de las harinas de trigo, de arroz y de patata.—Indicaciones y modo de usar los cataplasmas.—Polvos emolientes.—Utilidad de los polvos secos de las harinas, del almidón y bispulso en el tratamiento de numerosas dermatosis.—Modo de usarlos.—Glicerina y glicerolado de almidón.—Su acción emoliente, detergente é humectante por su higrometría.—Utilidad de estas propiedades para el tratamiento de las dermatosis.—De las afecciones cutáneas en que deben emplearse la glicerina y los glicerolados emolientes.—Ungüentos, pomadas y aceites emolientes.—Sus inconvenientes.—Paracecen la supuración, estorban ó retardan la cicatrización y empeoran casi todas las dermatosis.—Crítica de la cura simple, tan generalizada en los hospitales.—Utilidad de las grasas en las dermatosis secas ó escamosas..... 111



- Medicación resolutive. — Debe emplearse en el período de declinación de las dermatosis agudas y en todas las crónicas. — División de los remedios resolutivos en directos e indirectos, y cada uno de ellos en generales y locales. — Resolutivos directos locales. — Mercurio. — Pomada mercurial. — Dermatóis en que debe usarse. — Enplastos mercuriales. — Dermatóis en que convienen. — Su eficacia especial para los forúnculos y para la curación de úlceras extensas. — Soluciones de sublimado. — Su acción parasitocida y su eficacia en el acné, prurigo, pitiriasis y otras dermatosis. — Pomadas de sublimado y de calomelanos y sus indicaciones. — Pomadas de yoduro mercurioso y mercurio y su utilidad en las dermatosis tróficas y ulcéricas de la escrófula, de la sífilis ó de la lepra, y en los acnos, pústulas, etc. — Yodo y sus compuestos. — Tintura de yodo. — Su eficacia en el tratamiento de los tubérculos sífilíticos escrófulosos, elefantásicos, en las pústulas de la viruela y del escúm, en los infartos de la escrófula ganglionar y celular, y en los de la elefantiasis árabe, en las gomias y placas mucosas sífilíticas y en las afecciones granulosas y necrosas de la faringe y de la boca. — De las pomadas de yoduro de plomo, de potasio y de azufre, y de sus indicaciones especiales. — Del ácido fénico y de su acción tónica resolutive en la elefantiasis de los griegos, en las pústulas de la viruela y en las secaras del porriac. — Estudio comparativo entre la acción tónica de este remedio y la de la tintura de yodo en la viruela. — De las pulverizaciones con la solución alcohólica de ácido fénico (al décimo de concentración) en el tratamiento de todas las dermatosis húmedas, incluso el epiteloma y el cáncer. — De la breva. — Es el remedio tónico de más incertidumbre en Dermatología. — Su eficacia en todas las dermatosis húmedas ó crónicas. — Su utilidad en las dermatosis secas ó escamosas. — Del modo de usar la pomada de breva para ó mojarla con glicerina, depende el que la curación sea más ó menos rápida. — Consejos prácticos para obtener mejores y más pronto resultados. — Aceite de castor ó níaca. — De su uso en los animales. — De su acción en los tubérculos y úlceras de la escrófula, en todas las dermatosis crónicas de cualquiera naturaleza que sean, en las dermatosis parasitarias, en las secas papulosas, y sobre todo en las secas escamosas del porriac. — Del modo de aplicar este remedio en cada uno de estos casos; de sus diversos efectos y de su importancia en Dermatología en competencia con la breva. — Aceite ruso ó de abedul. — Es un sustituto de la níaca, menos activo que ella, y que se usa del mismo modo. — Bencina. — Su acción disolvente sobre las grasas y su utilidad en las afecciones sebáceas. — Petróleo. — Su utilidad en la sarna. — Tremolina. — Su acción en las afecciones asténicas y escrófulosas de la piel. — Crocota. — Su empleo en el epiteloma y el cáncer. — Ácido pírico. — Sus inconvenientes. — Sus ventajas en las afecciones húmedas rebeldes de la piel. — Alcanfor. — Efectos resolutivos de la pomada alcanforada en las dermatosis crónicas poco exudativas. — Sus efectos locales en las pruriginosas. — Clorofuro y sus indicaciones. — Colodion. — Sus efectos resolutivos y su acción preservativa del aire. — Creta y sus indicaciones. — Alumbre: sus efectos contra la pirosis y exudación de las dermatosis. — Tannino. — Su utilidad en polvo, en solución, en glicerolado ó en pomada, en ciertas dermatosis. — Óxido de zinc. — Sus efectos secantes. — Sulfato de zinc. — Su utilidad en las erupciones de las membranas mucosas. — Acetato de plomo. — Su eficacia en los acnos de la cara. — Efectos resolutivos de las pomadas de otros preparados de plomo. — Bisnato. — Acción resolutive y astringente ó secante del polvo del subitrato en diferentes dermatosis. — Nitrato de plata. — Sus inconvenientes. — Su gran utilidad en todas las dermatosis ulcéricas. — Sulfato de cobre y sus indicaciones. — Sulfato ferroso. — Su acción en la erisipela. — Sus efectos en las dermatosis gangrenosas. — Cloruro ferrico. — Su acción en las dermatosis hemorrágicas. — Sus inconvenientes en la gangrena. — Alodol. — Acción resolutive de los baños, lociones y pomadas de carbonatos alcalinos en las dermatosis papulosas. . . . . 116
- Resolutivos directos generales: Son los baños generales, simples ó artificiales. — Baños de cocimiento de cicuta, hojas de nogal, etc. — Baños aromáticos. — Baños de enjuinado. — Baños de alumbre. — Baños de yoduro y de bromuro potásicos. — Baños clorurado-sódicos. — Baños salitruosos artificiales. — Baños artificiales, compuestos ó mixtos. — Fórmulas para disponer todos estos baños, modo de usarlos, y enfermedades de la piel en que están indicados. . . . . 120
- Resolutivos indirectos ó de uso interno. — Cloruro mercurico. — Sus efectos en las afecciones sífilíticas, los forúnculos, las elefantiasis hipertróficas, y en otras afecciones cutáneas crónicas. — Yodo. — De la tintura de yodo en el tratamiento de la lepra de los griegos, de la elefantiasis árabe, de los tumores fibro-plásticos ó hipertróficos cutáneos, de las escrófulas, y de otras dermatosis. — Yoduro potásico y sus indicaciones. — De los yoduros de hierro y azufre en el tratamiento de las escrófulas benignas de la lepra, de la pelagra y de otras dermatosis. — Acción resolutive de los alodolinos al interior en algunas artritis y herpes, en la urticaria, en la lepra, etc. — Acción resolutive de la cicuta (extracto), administrada al interior. — El método especial de D. Aguado Pinilla, ó de altas y repetidas dosis (hasta una ó dos dracmas cada vez). — Eficacia é inocencia de este método, comprobada infinitas veces en el Hospital de San Juan de Dios, en los infartos glandulares crónicos, y en ciertas dermatosis tuberculosas. — Del uso interno del ácido fénico. — Su acción fisiológica. — Teoría de su acción terapéutica aséptica, resolutive, antiprurítica y coagulante. — Modo de administración y dosis. — La dosis máxima debe variar entre un escrópulo y medio dracma, repetido dos veces al día. — Nuestros ensayos con el ácido fénico, en diversas enfermedades: (Viruela, tífus, intermitentes, herpes, escrófula, sífilis, lepra, pelagra, epiteloma y cáncer). — Modo de usarlo en cada una de estas afecciones. — Del uso interno de la crocota y del ácido pírico. . . . . 124
- Medicación anodina ó calmante. — Su objeto es calmar el dolor ó la pirosis. — No debe emplearse cuando hay fenómenos inflamatorios. — Se compone de remedios internos y externos, del ácido, del opio y sus preparados ó alcoholizados, administrados al interior en el tratamiento de las neuralgias y pruritos cutáneos, que acompañan á algunas dermatosis, incluso el cáncer. — Tónicos calmantes, pomada de opio, de morfina, y sus formas. — Láclamo de Sildenafil, en los dolores de las manchas escrófulosas. — Pomada de clorofuro, clorofuro gelatinizado, pomada alcanforada, pomada de morfina alcanforada; sus fórmulas, indicaciones y modo de usarlas. — Pomadas alodolinas. — Soluciones que calman el prur (de vinagre, de ácidos minerales, de ácido fénico, de alumbre, de tannino y de sublimado, alcohol alcanforado, breva y aceite de castor). . . . . 126
- Medicaciones evacuantes, derivativa y revulsiva. — Del tártaro emético y sus indicaciones en Dermatología. — De los purgantes. — Su utilidad en el tratamiento de las dermatosis. — Afecciones cutáneas en que están contraindicados. — Afecciones internas que estorban y contraindican la revulsión intestinal. — De los diuréticos. — Época ó período de las dermatosis en que deben usarse. — Revulsivos cutáneos. . . . . 128

Medicacion irritante sustitutiva ó peroxidadora. — De su modo de emplear. — Contáridas, aceite de castor, tintura de yodo, nitrato de plata, pomada de toronja, etc. — De los síntomas y de sus indicaciones. — Modo de usarlos.	129
Medicaciones sintomáticas mixtas. — Son en realidad las que usamos en la práctica, y consisten en la combinacion prudente y atinada de las medicaciones anteriores. — Ejemplos de estas combinaciones. — No pueden darse reglas, porque varían en cada caso y segun el criterio y la práctica especial de cada profesor.	130
Medicaciones especiales ó específicas. — Su definición. — Los específicos como el vulgo entiende esta palabra, no existen. — Para nosotros, medicamento específico significa el que sirve ó el que tiene una eficacia positiva en el tratamiento de una especie morbosa, en todas sus manifestaciones externas ó internas, cutáneas ó profundas. — Medicaciones específicas que admitimos: (parasiética, antidiabética, antihorética, antirreumática, antituberculosa, antiscorbutica ó antihemorrágica, antipoligra, y las medicaciones mixtas formadas por la mezcla de dos ó tres de las referidas. — No admitimos como específicas, sino como sintomáticas, la antineoplásica, antilepra, ni antituberculosa, porque hasta hoy no conocemos remedios de verdadera eficacia para combatir las especies morbosas, éncor, lepra ó tuberculosis.	130
Medicacion parasitiética. — Ideas generales sobre el parasitismo animal y vegetal. — Cada parásito dá lugar en la piel á afecciones especiales. — Las sustancias venenosas para el hombre son todas parasitiéticas. — Evitar el contagio ó la propagacion del mal, matar ó eliminar el parásito y combatir los trastornos á que haya dado lugar en el tegumento, son las indicaciones que hay que llevar con la medicacion parasitiética. — Remedios parasitiéticos: (pomadas y disoluciones sulfurosas, mercuriales, de sulfato de cobre, y productos pirogenados). — Accion diversa de los diferentes remedios parasitiéticos. — Condiciones necesarias para que produzcan efecto. — Fórmulas y dosis. — Remedios parasitiéticos, preferibles para cada parásito. — Remedios internos convenientes para modificar el terreno orgánico en que viven los parásitos, y oponerse á su reproduccion.	131
Medicacion antisifilítica. — Definición de la sífilis y consideraciones generales acerca de su origen y de su misteriosa evolucion. — Especialidad del mercurio, inexplicable á no consistir la sífilis en una lenta infeccion parasitaria. — Inutilidad de los demás remedios. — Del curso espontáneo de la sífilis y del curso intervenido por la ciencia, conveniente ó inconveniente. — De lo que nos enseña. — La sífilis no es el mal venéreo. — (Derramagias y sus consecuencias, chancre blando, bubeas, etc.) — Descripción de la sífilis en sus cursos espontáneos. — Duracion de cada uno de sus períodos y accidentes, desaparicion espontánea de éstos, sin que por eso la enfermedad se cure. — Deducciones sacadas del curso espontáneo de la sífilis. — La evolucion de la sífilis es inevitable. — La sífilis no se cura espontáneamente. — Es preciso tratarla, y no sus remedios inertes ó ineficaces. — Urge dar los mercuriales antes de que los accidentes secundarios se gradúen. — No hay que fiarse de sus truenos sintomáticos ó períodos de silencio. — Desaparecen las sífilides, no se curan la sífilis. — Del curso de la sífilis tratada de un modo inconveniente. — Inutilidad del pilulario para la curacion del mal. — Causa en que puede ocurrir á pesar de esto. — A enfermedad crónica, tratamiento crónico. — De la inutilidad y perjuicios que en el curso de la sífilis puede traer su tratamiento por los rubis, jarabes y emulsiões, llamados específicos, así como por el yoduro potásico, si éstos no se han dado los mercuriales. — La irregularidad en el plan terapéutico, true en pos de sí la irregularidad, anomalía y malignidad en el curso de los accidentes sifilíticos. — Cuando y por qué deben suspenderse temporal ó definitivamente los mercuriales. — Enfermedades que contraindican su uso ó exigen una medicacion mixta.	133
Del plan más conveniente al tratamiento de las sífilides y de la sífilis. — Primer período. — Mercurio metálico (pomada, piluleros de Solliot), cloruro de mercurio y sus preparados. — De las inyecciones hipodérmicas de sublimado, en el tratamiento de este período de la sífilis. — Inconvenientes de los yoduros de mercurio y de potasio, así como de las fumigaciones mercuriales en este período de la enfermedad. — Modo de administrar el sublimado. — Tiempo que debe durar la medicacion con este remedio (hasta que desaparecen las sífilides exantemáticas si sobrevienen). — Tratamiento tópico del chancre. — Inutilidad de la cauterizacion. — Ventajas de las soluciones de ácido fénico, nitrato de plata, sulfato de cobre y tartrato férrico potásico. — Segundo período ó estanco unguento. — Debe empezarse el tratamiento por el sublimado, si no ha habido tratamiento mercurial anterior. — Si lo ha habido, debe continuarse con el yoduro mercurioso durante el curso de las sífilides y con el yoduro mercurioso y con la mixtura de yoduro potásico mercurioso si el mal avanza, las sífilides se hacen ulcerosas y amenaza el tercer período. — Fórmulas y modo de administracion de estos remedios. — Duracion del tratamiento. — Tratamiento tópico de las sífilides. — De los baños de sublimado, fórmulas y modo de usarlos en las sífilides resolutivas ó no ulcerosas. — De las pomadas de yoduro mercurioso y de yoduro mercurioso, de sus fórmulas y modo de usarlas como tópicos en las sífilides ulcerosas de este período de la enfermedad. — Del alcohol alcanforado, del alcohol fénico, del colirio de Fernand y de otros tópicos de utilidad reconocida. — Tercer período. — Afecta el tejido celular subcutáneo ó submucoso, el muscular, el fibroso y el óseo. — Si el enfermo no ha sido tratado, fumigaciones mercuriales. — Los yoduros de mercurio y de potasio después; el de potasio solo más tarde. — Efectos visibles de esta medicacion. — Tratamiento tópico de las gonas subcutáneas ó subperiosteas por los emplastos y pomadas mercuriales. — Cuarto período ó visceral. — La enfermedad se hace incurable y mortal. — El tratamiento puede, sin embargo, aliviar ó retardar la muerte más ó menos segun la viscera afectada. — Necesidad de las fumigaciones mercuriales si el enfermo no ha sido tratado y es adulto. — El sublimado en el niño mercurial que debe darse en la sífilis infantil. — De las aguas minerales en el tratamiento de la sífilis. — No hay en el mundo ningun agua mineral antisifilítica, porque no hay ningun agua mineral conocida. — Las aguas yoduradas y bromuro-sulfúricas pueden ser útiles en los accidentes terciarios, pero siempre que el enfermo haya tenido anteriormente un tratamiento mercurial. — Las aguas muy termales y sulfúreas, como las de Arcohes, Ledesma, etc., provocan la erupcion de sífilides, si la sífilis no está curada, y sirven por lo tanto como reactivo de la enfermedad. — Son útiles en los sífilidos bien mercurializados, y pueden curar los accidentes venéreos que nada tienen que ver con la sífilis. — Modo fácil de hacer antisifilíticas todas las aguas minerales que no lo son.	137



Medicación antiherpética. — Definición del herpes. — Ideas de los antiguos y del vulgo. — Generalización de sus manifestaciones en diversos tejidos. — Si diferencia de las demás enfermedades constitucionales en que nunca ataca como ellas á los huesos, ni da lugar nunca á tubérculos, á tumores, á úlceras, y por lo tanto á cicatrices, ni en la piel ni en las mucosas. — De la acción fisiológica del arsénico. — No nos explica bien su acción terapéutica útilísima, sino tan tangible como la del mercurio contra la sífilis. — El tratamiento antiherpético no es igual en todos los períodos de la enfermedad. — Primer período. — Manifestaciones ambiguas del herpes en este primer período. — Sufoe bastar para hacerlas desaparecer un tratamiento espoliativo y derivativo, por los purgantes, refrigerantes, diuréticos y por los baños templados, como estimulantes y sudoríficos; pero si no se conoce el herpes y se dan después los arsenicales, vendrá el segundo período. — Segundo período. Manifestaciones de la enfermedad, en curso y durables espontáneas, tanto en las formas benignas, como en las malignas. — Herpétidas circunscritas de la piel y mucosas (en el primer período son generalizadas y fugaces). — De los remedios arsenicales contra este período del mal. — Fórmulas: modo de administración y estudio comparativo de las dosis del ácido arsenioso y de los arsenitos de sosa, de hierro, de potasa y de amonio, en el tratamiento del segundo período del herpes. — Regla sencilla para recordar todo lo necesario en este asunto. — Costumbres de nuestro hospital. — Conveniencia de suspender de vez en cuando los arsenicales, y de cambiar sus preparados para aumentar la eficacia de la medicación antiherpética. — Nuestra honesta vista por nuestro método frecuente de intoxicación hasta ni rápida por los arsenicales en más de cuatro mil enfermos á quienes los hemos prescrito. — El herpes que crece por brotes, cada vez mayores, se cura por los arsenicales, haciéndose los brotes cada vez menores y más distantes. — Secuelas del arsénico. — Ideas erróneas y muy generalizadas acerca del arsénico. — No es un remedio antiherpético. — El yoduro de azufre y las aguas sulfúneas frías, son los únicos preparados que pueden suplirnos sin perjuicio y con alguna utilidad en el tratamiento de las herpétidas blásticas y crónicas de las personas líticas. — Las aguas sulfúneas muy termales son muy perjudiciales en casi todas, exceptando el pueril inveterado en que determina una institución resolutive. — Balsámicos y pinguales. — Del bálsamo de copaiba, de los bálsamos del Perú y de Tolu, de la breva, de la trementina y del ácido fénico en el tratamiento del segundo período del herpes. — Fórmulas, dosis y modo de administración. — Anémicos pulsatilla. — Acnéico, cieta, fumaría, saponaria, olmo piramidal, pensamiento salvaje, lípido é hidromela solán en el tratamiento del herpes. — Fórmulas, dosis y modo de administración. — Teoría de Gigot Saari sobre la naturaleza y patogenia del herpes. — Explicación de su tratamiento por el colchico y el café verde. — Nuestros ensayos con la quina y fundamentos de analogía para su administración en el herpes. — Tintura de cascabel. — Su dosis y condiciones de administración en algunas dermatosis herpéticas muy crónicas. — Tratamiento local del herpes. — La breva en su espectro para las dermatosis crónicas de este período. — Su modo de aplicación. — Modo de aplicación de la mirra, de las pomadas y de los glicerolados astrigentes que pueden sustituir. — Tratamiento de las formas malignas del herpes, duración y modificación del tratamiento en estos casos. — Del herpes hereditario. — Del herpes mucoso en el segundo período del mal, y tratamiento tópico que exige. — Tercer período. — Carácter confluyente de las erupciones que fueron circunscritas. — Tumoridad y fijeza de las mismas. — Afecciones mucosas generalizadas, fijas y tenaces que las acompañan en la mayor parte de las vísceras. — Afecciones neurálgicas y nerviosas concomitantes. — Retrato fisiológico del individuo herpético en este período. — Dificultades del tratamiento del ácido fénico y del arsénico á dosis más elevadas que de ordinario para combatirlo. — Remedios necesarios, pero necesarios, de las medicaciones sintomáticas, que dicen darse en este período. — Cuarto período ó visceral. — Es incurable. — Está caracterizado por las lesiones cutáneo-mucoso-nerviosas del tercer período, mas la degeneración grasienta, la induración, la atrofia, la cirrosis, el epiteloma ó el cáncer de los parásquinos. — Retrato del herpético en esta época del mal. — Inutilidad de la medicación específica. — De las aguas minerales arsenicales en el tratamiento del herpes. — De las que en España pueden sustituirse.

141

Medicación antireumática. — Definición del reumatismo. — Confundimos en ella la gota, el reumatismo anóxico y algunas formas de litiasis dependientes de la diátesis úrica que caracterizan el mal. — Discusión acerca de si deben ó no admitirse las artritis ó dermatosis reumáticas crónicas por Bazin. — Opiniones de varios autores antiguos y modernos. — Los que las admiten niegan que tengan caracteres especiales. — Los que asigna Bazin á estas dermatosis. — La resaca ácida con el papel de tornasol y el análisis químico de la orina ó de la sangre que nos demuestra el exceso de ácido úrico, pueden servir de complemento. — El curso del reumatismo no puede dividirse en períodos. — Una remisión fija detiene ó retarda á veces la evolución del mal. — La fácil metastasis de otra produce inmediatamente el reumatismo fibroso ó el visceral de los últimos períodos. — Del curso alternante de las dermatosis y de las afecciones reumáticas de otros tejidos. — Tipo del curso del reumatismo que recorre todos sus períodos. — De las localizaciones fijas litáicas ó articulares que retardan el curso del reumatismo. — Deben considerarse como emenitorios del ácido úrico y considerarse á la flujión circunscrita como resaca. — Las remisiones se presentan en dos épocas del reumatismo, en su principio ó como primera manifestación del reumatismo, y pueden ser en este caso agudas, fugaces y generalizadas, ó fijas y circunscritas; y en su segunda época ó períodos avanzados del mal, en cuyo caso alternan con afectos menores ó viscerales de importancia. — Remedios antireumáticos. — Su multiplicidad debiera quitarnos la idea de especificidad en la medicación. — Razones en que fundamos la opinión contraria. — Teoría de la formación del mal, y de la acción terapéutica de los remedios. — Generalización que Bazin hace del tratamiento alcalino para el reumatismo y las remisiones. — Nuestra opinión. — Los sudoríficos y evacuentes bastan en los primeros accesos. — En los primeros accesos la quina y el castoreo á altas dosis, así como en las formas agudas del reumatismo, tanto cutáneas como articulares. — Indicaciones precisas de los sudoríficos, de los diuréticos y de los purgantes. — Resaca que debe tenerse á las remisiones fijas que retardan el curso del reumatismo. — Del reumatismo crónico ó segunda época del reumatismo y de las artritis alternantes. — Utilidad en estos casos del tratamiento alcalino. — Descripción y fórmulas de este tratamiento. — Reglas para el tratamiento del pródigo coincidente y alternante con afecciones graves de pecho de la misma naturaleza. — De la artritis crónica coincidente con afecciones graves de vientro, y su tratamiento. — Desaparición de las remisiones en el período más avanzado ó visceral del reumatismo. — Importancia de la revolución cutánea y de los vejigatórios en estos casos. — Breve idea del tratamiento más conveniente para el reumatismo anóxico, articular, nervioso, muscular y visceral (en nota). — Tratamiento local de las remisiones. — Arrete de encera, soluciones de borax, de clorato de potasa y de carbonatos alcalinos. — Fórmulas y modo de usarlas. — Del alcohol puro aromático ó fénico. — De los baños alcalinos y de su composición. — Mollos para calmar el picor. — El tratamiento de las remisiones agudas y generalizadas debe ser expectante. — El reumatismo crónico y las remisiones tratadas por las aguas minerales de España.

150

Medicación antisicrofúlica.—Definición de la sicrófala.—Sus diversas manifestaciones en todos los tejidos.—Constituye una unidad morboza independiente y bien definida.—Formas que en ella admiten algunos autores.—Medicamentos antisicrofúlicos.—Su modo de obrar.....	157
Fenómenos prodrómicos y tratamiento preventivo de la sicrófala.—De la ballesta, aparente robustez y demás circunstancias que indican la constitución sicrófala.—Retrato del niño y del adolescente que tienen semejante disposición morboza.—La higiene con sus multiplicadas vicisitudes y la hidroterapia bien dirigida, son los remedios preventivos de la sicrófala.....	158
Fenómenos de invasión ó primer período de la sicrófala y su tratamiento.—La sicrófala se inicia generalmente en la piel ó en las membranas mucosas de la cabeza.—Las diferentes dermatosis confundidas con el nombre de negra, son casi siempre las primeras manifestaciones sicrófálicas.—Su transformación en lupus ó sicrófala maligna es la mejor prueba de su naturaleza.—Los infartos glandulares simpáticos, el abultamiento de la piel y la oftalmía pustulosa, indican lo mismo.—La invasión de la sicrófala se verifica á veces por dermatosis eritematosas ó secas, y también por erupciones á por afecciones profundas ó viscerales, si una causa ocasional alemana hace dar este salto á la enfermedad.....	159
Medicamentos indicados en este período de la sicrófala.—Medicamentos de uso interno.—Tintura de yodo.—Sus indicaciones, dosis y modo de administración.—Yoduro potásico.—Yoduro ferroso.—Yoduro de hierro y de azufre.—Sus dosis y modo de administración.—Necesidad que hay de alternar con los purgantes el tratamiento por los yodurados, en atención á la astricción de vientre que producen.—Azufre.—Aguas sulfúreas en bebida y en diferente modo de obrar segun las dosis.—Del hierro y sus preparadas en el tratamiento de la sicrófala primaria.—De las aguas minerales, cloruro-sódicas y sulfúreas, y de los efectos tónicos generales de los baños de mar, tan útiles en el período de invasión de la sicrófala para evitar sus progresos.....	160
Medicamentos de uso externo ó tópicos convenientes para las sicrófalas benignas cutáneo-mucosas.—Pueden detener la evolución local de la dermatosis, interbiendo al que se haga maligna.—Aceite de eucalypto.—Su especificidad en las sicrófalas benignas.—Sus efectos inmediatos y consecutivos.—Modo de usarle.—Necesidad de no lavar la parte en que se ha aplicado.—Tintura de yodo.—Su eficacia es mayor y mejor su indicación en las sicrófalas de las mucosas.—Pomada de yodo, de yoduro mercurioso, de iodo, etc.—De las aguas sulfúreas y cloruro-sódicas.—Las sicrófalas benignas no son depuratorias, y sólo deben respetarse durante la detención.—El aceite de hígado de bacalao no es de necesidad en este período del mal, como lo es en los sucesivos.....	161
Fenómenos de la sicrófala confirmada.—Ventajas é inconvenientes de dividir en períodos correlativos el curso de las manifestaciones de la sicrófala.—El lupus es siempre en consecutivo á las sicrófalas benignas, sino que invade frecuentemente como forma fija primitiva.—Caracteres de las sicrófalas malignas y de las síncras sicrófálicas.—División de aquellas en resolutivas y síncras.—El tratamiento específico de ambas consiste, en administrar á dosis altas el aceite de hígado de bacalao.—Método de Duvigne.—Método de Douché, ó tratamiento del lupus por el ácido fénico.—Tratamiento tópico de las sicrófalas cutáneo-mucosas.—Aceite de eucalypto, iodo, tintura de yodo, aceite de alcohol, trementina, alcohol, nitrato de plata, pomadas yodo-mercúricas, baños minerales y de mar.—Efectos y modo de administración de estos remedios.....	162
De la sicrófala mucosa.—Sus formas eritematosa, granulosa y alveolar.—Su tratamiento.—De la sicrófala celular.—Carácter especial de los abscesos dérmicos.—Su tratamiento.—De la sicrófala ganglionar.—Su división en resolutiva é irresolutiva.—Sus diferencias.—La primera es curable.—Su tratamiento por el aceite de bacalao y el yoduro ferroso.—Su tratamiento por la creta y otros remedios.—La segunda es incurable.—De la sicrófala profunda extracavitaria (fibrosa, ósea, muscular y articular).—Es curable.—Su tratamiento.—De la sicrófala profunda intracavitaria visceral ó parenquimatosa.—Su incurabilidad.....	164
Medicación antipelagrosa.—Definición descriptiva de la pelagra.—Roussel y Balarini la consideran como un envenenamiento por el verdete del maíz.—Opinión contraria de los médicos españoles.—Es una enfermedad constitucional.—Es incurable en su tercer período y parte del segundo; curable en el primero por la medicación específica, que consiste en quitar la causa.—Ideas generales sobre la profilaxis en la pelagra.—Terrefacción del maíz y del trigo.—Alimentación asnal.—Carnes, leche, grasas, pescados.—Lo que pueden hacer los gobiernos, corporaciones populares y benéficas.—Lo que incumbe á los médicos y á los enfermos.—Períodos y curso de la pelagra.—Descripción del primer período.—Su división segun Roussel.—Síntomas de la pelagra incipiente.—Síntomas de la confirmada por la presentación de la descomposición pelagrosa primitiva ó del eritema pelagroso.—Sus caracteres.—Cicatriz pelagrosa.—Síntomas del tubo digestivo.—Estomatitis alba, titillus amargo, pirostis, estreñimiento seguido de acosa de diarreas disépticas.—Síntomas nerviosos.—Hemeralgia, diplopía.—Difragia, gastralgia, iscuria.—Hiquialgia, cistitis y otras neurálgias con caracteres especiales.—Vertigo especial de los pelagrosos en su primer período.—Desaparición de los síntomas al terminar la primavera y su reaparición á la siguiente.—Tratamiento del primer período.—Alimentación.—Cambio de localidad.—El enganche en el ejército puede ser conveniente al pelagroso en este período, si no tiene recursos para encontrar su curación de otro modo.—Descripción del segundo período.—Graduación mayor de los síntomas del primero	



	PÁGINAS.
en la piel y tubo digestivo. — Dolores. — Convulsiones ó rigideces musculares. — Vértigos. — Caidas. — Marcha vacilante. — Locura pelagrosa y sus formas. — Parálisis pelagrosa. — Tratamiento. — Su eficacia, aunque dejando graves reliquias, en el principio de este período. — Su ineficacia después. — Baños. — Utilidad local de los remedios tópicos. — Descripción del tercer período. — Modo de morir del pelagroso. — Inutilidad de los recursos de la ciencia en este período. ....	165
Medicación antiescorbútica ó antihemorrágica. — Diferencias de la púrpura y el escorbuto. — Causas de la primera y del segundo. — La medicación higiénica que separa las causas en específico. — Aire puro, caliente y seco. — Alimentación. — Vegetales frescos y ácidos. ....	169
Medicaciones específicas mixtas. — Conclusión. ....	170







ATLAS  
DE  
DERMATOLOGÍA GENERAL



ATLAS

DERMATOLOGIA GENERAL







# LÁMINA 2.ª DE DERMATOLOGIA GENERAL

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS LESIONES ANATÓMICAS Ó FORMAS ELEMENTALES SIMPLES.

Elefantiasis de los pies  
(Píeas de las Barbadas)



Hipertrofia mandibular de la piel de la cara



Elefantiasis de la vulva



Nevus vascularis congenito



Quiste cutáneo & lupia



Triloma o callo



Quiste foliolar



Verrugas



Hidradenoma pendulum



J. Anovada pinto

Lit. de J. M. Mateo Valiente 14

Olavide  
1853  
Biblioteca cronológica

Tumefacciones cutáneas crónicas (Circunscritas y difusas)





# LÁM: 3: DE DERMATOLOGIA GENERAL

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS LESIONES ANATÓMICAS Ó FORMAS ELEMENTALES SIMPLES

Habones y Papulas:

*Verticaria.*



*Pápula mural del chancre sifilítico.*



*Pápulas ó placas mucosas sifilíticas.*



*Pápulas de liquen sifilítico.*



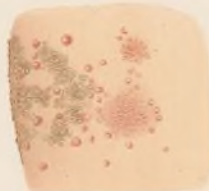
*Pápulas de liquen simple.*



*Pápulas de prurigo.*



*Pápulas de estrífulas.*



Vesículas:

*Vesículas de sarna simple.*



*Vesículas de sarna cubana.*



*Vesículas de sudamina.*



*Vesículas de esciela.*



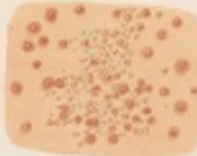
*Vesículas de herpes zosterado.*



*Vesículas de herpes vivo.*



*Vesículas de miliar roja.*



*Vesículas de miliar blanca.*



2. Escudo pint.

10. de J. M. Salas. Volumen 14.

Salas. 10. de J. M. Salas.

*Clavado*  
0,103





LÁM. 4.ª DE DERMATOLOGIA GENERAL.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS LESIONES ANATÓMICAS Ó FORMAS ELEMENTALES SIMPLES

Manchas.

Escarlata.



Sarampión.



Purpura hematagica.



Erisipela.



Roséola.



Purpura simple.



Eritema.



Eritema marginado.



Eritema pelagico.



Vitiligo.



Efélides.



Nevus marsson.



J. Álvarez pinto.

Lit. de J. M. Mateu Valver de 34.

Alcázar  
1340

Lit. de J. M. Mateu Valver de 34.



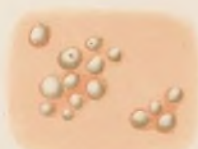


# LÁMINA 5ª DE DERMATOLOGÍA GENERAL.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS LESIONES ANATÓMICAS Ó FORMAS ELEMENTALES SIMPLES.

Pústulas y ampollas.

Pústulas de la viruela.



Pústulas de la varioloides.



Pústulas de la vacuna.



Pústulas de setimo.



Pústulas de impetigo.



Pústula micial del barba simple.



Ampollas de porfiro.



Ampolla de urtica.



Pitiriasis alba.



Pitiriasis rosacea.



Pitiriasis versicolor y nigrescens.



Dermis blanca y oscura ó negra.



Escamas.

Picioris punctata y Picioris guttata.



Picioris nummularis circumscrita.



Picioris circinado ó Lepus vulgaris.



A. Accento pinto.

Lá de J. M. Mateo Valverde 24 Madrid.

X. Solerita transfigurata.



Clasida  
0.540





# LÁMINA 6.ª DE DERMATOLOGIA GENERAL

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS LESIONES Ó FORMAS ELEMENTALES SIMPLES.

Emisiones cripticas, ó acnos.

*Acne sebacea.*



*Acne rosacea.*



*Cupulosa.*



*Acne punctata.*



*Acne miliar blanca.*



*Acne indurata (syphilitica).*



*Acne pilaris (Excretal).*



*Lepra.*



*Syphilitica.*



*Sociosyphilitica (Lupus).*



Tuberculos

*Ficaria.*



*Negligencia.*



*Epithelioma.*



*Cancer.*



J. Alvarez gale

Lit. de J. M. Mateo Valverde 11.

0,582

Biblioteca dermatologica





# LÁMINA 7ª DE DERMATOLOGIA GENERAL

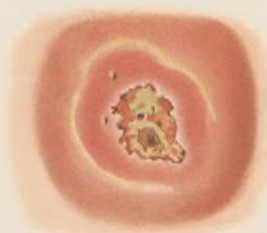
ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS LESIONES ANATÓMICAS Ó FORMAS ELEMENTALES SIMPLES

Forúnculos.

*Discoo.*



*Discoo á seropio.*



*Discoo.*



*Discoo á seropio.*



*Discoo ( amonencia y seropio á seropio )*



Obeso dranco y amonencia y seropio á seropio

*Discoo faveo ( uicela y uicela )*



*Discoo á seropio.*



*Discoo pelado ó pórigo á seropio.*



Emonencia blaca

*Acrodo póni.*

*Lit. de J. M. Mateo Valverde 94.*

*Olavida*  
0,579

*Edición de 1894.*





# LÁMINA 8.ª DE DERMATOLOGIA GENERAL

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS LESIONES ANATÓMICAS Ó FORMAS CONSECUTIVAS DE LAS DERMATOSIS.

Cóstras

De eczema simple.



De impetigo.



De vitium.



De lupus.



De psoriasis.



De viruela.



De varicela.



Sifilítica.



Sifilítica primaria.

Sifilítica secundaria.

Sifilítica terciaria y goma.

Cancerosa.



Bacilofulosa.



Cancerosa.



Epitubal.



A. Acrota pinta.

Lib. de J. M. M. Valente (la Madrid).

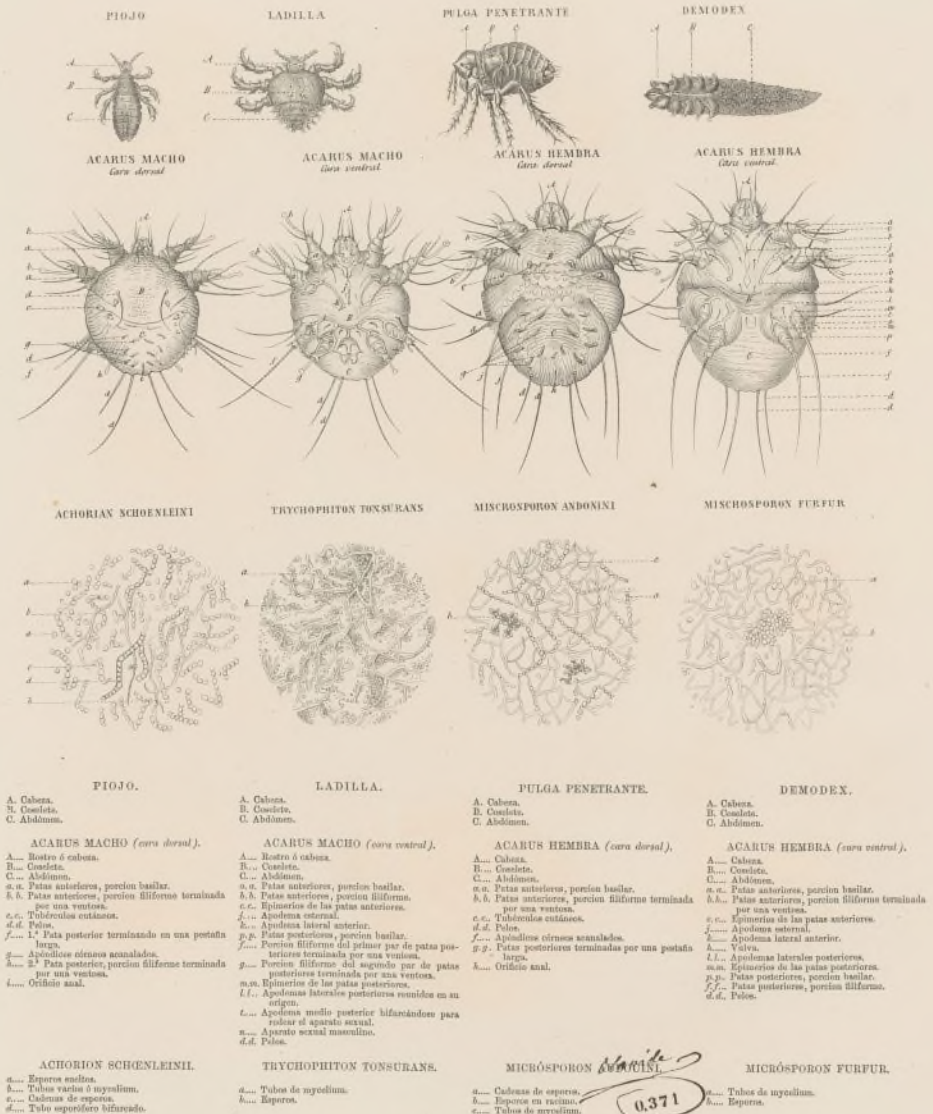
Blavide  
0.449

Sifilítica secundaria.





PARÁSITOS CUTÁNEOS ANIMALES Y VEGETALES.







CLÍNICA  
DE  
ENFERMEDADES DE LA PIEL



CLINICA  
DE  
ENFERMEDADES DE LA PIEL

POR EL DOCTOR

DON JOSÉ EUGENIO OLAVIDE

MÉDICO DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE MADRID, DE LA ACADEMIA DE MEDICINA, ETC.

---

SEGUNDA PARTE

---

MADRID

IMPRESA DE T. FORTANET

CALLE DE LA LIBERTAD, NÚMERO 29

1873



CLASICA

EXEMPLARES DE LA BIBLIOTECA

DE LA CIUDAD DE MADRID

DE LA BIBLIOTECA

DE LA CIUDAD DE MADRID

DE LA CIUDAD DE MADRID

# LECCIONES

TEÓRICO-CLÍNICAS

## SOBRE LAS DERMATÓISIS PARASITÁRIAS

SEGUNDA PARTE.

I-4





# CLÍNICA

DE

## ENFERMEDADES DE LA PIEL.

### LECCION PRIMERA.

Del parasitismo y de las dermatosis parasitarias consideradas en general. — Definición del parásito. — Todos los seres son parásitos durante su vida embrionaria. — Parásitos animales y vegetales, que son constantes en el hombre sano. — División del parasitismo en normal, patológico y consecutivo a la muerte del individuo ó de alguna parte de sus órganos ó tejidos. — División del parasitismo patológico en cutáneo-mucoso ó de implantación, y profundo ó de infección, y cada uno de ellos en animal y vegetal, segun el reino orgánico á que pertenece el parásito. — Del parasitismo cutáneo. — Dermatosis parasitarias, animales y vegetales. — Hay enfermedades que son causas ocasionales de la presentación de los parásitos. — Error de los que consideran á los parásitos como productos morbosos. — La causa eficiente de las dermatosis parasitarias son los parásitos. — Condiciones que deben existir en las enfermedades cutáneas para que las podamos llamar parasitarias. — 1.ª Existencia constante del parásito. — 2.ª La existencia del parásito debe preceder á la presentación de los síntomas y lesiones cutáneas. — 3.ª Los síntomas, las lesiones y el curso del mal deberán explicarse bien por la presencia y por la acción del parásito. — 4.ª Contagio directo ó indirecto. — 5.ª Eficacia probada del tratamiento parasitocida. — Caracteres de las dermatosis parasitarias. — Curso, duración y terminaciones de las mismas. — Diagnóstico. — Pronóstico. — Indicaciones. — Tratamiento.

#### SEÑORES:

El parasitismo es una ley de la naturaleza. Los seres todos viven unos á expensas de los otros, y el hombre, los animales y las plantas no son más que parásitos de la tierra en que habitan.

Si de esta idea tan general que todo lo abarca, vamos descendiendo á otras menos abstractas, tendremos, para entenderlos, que definir el *parásito*, concretando bastante la acepción ó el sentido en que debe tomarse semejante palabra.

Suponiendo que llamemos así á *todo ser organizado y vivo que fija sobre otro ó dentro de otro, en él crece y se desarrolla, nutriendose á sus expensas*, encontraremos infinitos ejemplos que nos demostrarán la necesidad absoluta que todos los seres tienen de vivir hasta cierta época de su desarrollo, de lo que puede prestarles aquel que les dá origen.

El hombre y todos los vivíparos son verdaderos parásitos dentro del cláustro materno; los ovíparos lo son del huevo, parte integrante del ovario y de él desprendida y eliminada, porque lleva en sí ya, los suficientes elementos para la nutri-

ción y el completo desarrollo del embrión; los esporos, las yemas y los frutos de las plantas lo son tambien de aquella que los forma ó los produce, hasta que se hallan en disposición de poder serlo de la tierra en que han de adquirir los materiales necesarios para su completa evolucion y desenvolvimiento.

A veces no es la tierra el elemento que puede subvenir á sus especiales necesidades nutritivas, pero es el aire que la envuelve, el agua que en grandes ó pequeñas masas la penetra, la surca ó la rodea, ó en fin, los seres organizados, animales ó vegetales, vivos ó muertos que la pueblan.

Alguna diferencia se marca en lo que llevamos dicho entre la vida no embrionaria de los animales y de las plantas; pero prescindiendo de ella, porque nos llevaria lejos de nuestro objeto, insistiremos algo más en exponer, sino las leyes del parasitismo, los hechos, que bien estudiados pueden conducirnos á su determinación.

No es siempre el parasitismo una causa morbosa ó un con-

EDICION PORTA.

9

junto de enfermedades, es por el contrario en ocasiones un simple hecho fisiológico, tan constante como necesario para la salud del individuo ó para la vida de la especie.

La existencia de los zoospermos en todos ó en la mayor parte de los animales es un hecho constante, necesario para la propagación de la especie y completamente normal en cierta edad, ó en ciertas épocas de la vida, y nadie pondrá en duda que los animalillos espermáticos caben dentro de la definición dada del *xer parásito* en todos los libros antiguos y modernos.

En el sarro de los dientes y en la mucosa del tubo digestivo del hombre, existe también normalmente el *leptotrix bucalis*, vegetal microscópico, al que se quiere atribuir por algunos fisiólogos modernos un papel importante en las funciones digestivas.

Dentro de los humores del ojo, no sólo del hombre, sino del carnero, del buey y probablemente de otros mamíferos, existe constantemente el *leptomitris oculi* de Robin ó la *Lymbia* del Dr. Rubio (Federico), vegetal microscópico que todos vemos en nosotros mismos al mirar por un tubo ó al dirigir simplemente la vista en una habitación oscura hacia un punto más iluminado; y seguramente este vegetal tiene algún objeto en el humor acuoso, cuando es tan constante, lo mismo en los niños que en los presbítos ó en los que tienen una perfecta facultad visual. Finalmente, en la sangre del hombre sano existen, según Richardson, bacterias móviles que aún se ignora si desempeñan un papel fisiológico, ó si pudieran ser el principio de un trastorno patológico capaz de desaparecer ó de aumentarse, dando en este caso señales, ántes inapreciables, de su existencia ó de su influencia patológica.

No es, pues, el parasitismo, señores, lo que generalmente se ha creído, y de aquí la idea muy natural que nos asalta, de dividirlo en tres clases ó variedades, cuya importancia no se ocultará á vuestra ilustración: 1.° *Parasitismo normal*, es decir, compatible con la salud y á veces necesario para la vida de la especie, ó para la defensa de la vida del individuo (como sucede en algunos moluscos y en ciertos animales del último tramo de la escala zoológica). 2.° *Parasitismo patológico ó morbídismo*, ya animal, ya vegetal, según el reino á que pertenezca la causa morboza viviente que puede alterar nuestro organismo ó nuestras funciones, ó el organismo y las funciones de otros seres. Y 3.° *Parasitismo consecutivo á la descomposición orgánica general ó parcial de los mismos*.

El parasitismo normal es de la competencia de los naturalistas y de los fisiólogos. Su estudio, hoy por hoy, está limitado á muy pocas especies, pero se comprende por todos que detrás del velo de nuestra ignorancia, se oculta una inmensidad de seres, que el microscopio por un lado y el conocimiento anatómico y fisiológico de cada especie zoológica ó botánica por otro, descubrirán andando el tiempo.

El morbídismo ó parasitismo patológico es de la competencia del médico, del agricultor, del zoólogo, etc., y comprende el estudio de muchos seres animales (epizoarios y entozoarios) ó vegetales (epifitos y entofitos) capaces de hacer enfermar ó morir á aquellos en los que se implantan.

El parasitismo consecutivo á la descomposición orgánica es de la competencia del naturalista y del químico, porque, entre otras cosas, encierra el inmenso estudio de las fermentaciones pútridas y de los innumerables organismos que por ellas ó mediante ellas nacen ó se desarrollan; pero también puede ser objeto del médico cuando en el hombre enfermo se presentan éstas como consecuencia de enfermedades especiales ó como complicación frecuente de ciertos estados morbosos. Si sobre los cadáveres en putrefacción se desarrollan innumerables organismos vivientes de diversas especies, en la superficie de las úlceras nacen también vegetales que complican la enfermedad, como se ha demostrado por Bennet en las cavernas pulmonales, y por otros en el fagedenismo cutáneo y en el reblandecimiento de la mucosa intestinal.

El estudio que va hecho del parasitismo, nos demuestra el ancho campo de investigaciones que aún nos queda por recorrer, y la importancia que todos y cada uno de sus detalles pueden tener para el médico práctico. El conocimiento de la enfermedad que determinan en ciertas gramíneas los *tizones*, plantas parásitas microscópicas que de ellas se nutren (el *verdet* del maíz, la *cáries* del trigo y el *cornezuelo* del centeno) dió motivo, por ejemplo, para el estudio de la pelagra, de la acrodinia y del ergotismo, enfermedades que afligen á la especie humana. Los trabajos de Liebig, de Pouchet, de Pasteur, de Davaine, de Bennet, de Erenberg, de Hallier, de Salisbury, de Richardson y otros modernos, sobre la naturaleza de los miasmas, de los efluvios y de los virus, y sobre la teoría de las fermentaciones, han hecho pensar en la naturaleza parasitaria de ciertas enfermedades graves, endémicas, epidémicas y contagiosas del hombre y de los animales superiores, y nos han puesto en el camino de evitarlas y combatirlas con mayor acierto que nuestros antepasados.

La monomanía de algunos profesores, y especialmente de Declat y de Lemaire sobre la generalización del uso del ácido fénico y de otros remedios parasiticidas en las enfermedades contagiosas y epidémicas, reconociendo por causa la idea de que existe el parasitismo morbígeno en todas ellas, dará, no lo dudamos, frutos seguros en la filosofía de la terapéutica, aunque no sea más que por la gran discusión que han promovido; y, si con la repetición de observaciones minuciosas, se quitan como creemos algunas ilusiones, aún quedarán en bien de la ciencia resultados positivos de bastante importancia para merecer el aplauso de los siglos venideros.

No debe por lo tanto el médico perder ningún detalle, y tiene que seguir paso á paso los adelantos que se hagan en

esta parte de la ciencia si quiere adelantar á su vez en la terapéutica, en la higiene y en todo lo que hace relacion con el ejercicio práctico y fructuoso de la medicina.

El parasitismo patogénico, que es el que más interesa al médico, se ha dividido en *superficial, cutáneo-mucoso ó de implantacion, y en profundo, humoral ó de infeccion, y cada uno de éstos en animal y vegetal, segun el reino orgánico á que pertenezca el parásito.*

Nosotros tenemos que prescindir, hoy por hoy, del parasitismo infeccioso, al que se atribuyen las enfermedades virulentas y miasmáticas, pero no sin protestar de que si llega dia en que haya fundamento bastante para incluir las fiebres eruptivas en el morbidismo vegetal, y por lo tanto en la clase de dermatosis phito-parasitarias por infeccion, le estudiaremos con el mismo derecho que el patólogo general, y cambiaremos de sitio en nuestra clasificacion el grupo de los exantemas.

Tambien tenemos que prescindir del parasitismo mucoso, en el que se incluyen ciertas enfermedades contagiosas, como las difterias, el muguet, las aftas, la coqueluche, etc.; pero aun limitándonos á lo que de estas cuestiones cabe dentro de la dermatología, nos queda, señores, mucho terreno que explorar y estudios serios, minuciosos y de interés á que dedicar nuestras facultades intelectuales.

El parasitismo cutáneo comprende el estudio de las dermatosis ó afecciones cutáneas parasitarias, ya sean producidas por animales, como el ácarus de la sarna, la filaria ó dragoncillo y la pulga penetrante (1), ya por vegetales, como el achorion, el trichophyton ó los microsporion, que determinan especies diferentes de tiñas.

Hay dermatosis, como hay enfermedades de otros órganos ó tejidos, que favorecen el desarrollo de los vegetales criptogámicos, ó el de los pseudo-parásitos; pero ni éstos son resultado de aquellas, ni aquellas de éstos; son simples coincidencias que deben tenerse en cuenta para no caer en error. Las escrofulides de la cabeza favorecen el desarrollo de la tiña favosa y tonsurante, la sífilis, segun Bazin, el de la pelada (2), el tífus y las enfermedades graves y aunque agudas de larga duracion ó larga convalecencia, el de los pseudo-parásitos;

pero si falta el contagio, es decir, si no vienen de fuera los parásitos ó sus gérmenes á colocarse en la piel de estos enfermos, el parasitismo no se desarrolla.

Lo que hay entre todas estas dolencias, no es relacion de causalidad, sino relacion *mutua ocasional ó de pretexto*, pues muchas veces ocurre que las erupciones artificiales que determina el ácarus de la sarna en un sugeto escrofuloso, sirven de ocasion para que la escrófula se fije ó localice en ellas, haciéndolas adquirir gradualmente el tinte especial y los caracteres de las escrofulides, y otras veces por el contrario, el terreno ácido, humoral y asténico de los enfermos escrofulosos, como el más apropiado para la nutricion de los esporos criptogámicos, les sirve de propicia ocasion para implantarse en él primero, y desarrollarse despues.

Las mismas afecciones parasitarias como la tiña, por la sualidad que las acompaña, favorecen la presentacion de los pseudo-parásitos, siendo muy frecuente observar la piojera, pliriasis ó enfermedad pedicular, en los que padecen erupciones costrosas de la cabeza, de cualquier naturaleza que sean.

A pesar de lo irracional de la idea, ha habido y hay todavía hombres de ciencia que no se contentan con mirar á las enfermedades como causa *ocasional* de la *produccion* y el *desarrollo* de los parásitos, sino que las han considerado como causa *eficiente*, admitiendo lo que se ha llamado malamente generacion espontánea ó generacion sin gérmenes.

Todos los antiguos, al hablar del ácarus y aun de otros pseudo-parásitos de organizacion más perfecta y de mayor tamaño, como el pediculus capitis y el pediculus pubis, tienden á considerarlos como efecto de una enfermedad particular, que puede presentarse sola, ó complicando otras de gravedad; pero á ninguno se le ha ocurrido que el parásito fuera la causa del padecimiento.

Las mismas lombrices, hasta hace poco tiempo, se han mirado como productos morbosos, y el odio á las teorías exclusivistas de Raspail ha llegado hasta el punto de negarse á la evidencia personas de talento como Gazeuve, tratando de combatir con el ridículo lo que tenían obligacion de observar con los sentidos y apreciar imparcialmente con la inteligencia.

Devergie, que es un discutiador de primera fuerza, colocado por el compromiso de las opiniones que sobre este asunto emitió en su primera obra al lado de los antiguos, y al lado de los modernos, por lo evidente de sus propias observaciones de fecha más reciente, busca un término medio tan original que él mismo debe reirse á la sazón de su originalidad.

Llama á las enfermedades parasitarias, enfermedades con parásitos, y admite respecto del ácarus, por ejemplo, que primero es un producto morboso engendrado por la enfermedad, y que despues de formado puede convertirse en causa, hecho que por supuesto no intenta siquiera probar, y que se

(1) Aunque hay otros animales (pseudo-parásitos) que dan lugar á lesiones cutáneas en la piel del hombre, como no se fijan en ella, sino que se marchan despues de hacer el daño, si los conviene el nombre de parásitos, si á las dermatosis que producen el de parasitarias. Las llamamos, como Bazin, dermatosis artificiales.

(2) No hemos visto esta predileccion tan marcada del microsporion Audouin por el término sífilis que ha visto Bazin.



presta mucho al ridículo con que él trata de combatir á los enemigos de sus ideas.

Siendo sexual y ovípara la generacion de los ácaros, y habiendo dos sexos perfectamente distintos en esta especie de arácnidos, ¿no podríamos preguntar al Dr. Devergie en el tono más formal que pudiera exigírnos, cómo se componía la enfermedad para dar lugar al ácaro macho, y en qué se diferenciaba su procedimiento para crear el ácaro hembra?

Comprendemos mejor que haya quien acepte francamente la generacion espontánea ó la teoría de Darwin sobre la trasformacion de las especies, que la absurda idea de Devergie.

Ni la muerte, ni la enfermedad, que es un conato de muerte, pueden crear una vida que no existe, un organismo sin germen, un ser sin padres de la misma ó de análoga especie.

Dadas un germen, y al calor de su vida ó al calor de sus composiciones químicas, se desarrollará; pero creado fuera de las condiciones de igualdad ó analogía de composicion orgánica y de igualdad ó analogía de especie, es imposible.

Creemos que la materia es activa y creadora; consideramos que los átomos organizados y vivos que forman parte de un ser vivo también, en el ejercicio de sus funciones, tienen la facultad de crecer asimilándose lo que les conviene, y de engendrar átomos nuevos de igual naturaleza, más ó menos perfectos segun condiciones intrínsecas ó extrínsecas, segun el estado de salud ó de enfermedad, segun circunstancias que no es dable en este momento discutir, pero así como en el plasma en que se desarrollan los elementos anatómicos del ácaro no se desarrollará nunca un elemento anatómico del hombre ó de los animales superiores, así tampoco en la vida orgánica, nutritiva y organizante del hombre sano ó enfermo cabe la formación del ácaro, por trasformacion de las células epitelicas ó de las células histogénicas ó embrionarias de cualquier tejido humano.

Observad, señores, lo que ha pasado en nuestra ciencia con la célebre teoría de la heterogeneidad celular.

Habíamos creído por algun tiempo que el organismo enfermo era capaz de crear células cancerosas, diferentes de las de todos los tejidos conocidos, y la observacion atenta nos ha demostrado que sólo se crean células embrionarias, capaces á su vez de formar las de nuestros tejidos normales de un modo perfecto ó imperfecto, pero capaces también de no formar nada, quedándose entonces estacionarias y acumulándose en masas ó en tumores más ó menos malignos.

Pues si lo único á que puede llegar como máximo la facultad creadora de nuestra materia organizante, es á la formación de células análogas á las de los tejidos normales, ¿cómo esperar de su actividad la creacion de seres animales y mucho menos vegetales de especie tan diversa, de organizacion tan diferente y complicada, de modo de existencia tan vario y de caracteres tan opuestos?

Retirándose del ataque y manteniéndose á la defensiva, nos

dirán tal vez los partidarios de las ideas de Cazenave y Devergie, que si la organizacion humana, sana ó enferma, no produce directamente el ácaro, ni el favus ó los demás vegetales de las tiñas, los produce la descomposicion orgánica ó la putrefaccion de las exudaciones que la enfermedad previamente determina; pero al decir esto ya se contradicen negando que los parásitos sean, como ántes sostenian, productos de la enfermedad, y fácil será probarles además que el ácaro se presenta en la piel sin putrefaccion y sin exudaciones previas, lo mismo que todos los fitodermos, siendo las erupciones consecutivas á su presentacion en el espesor del epidermis.

No creemos necesario insistir más en probar que la teoría del parasitismo, considerándole como producto morboso, es un error indigno del siglo en que vivimos, y en este concepto sólo debemos distinguir los casos en que *los parásitos son la causa* de la enfermedad de aquellos otros en que son una *coincidencia* ó una *complicacion*.

Para que lleguéis á distinguirlos con facilidad, lo cual es de gran importancia en todo juicio clínico y especialmente en la determinacion del pronóstico y del tratamiento, os daré reglas tan sencillas y lógicas, que nuestros mismos adversarios las aceptarán sin discusion.

Definamos en primer lugar la enfermedad parasitaria «aquella que es producida en *totalidad* y *exclusivamente* por la accion de los parásitos verdaderos» y digamos; cuando éstos existan y no produzcan en *totalidad* y *exclusivamente* la enfermedad, no son la causa de ésta; sino una coincidencia ó una complicacion de la misma.

¿Y qué condiciones ha de tener una enfermedad para que se la pueda llamar parasitaria? Creemos que deben exigirse las siguientes:

- 1.º Que el parásito exista constantemente.
- 2.º Que la existencia del parásito preceda siempre á la presentacion de los síntomas ó de las lesiones cutáneas.
- 3.º Que tanto los síntomas como las lesiones y el curso todo del mal, puedan explicarse bien por la presencia y accion del parásito.
- 4.º Que la enfermedad sea contagiosa ó pueda propagarse directa ó indirectamente, mediante el parásito, aislado en lo posible de toda otra sustancia extraña.

Y 5.º Que el plan parasítico sea eficaz.

Comprenderéis perfectamente, que sin tantas pruebas como se exigen en estas condiciones, pueden admitirse algunas afecciones parasitarias; pero la verdad es, que en toda ciencia debemos separar en grupos distintos lo cierto de lo probable, y que para asegurar la certidumbre en los enemigos de una idea es preciso llegar á la evidencia, acumulando pruebas, que no son tan necesarias para el que está predispuesto en su favor.

Por eso exigimos que el parásito exista ántes y durante la enfermedad, como pudiéramos añadir que desapareciese al

sneeder la curación, y, señores, el llegar á demostrar estos tres hechos que se anuncian en dos palabras y que tan fáciles parecen, cuesta trabajos difficilísimos de observación química, clínica y microscópica, y estudios tan profundos que ocupan por sí solos la vida de un hombre, por no decir la vida toda de una generación.

Gracias á los esfuerzos y á la incansable actividad de los micrografos modernos, podemos hoy llamar dermatosis parasitarias producidas por animales, á las que determinan respectivamente el ácarus, la pulga penetrante de América y la filaria medienensis, y parasitarias vegetales á las tiñas dérmicas, epidérmicas y epitélicas ó difterias, y con mucha probabilidad á las pycas, como tendremos ocasion de demostrar en sucesivas conferencias; pero han sido precisos cuarenta años de investigaciones y de experimentos hechos en todas las partes del mundo y por numerosos obreros de la ciencia para llegar á este resultado.

Al explicaros otro día la fisiología patológica de estas diversas enfermedades, proferamos que cada una de ellas reúne las condiciones mencionadas, y asistiendo á la clínica podreis convenceros de una manera práctica, no sólo de la eficacia del tratamiento parasiticida, sino de lo fácil que es explicar la sucesión y relación de los síntomas, incluso el contagio, por la presencia y acción de los parásitos, que recogeremos, aislaremos ó inocularemos ó trasplantaremos, después de estudiarlos convenientemente al microscopio.

Las dermatosis parasitarias, aunque varían mucho en sus manifestaciones por razón de su especie, es decir, de su causa ó del parásito que las determina, tienen caracteres comunes que sirven para diferenciarlas de las artificiales y de las espontáneas ó de causa interna, que son, como sabéis, los tres grupos principales ó las tres clases en que hemos dividido todas las afecciones cutáneas.

El porqué tienen caracteres diferenciales, es fácil de comprender á poco que se discorra sobre el modo diverso de obrar de sus respectivas causas.

La de las dermatosis parasitarias es un cuerpo extraño y vivo que crece dentro y se nutre á expensas de la piel del hombre, se mueve á veces en el interior de sus capas ó por la superficie del epidérmis, y en ella verifica su germinación ó sus actos reproductores con todas sus consecuencias, incluso el desarrollo de varias generaciones de sus gérmenes. La acción de semejante causa es constante mientras el parásito ó su prolija descendencia exista, y es elemental presumir, que ligera ó poco apreciable en su principio, se hará cada vez más intensa conforme se desarrolle y reproduzca el animal ó el vegetal que la representa. Hay además otra circunstancia que no debe olvidarse nunca al hablar de la causa de las dermatosis parasitarias, porque puede explicarnos los detalles más ó menos excepcionales de la ley que precede al desarrollo y al curso de sus manifestaciones mortuosas.

SEGUNDA PARTE.

Esta circunstancia es una concusa que se ha llamado disposición ó predisposición individual, difícil de probar en lo que atañe á las dermatosis zoo-parasitarias como la sarna, que no respeta sexo, edad, constitución ni temperamento; pero que en las vegetales ó tiñas, consiste, seguramente, en la acidez de las exudaciones normales ó anormales de la piel ó de las mucosas próximas, y en la abundancia de jugos en los intersticios orgánicos, efecto de un temperamento linfático exagerado, de enfermedades constitucionales como la escrófula ó la sífilis que aumentan ambos trastornos, ó del último período de las enfermedades crónicas que dan un resultado análogo, lo mismo cuando terminan por la hedroncía ó leucocitemia, que cuando acaban por la consunción y el marasmo.

Tratándose de plantas, á cualquiera se ocurre que todas necesitan terreno apropiado para vivir, y que segun tenga éste mejores ó peores condiciones, así tendrán aquellas mejor ó peor desenvolvimiento y más ó menos lozanía.

La causa de las dermatosis artificiales es fugaz y suele ejercer desde luego, es decir, desde el primer momento, toda su intensidad, no crece de esa manera lenta é insidiosa de la causa parasitaria, sino que desplegando desde *ab initio* toda su acción, se aleja en seguida ó desaparece después de haber determinado sus primeros efectos, á no haber por parte del hombre, intención de conservarla ó imposibilidad absoluta de alejarla, cosas ambas fáciles de averiguar.

La causa de las dermatosis espontáneas es interna, depende de un estado de trastorno local, general ó constitucional del organismo, unas veces congénito ó heredado, otras accidental ó adquirido, pero que nunca puede explicarse por la impresión de agentes exteriores fugaces, ni por el desarrollo de séres vivos en la superficie de la piel, cuya acción no puede pasar de ser local en la generalidad de los casos.

El modo diverso de obrar de estas diferentes causas, ha de dar forzosamente resultados distintos con manifestaciones ó cuadros sintomáticos característicos para cada una de ellas, y aun para cada una de sus especies y variedades, y las dermatosis parasitarias tendrán siempre de ventaja para su mejor caracterización, la existencia de un signo patognomónico, *el parásito*, que no contento con ser causa, se deja ver como síntoma y como lesión para que podamos conocer y diagnosticar la enfermedad con absoluta certidumbre.

Con efecto, señores, el primero y más principal carácter de las dermatosis que nos ocupan, es la existencia del parásito, visible unas veces sin el auxilio del microscopio, y otras á beneficio de este instrumento tan necesario hoy para los adelantos de la ciencia.

En realidad, tanto los parásitos animales como los vegetales que producen dermatosis, se perciben todos á simple vista; pero si el microscopio no nos diese á conocer su estructura y condiciones orgánicas, no podríamos asegurar su naturaleza,



ni clasificarlos ó colocarlos en el sitio que les corresponde de las escalas zoológica ó botánica.

Basta, por lo demás, ver el parásito para diagnosticar una enfermedad parasitaria; basta ver el ácaro para decir que hay sarna, ó el favus para asegurar la existencia de la tiña; pero podrá al mismo tiempo existir otra enfermedad cutánea coincidente, y será por lo tanto oportuno, que aunque asegureis lo primero, no negéis lo segundo sin que hayáis hecho un juicio clínico completo por el estudio de todos los síntomas.

Dos parásitos animales, que podríamos llamar exóticos porque nunca los vemos en nuestros climas, la pulga penetrante de América y la filaria de Medina penetran profundamente en la piel, y aunque los naturales de estos países adivinan su existencia por las lesiones inflamatorias más ó menos profundas que determinan, la presencia del animal sólo se hace constar, cuando se abren los abscesos al exterior, ó cuando por una operación hábil se extraen los gérmenes ántes de su transformación completa, ó los sêres ya desarrollados en medio del proceso inflamatorio que les rodea.

El ácaro no profundiza tanto. Se contenta con vivir debajo del epitelio ó acurruado debajo de una costra, y es fácil demostrar su presencia estando algo habituado á buscarle en los surcos que practica para albergarse, en los cuales suelen hallarse también sus gérmenes ó huevecillos y sus larvas, con dos patas menos que el animal perfecto.

Auxiliada vuestra vista por una lente de alguna fuerza, podréis ver los movimientos del animal, apreciar sus diferentes condiciones de desarrollo segun el sexo á que pertenezca y segun el período de evolucion en que se encuentre, estudiar sus costumbres, y aislando algunos individuos de ambos sexos entre dos cristales escavados que se colocan en el porta-objetos de un microscopio, investigar, no sólo los misterios de su anatomía, sino también los de su fisiología, presenciando su cópula, sus luchas, la postura de sus huevecillos y el desarrollo de los mismos.

En el morbidismo vegetal cutáneo, el parásito no tiene como en el ácaro movimientos de traslación total, pero crece y se extiende con rapidez á los alrededores de su primer sitio de implantación.

Ya es un cuerpo sólido y seco de forma de hongo, umbilicado en su centro, de un tamaño medio como el de una lenteja, pero que empezando como una cabeza de alfiler pequeño, crece á veces hasta tener el diámetro de un milímetro, de un color amarillo de azufre, colocado entre dos láminas del epitelio y en el interior de un folículo piloso envolviendo al pelo que le atraviesa (tiña favosa); ya es una masa de filamentos blancos ó de laminillas nacaradas que rodean y envuelven como en un estuche al pelo roto á poca distancia de su salida (tiña tonsurante); ya una sustancia blanca, pulverulenta, parecida á la fécula, sembrada entre los

pelos y en la superficie interior de los mismos ántes de su caída (tiña pelada); ya unas chapas perluzcas de color de café con leche, formadas por laminillas adherentes y mezcladas íntimamente con las células córneas del epitelio (pitiriasis versicolor, nigricans, etc.); ya, en fin, unas chapas blancas, pseudo-membranosas, que unas veces forman concreciones amontonadas y poco adherentes de una sustancia blanquecina compuesta de células epitelicas y de esporos vegetales (Muguet, Aftas), y otras, verdaderas telas duras, extensas, laminosas, gruesas y muy adherentes por la mezcla íntima de la albúmina exudada con las células epitelicas y los elementos de la planta (difterias).

Cada uno de estos parásitos vegetales tiene caracteres botánicos distintos, que no es este el momento de comparar, pero en todos ellos existe cuando menos un conjunto de esporos, elemento esencial de todas las plantas criptógamas; y en la mayor parte encontraréis además tubos de mycelium y tubos esporóferos formados por la union en series longitudinales ó ramificadas de las células vegetales referidas.

La existencia del parásito, carácter patognomónico de las dermatosis parasitarias, se acompaña necesariamente de otro carácter importantísimo debido á la propagación de aquel sêr, ó mejor dicho, á su traslación y propagación.

Nos referimos al contagio.

Todas las dermatosis parasitarias son contagiosas, y como semejante condicion es rara en las dermatosis artificiales y en las espontáneas, resulta para las primeras un carácter diferencial de mucha importancia, con tanto mayor motivo cuanto que las pocas dermatosis contagiosas incluidas en las segundas (venéreas, sífilíticas y exantemáticas), tienen á su vez en la especie y en el género mismo, otros caracteres diferenciales que por su parte nos ayudan para la mayor facilidad y seguridad del diagnóstico.

Este contagio es casi siempre inmediato ó directo en las dermatosis zoo-parasitarias, y consiste en la traslación de una hembra del parásito, por lo menos, desde la piel de un individuo enfermo á la de otro sano, no bastando la traslación de uno ó de muchos machos, porque no son ellos los encargados de la ovulación ni de los trabajos sub-epidérmicos que las hembras ejecutan para la postura de sus huevecillos y el desarrollo de sus gérmenes (1).

Semejante traslación ó contagio se verifica comunmente por la noche, lo que se explica bien por las costumbres del animal, que sólo sale en esta época de sus guaridas epidérmicas.

Aunque el contacto directo y nocturno es el medio más comun de propagación de la enfermedad, existe además el contagio mediato ó indirecto por tocar las ropas de uso ó las

(1) En las afecciones determinadas por la pulga penetrante y la filaria, los trabajos son sub-dermicos, pero son raras en nuestros climas estas parásitos; lo que deducimos en esta lección se refiere exclusivamente al ácaro.



de la cama de otro enfermo en las cuales existen ácaros, separados continuamente de la piel del hombre por la fricción ó el acto frecuente de rascarse.

El contagio directo ó indirecto es el más común en los parasitismos vegetales cutáneos; pero está probado también que pueden propagarse los esporos siguiendo la corriente del aire á distancias considerables, en donde pueden implantarse si encuentran terreno apropiado para ello.

Los experimentos de Lemaire en las salas de tíficos del hospital de San Luis, han probado la existencia en el aire de las mismas de esporos del ácarion, y cuando queráis podemos comprobarlo en las nuestras siguiendo su sencillo procedimiento.

Basta para ello colocar pendiente del techo de la enfermería un cono buco de cristal lleno de hielo, con el ápice imperforado colocado hacia abajo y sobre una vasija que pueda ir recogiendo las gotas de agua que resultarán del rocío formado en la superficie exterior del cono de cristal.

Haciendo que los tíficos con la cabeza descubierta corran por la sala, ó abriendo una ventana y colocándolos entre ella y el aparato de Lemaire, se depositarán numerosos esporos en sus paredes humedecidas, y el microscopio los demostrará fácilmente poniendo en su porta-objetos entre dos cristales, una pequeña cantidad del agua resultante, acumulada en la vasija inferior.

No extrañareis, después de saber esto, que en dichas enfermerías pasemos la vista con el sombrero puesto y obliguemos á los que nos siguen á hacer lo propio, pues no sería justo que por dar al acto toda la solemnidad que se merece, cogiésemos ó dejásemos coger á los alumnos y practicantes, una enfermedad tan tenaz, tan repugnante y asquerosa.

Por esto mismo y por evitar el contagio directo, habreis visto igualmente que no son los practicantes de las salas los encargados de depilar á los tíficos, sino que hemos ordenado las cosas de manera, que los enfermos se sacan unos á otros los pelos, curándose así mutuamente su cruel enfermedad, para lo cual están ya aminorados por los que les precedieron en el arte de manejar bien y rápidamente la pinza depilatoria y salieron ya curados del hospital.

La inoculación es el cuarto modo de contagio que existe en los phyto-parasitismos cutáneos.

Nosotros sustituimos la palabra *inoculación* por la de *trasplantación*, que nos parece más exacta tratándose de vegetales y de cuerpos sólidos, pudiendo conservarse la de inoculación para la introducción debajo del epitelio de los líquidos virulentos, mientras la ciencia no nos demuestre si su agente de contagio es ó no un sér organizado y vivo y á qué reino pertenece.

La trasplantación se ejecuta fácilmente colocando debajo del epitelio algunos esporos de los vegetales que determinan las tiñas, valiéndose para ello de una lanceta común; pero dá

más seguros resultados levantar con un vegigatorio, con el anoniaco, y especialmente con el agua hirviendo, un trozo más extenso de la película cutánea y aplicar sobre el dérmis denudado el polvo del favus ó los esporos aislados del trichophiton ó del microsporon, tapándolo todo con un cristal de reloj durante los cuatro ó cinco días que suele durar el período de *incubación* ó de *germinación*.

De esta manera hemos trasplantado tiñas desde el hombre á varios animales; y nuestro querido amigo el Dr. Hernando, actual catedrático de terapéutica de la Facultad de Medicina de Granada, llevándose de nuestras enfermerías trozos de favus, logró igualmente trasplantarle, remitiéndonos de un pueblo de la Alcarria en donde hizo los experimentos, á la par que observaciones detalladas y exactas, trozos del favus germinado y pelos alterados por los esporos del vegetal, en varios ratones y gatos que sometió á la prueba.

Los experimentos de Saint-Cir, publicados en los *Anales de sifilografía y dermatología* del Dr. Doyen en 1871 y los de Gerlach, Drapper y otros de fecha más antigua, demuestran la existencia y la seguridad de este modo especial de contagio que tanto puede servirnos para el diagnóstico de las tiñas, diferenciándolas esencialmente de las demás dermatosis, sean ó no contagiosas ó inoculables; pero el tiempo de duración de la incubación ó germinación no está bien determinado todavía.

El contagio, y mejor aún, las condiciones del contagio de las dermatosis que nos ocupan, constituyen un carácter tan patognomónico como la existencia del parásito, por la sencilla razón de que son una misma cosa; y algo parecido ocurre también con el que vamos en seguida á estudiar, porque aunque no es el parásito, es su resultado inmediato, y por lo tanto, una prueba indirecta de aquella existencia.

El tercer carácter importante de las dermatosis parasitarias, está constituido por las lesiones físicas ó mecánicas que determina el parásito en la piel.

El ácaro hace unos surcos debajo de la capa córnea del epitelio, que terminan en una eminencia, llamada acariano porque generalmente encierra al animal, y como estos surcos y esta especie de cueva que le sirve de alojamiento sólo los puede hacer el ácaro, no pudiendo ser efecto de ninguna otra causa externa ni interna, ni de los trabajos de otros parásitos, resulta que constituyen un carácter casi tan patognomónico como la existencia del arácnido.

El favus produce varias lesiones físicas en el pelo (fragilidad, pérdida del lustre y suavidad de su superficie, caída y alopecia consecutiva permanente, etc.); pero además determina una escavación en la piel en que se aloja, que puede verse enucleándole, y como ambos caracteres, la *enucleabilidad* y lo que nosotros llamamos *fosca favica* sólo se encuentran en esta enfermedad parasitaria, constituyen, lo mismo que los surcos acarianos, un carácter patognomónico.

La rotura de los pelos en forma de círculos ó placas circulares, llamadas tonsuras, en la tiña tonsurante; la caída repentina del pelo en placas de forma irregular en la pelada; la hipertrofia, enroscamiento y entrecruzamiento del pelo en la ptyca, etc., son también lesiones físicas ó mecánicas que determinan los parásitos vegetales y que constituyen, como las anteriores, caracteres patognomónicos de sus respectivas dolencias. Algunas otras lesiones físicas ó mecánicas que acompañan á las dermatosis parasitarias (arañazos, escoriaciones, etc.), son resultado de la acción de las uñas del enfermo, y no tienen por lo tanto el interés para el diagnóstico que las lesiones dependientes de los parásitos.

Estudienmos ya otro sintoma ménos característico, pero que por ser mas fácilmente apreciable llama en primer término la atención, no sólo de los enfermos, sino de la generalidad de los médicos.

Acompañan á la existencia y desarrollo de los parásitos en la piel *erupciones de forma diversa y fenómenos simpáticos* encadenados entre sí y dependientes unos de otros, aunque todos están también ligados de un modo más ó ménos mediato con la causa del mal. Su importancia es grande, porque constituyen las verdaderas molestias de la enfermedad, y siendo éstas las que obligan á los enfermos á exigir los recursos de la ciencia, es natural que, como clínicos, las estudiemos con el detenimiento que se merecen.

Las erupciones pueden tener sino todas, la mayor parte de las formas elementales que conocéis por la DERMATOLOGÍA GENERAL, desde la simple mancha eritematosa hasta el tubérculo y el flemon agudo ó el antrax, desde la simple pápula ó pequeña vesícula, hasta la enorme ampolla y las formas mixtas que hemos llamado compuestas y complicadas.

Hay alguna afección parasitaria como la sarna, que se acompaña de todas las formas referidas á la vez, existiendo mezcladas y simultáneamente si la enfermedad es antigua ó ha sido imprudentemente tratada; pero es más comun observar una, dos ó tres que son más frecuentes en cada especie morbosa.

Así en la misma sarna, la erupción más comun consiste en pápulas y vesículas pequeñas y diseminadas; en el herpes tonsurante se manifiesta por círculos eritematosos, vesículas agrupadas en forma de placas redondeadas, tubérculos fungosos y escamitas furfuráceas; en la tiña pelada se limita la erupción á formar manchas discromáticas ó dermatitis edematosas limitadas al sitio de las calvas; en la tiña favosa, eritemas y congestiones dérmicas pertinaces que indican el sitio del mal, aunque se hayan separado los favos, y vesículas ó pústulas artificiales próximas; en las tiñas epidérmicas, escamitas y manchas ó hipereremias de color oscuro; en las tiñas epitélicas, eritemas, aftas y exulceraciones ó denudaciones de las membranas mucosas, y en las ptycas, hipertrofias foliculares. Todas estas dermatosis, que pueden considerarse como artifi-

ciales ó provocadas por la irritación cutánea que determina el parásito, ayudado á veces por los pseudo-parásitos que se desarrollan ó por las uñas del enfermo, ya que no sea por remedios extemporáneos ó mal indicados, todas ellas son agudas, inflamatorias y fugaces si se aleja la causa; pero como ésta no se aleje, se reproducen y se extienden por nuevos brotes cada vez más agudos, tenaces y complicados.

La mezcla de estas erupciones artificiales, es decir, la existencia simultánea de pápulas, vesículas, pústulas, dicie-sos, etc., no se encuentra nunca en las dermatosis espontáneas ó de causa interna, cuya forma elemental siempre es única; podemos verla en algunas artificiales de causa no parasitaria; pero cuando la veais vosotros, sospechad siempre el parasitismo, y buscadle en sus síntomas patognomónicos aunque sean difíciles de encontrar y haya precision de apelar al microscopio para conseguirlo.

Los fenómenos simpáticos, ó mejor dicho, sintomáticos de estas dermatosis artificiales ó de la acción inmediata del parásito, consisten en alteraciones de la sensibilidad, como la picazon nocturna, el insomnio, el abatimiento moral, etc., y en los casos graves, extensos y antiguos que se dejan sin tratamiento, en los trastornos naturales de las funciones nutritivas, que pueden, aunque rara vez, llegar hasta la consunción y el marasmo.

En las láminas del ATLAS de CLINICA DE ENFERMEDADES DE LA PIEL que publicamos podéis ver un ejemplo de tiña favosa generalizada en una joven amenofónica, que no sólo detuvo el desarrollo de esta infeliz, sino que á talar más en ponerse en cura hubiera dado lugar á la muerte por depauperación orgánica.

Otro enfermo hemos podido visitar el último día de su existencia, que debió su muerte á la consunción, determinada por el infinito número de favos que cubrían la totalidad de su cuerpo; y el que haya visto muchos sarnosos habrá tenido ocasiones repetidas de apreciar cómo se encadenan los síntomas y los graves trastornos que puede producir la generalización de las erupciones inflamatorias en toda la superficie de la piel, la picazon irresistible ó intolérable y la prolongación cruel del insomnio en sujetos nerviosos, excitables, y especialmente en los niños de pecho ó de corta edad.

La nutrición se altera profundamente, el cerebro puede simpáticamente perturbarse, y el enfermo puede morir en medio del delirio de una afección meningea ó á consecuencia de afecciones graves del tejido celular subcutáneo (flemon profundo), que se propaguen al subaponeurótico, como hemos tenido ocasion de observar en nuestra enfermería durante el curso de 1867 á 1868.

Pero no recarguemos más el cuadro de los fenómenos simpáticos que acompañan á las dermatosis parasitarias, ni prejuguemos el diagnóstico ni el pronóstico de las mismas.

Al parásito, á sus lesiones propias, á su contagio, á las



erupciones artificiales que produce y á los fenómenos simpáticos de que acabamos de hablar, hay que añadir otro carácter incidental y algunos síntomas negativos.

Es el primero un fenómeno que se ha llamado *Sueño de la enfermedad*, y se presenta cuando en el curso de una afección parasitaria sobreviene otra dolencia aguda y grave, sea febril ó inflamatoria, que llamando á sí la vida de la piel, hace marchitar las erupciones artificiales, disminuye la intensidad de los fenómenos simpáticos, detiene el desarrollo progresivo y la creciente generacion de los parásitos y amortigua y abuya, sino á todos, á la mayor parte de estos seres, porque no encuentran en aquel cuerpo enfermo el mismo alimento que les proporcionaba cuando estaba sano. Al curarse el paciente de su grave dolencia interna, los mortecinos parásitos se despiertan hambrientos; parece como si se multiplicase su facultad generadora; las erupciones vienen á presentarse con pasmosa rapidéz; los fenómenos simpáticos se reproducen con mayor violencia, y la enfermedad parasitaria, en fin, se desarrolla despues de su letargo con un impetu increíble.

¡Es la crisis del mal! ¡Es un fenómeno crítico, palpable, evidente, que nadie se atreverá á poner en duda, exclaman la mayor parte de los clínicos; y ejerciendo su poderosa influencia sobre los pobres alumnos, les afirman en el error de Devergie, sin ocurrírseles la explicacion sencilla del hecho!

Durante ese sueño de la enfermedad parasitaria, hemos extraído ácaros en tifóidos y pulmoniacos, y poniéndolos al sol, los hemos visto salir de su letargo, moverse, andar y estar, en una palabra, aptos para propagar la sarna á cualquier individuo sano.

Los favus, que durante las enfermedades graves palidecen, se achican y marchitan hasta desaparecer en gran parte, pueden propagarse á sujetos sanos, extrayendo un pelo del sitio que ocuparon, y colocándole sobre el dérmis denudado de otro individuo; y lo mismo sucederá, aunque no lo hemos hecho, con los esporos del trichofiton y del microsporon.

El sueño de los parásitos no es, sin embargo, un carácter general. Falta en las tiñas epidérmicas y epitelicas, es decir, en la pitiriasis versicolor, en el muguet y en las difterias, en todas las que suele observarse el fenómeno opuesto.

La gravedad del enfermo, su aproximacion á la muerte ó á la descomposicion pútrida de los humores que la precede, parece despertar y avivar el desarrollo de los vegetales parásitos que originan dichas enfermedades, y más de una vez hemos observado aumentar en número y en tamaño las placas del muguet despues de muerto el enfermo que lo padecía.

Los síntomas que hemos llamado negativos porque no se presentan en las dermatosis parasitarias (á no haber complicacion ó simultaneidad de existencia de otras enfermedades), son numerosos y tienen importancia para el diagnóstico; pero no es este el momento de detenernos en su estudio, y lastará simplemente que citemos algunos.

EDITORIA PARÍS.

La reaccion por los papeles de tornasol ó de eúreuma, la reproduccion de la enfermedad en épocas determinadas del año y su desaparicion en otras, la unidad de la forma elemental (prescindiendo de la especial del parásito) en las erupciones, la picazon constante, la anestesia, la reaccion febril, el color cobrizo, las coincidencias morbosas en órganos profundos, y otros muchos caracteres propios de diversas dermatosis, no existen en las parasitarias, á no ser, repetimos, que se trate de una enfermedad mixta ó complicada.

Con la reunion de todos estos síntomas, elevados á signos por vuestra inteligencia, fácil os ha de ser, señores, establecer el diagnóstico de las afecciones que nos ocupan; pero aún podeis recoger más datos, estudiando de un modo general el curso, la duracion y las terminaciones de las mismas.

El curso de las dermatosis parasitarias es diferente, segun se dejen á su natural desenvolvimiento ó se intervenga en ellas, acertada ó desacertadamente, con los recursos del arte.

El curso natural ó espontáneo es continuo y siempre creciente, sin los periodos que se observan en las dermatosis de otra índole, á pesar de que, arbitrariamente, en nuestra opinion, los admiten profesores de reconocida autoridad en la ciencia.

La enfermedad empieza por uno ó varios puntos del cuerpo, presentando como primera señal algun fenómeno simpático, al que sigue la aparicion ostensible del parásito ó de las lesiones físicas á que dá lugar y que le delatan facilmente.

Poco á poco van creciendo estos síntomas, y extendiéndose á mayor ó menor distancia, segun la enfermedad, se mezclan con las erupciones artificiales, que no son más que inflamaciones tegumentarias salpicadas en los sitios próximos; sobrevienen los fenómenos simpáticos que éstos á su vez determinan; y el mal, con ligeras variantes, segun su especie, sigue creciendo y complicándose, causando á veces la muerte del sujeto, y destruyendo, otras, completamente el terreno histológico que servia de nutricion á los parásitos, los cuales, terminada ya su obra, se alejan como plaga de langostas á buscar otras mieses y morir sino las encuentran.

Á este último momento de la enfermedad ha llamado Bazin periodo de declinacion, y á su desaparicion, terminacion por curacion espontánea.

El curso intervenido por la ciencia (y no debe olvidarse que la higiene y la limpieza solamente, forman parte muy principal de esa intervencion), es muy diferente del curso espontáneo de las afecciones parasitarias.

El poder de la Medicina es tan grande en la mayor parte de ellas, que aplicando á tiempo sus recursos, detiene la evolucion de la enfermedad con la muerte de los seres que la causan.

Muerto el parásito, es cuando puede decirse que declina la enfermedad, porque conviene que sepais que no desaparece tan rápidamente como dicen los autores, sino que continúa aún algo de ella, como el curso natural, aunque descendente, de las erupciones artificiales que son inflamatorias y el de sus



fenómenos simpáticos; y continúa también dentro de la piel ó de las mucosas un cuerpo extraño, que es el *parásito muerto*, y tiene que ser eliminado.

Es muy común decir, y creer lógico, que se cura la sarna en dos horas, matando á los ácaros con las pomadas ó baños parasitocidas; pero las erupciones y aún el picor nocturno que las acompañan, tardan en desaparecer algunos días, y los enfermos no se dan por satisfechos de su curación, al menos en España, hasta que su piel está completamente limpia y no sienten molestia alguna.

La mala intervención de la ciencia casi siempre consiste en el abuso, más que en la falta de los remedios indicados; pero puede depender también de que éstos no se apliquen como se debe, cuando se debe y en donde es preciso; y según de lo que se trate así se modifica el curso de la enfermedad parasitaria.

El *abuso* de las fricciones sulfurosas en la sarna, por ejemplo, aunque mate los ácaros, excorria cruelmente las erupciones artificiales, y si el médico se ofusca y en vez de detenerse quiere quitarlas á fuerza de repetir las unturas, puede dar origen á complicaciones inflamatorias de tal gravedad que maten al enfermo, ó á una erupción artificial crónica, que no cederá sino mucho tiempo después de abandonar el tratamiento.

El no depilar en las tiñas, el no hacer que los parasitocidas lleguen á donde deben llegar, es decir, á los ocultos rincones de los folículos pilosos donde se albergan los esporos vegetales, ó el hacer demasiado débiles las soluciones ó mezclas venenosas empleadas con este objeto, conducen la enfermedad á una declinación y terminación *aparentes*; pero el mal vuelve, cuando se deja el tratamiento, á seguir su curso natural: de modo que con semejante proceder, sólo conseguimos modificar pero no detenerle ni hacerle terminar por la curación.

De todo lo expuesto puede deducir cuál debe ser la *duración* de las dermatosis parasitarias.

*Indeterminada*; larga, de meses y aún de muchos años, si se dejan á sí propias ó son mal tratadas: *corta*; de horas ó de días en las zooparasitarias, y de tres á seis meses en las fito-parasitarias cuando se tratan convenientemente.—Corta y funesta en los fito-parasitismos de las mucosas cuando á ellas no pueden llegar los remedios parasitocidas.

También puede juzgar por lo dicho cuáles serán las *llamadas terminaciones* de estas dolencias.

La *curación espontánea*, sin la intervención de la terapéutica, de la higiene ó de un agente ó causa cualquiera que mate los parásitos y sus gérmenes, es tan *rara* que puede decirse que no existe. Compréndese desde luego que los parásitos que nos ocupan, reproducidos por sus numerosas generaciones, pueden vivir en la piel humana tanto como dure la vida del hombre, y aún más tiempo, y es claro que mientras vivan y se reproduzcan no termina la enfermedad.

La destrucción de todos los pelos de la cabeza, ó de la cabeza y del cuerpo en las tiñas démicas, es, en efecto, origen de la terminación que Bazin llama curación espontánea de estas afecciones, dependiente de lo que podría llamarse muerte por inanición ó falta de nutrición de los parásitos; pero aún esto mismo es una causa que rechaza la idea de *espontaneidad*.

Este modo de terminación dá lugar á *reliquias permanentes* que sirven de caracteres importantes para el diagnóstico de la enfermedad que pasó; y como las calvas ó alopecias que las diversas tiñas determinan tienen además diferencias según su especie, nos es posible decir, aún después de mucho tiempo, cuál ha sido el vegetal parásito que las ha producido.

Sólo el microscopio de la pelada es el que determina ó puede determinar la destrucción completa de todos los pelos de la cabeza y del cuerpo, y por lo tanto, sólo en esta enfermedad es en donde pueden aceptarse las ideas de la curación espontánea.

En las demás dermatosis fito-parasitarias, casi siempre hallaremos agentes curativos, más ó menos enérgicos, que consciente ó inconscientemente han sido empleados por los enfermos, siendo causa de la curación, y por eso las calvas ó alopecias son parciales y están separadas unas de otras por mechones de pelos.

La terminación por la muerte tampoco existe en realidad, porque, prescindiendo de aquel feliz ó desgraciado dicho, de que *lo que termina es el enfermo*, en los parasitismos cutáneos y aún en los mucosos, al contrario de lo que pasa en los demás procesos patológicos, no se detiene con la muerte, sino mucho tiempo después, el desarrollo de los parásitos y de sus lesiones físicas cutáneas, codiendo solamente los fenómenos simpáticos y las erupciones artificiales que son consecuencia de la vida; pero aún cuando considerásemos á la muerte como terminación, tendríamos que convenir en la necesidad de un gran descuido y, como consecuencia, de grandes complicaciones, para que llegue á sobrevenir en los parasitismos cutáneos; al revés de lo que sucede en los parasitismos de las membranas mucosas, que tendrían por esta circunstancia motivos de excepción y caracteres diferenciales de importancia notoria.

La única terminación verdadera de las *dermatosis parasitarias* es la *curación obtenida por el tratamiento racional* de las mismas, y éste, como vereis, es eficaz hasta el punto de poder asegurar el triunfo de la ciencia en la mayoría de los casos, á pesar de la tenacidad y rebeldía de esta clase de padecimientos.

Bastará que resumais, señores, los caracteres positivos de las dermatosis parasitarias, los que hemos apuntado de su curso, duración, terminaciones y reliquias, y los negativos, que son positivos de otras dermatosis, para que establezcáis

desde luego el diagnóstico *directo*, sin necesidad (puesto que hay varios signos patognómicos), de apelar al método inductivo ó laconiano.

Si llegais á ver el parásito á simple vista; si además le clasificais con la ayuda del microscopio; si apreciáis su existencia en los diversos puntos en que se encuentra la afección cutánea, y si otras personas comprueban lo que vosotros veis, apreciáis y clasificais, nada más hará falta para diagnosticar, no sólo la afección parasitaria en general, sino la especie ó el género de que se trata.

Las complicaciones y las perturbaciones ó modificaciones que en la enfermedad han podido ocasionar los tratamientos anteriores, ocultan á veces este signo patognómico, haciendo muy difícil el encontrarle; pero apelando entónces al conjunto de los demás caracteres, y en caso necesario á los propios de las especies, llegareis á conseguir el objeto deseado. ¿Cuánto no puede decirse, por ejemplo, el saber que el origen de la enfermedad ha sido el contagio, tratándose de una enfermedad *crónica, infebril*, que es *poco ó nada exudativa*, que dá lugar á *erupciones artificiales* de forma elemental diversa, y que va acompañada de *prurito nocturno*? ¿Qué convencimiento no llegareis á adquirir, si por el reactivo clínico de la inoculación experimental dais lugar en otro individuo ó en otro animal á la misma enfermedad, y libre ésta en su origen de las complicaciones que oscurecen el diagnóstico en aquella, se presenta clara á vuestro recto juicio?

¿Qué importará que no veais el parásito, si veis sus lesiones físicas en el tegumento? ¿Qué importará que no encontréis el ácaro, si descubris sus madrigueras? Aunque el favus haya sido desprendido por una cataplasma, ó enucleado hábilmente por algun malintencionado que quiera engañaros, ¿quién puede sino él, dejar esa huella cóncava y circular en el cuerpo reticular de Malpighi, que tiene su orificio ó su pelo en el centro y un color rojo encendido, á pesar de no haber inflamación circunyacente (fosa del favus)?

El diagnóstico de estas dermatosis es hoy, si no fácil, sencillito y posible para los que tienen alguna práctica en los hospitales y han visto por sí y con ayuda del microscopio los parásitos cutáneos; pero trasladad por un momento vuestra inteligencia á los tiempos de Alibert y de Rielt y comprendéis el caos que en la Dermatología debía producir la ignorancia de la causa venidera de estas afecciones cutáneas, y sobre todo de su carácter contagioso.

La importancia del conocimiento de la causa todavía la podéis apreciar mejor leyendo en autores del siglo pasado y del primer tercio del presente el *pronóstico* de las afecciones cutáneas incluidas hoy en el grupo de las parasitarias, y comparando lo que ellos dicen con lo que hoy os diremos, aquella inmensa gravedad, aquella incurabilidad absoluta de algunas dermatosis, y aquella ineficacia de los remedios, con

la seguridad, brevedad y eficacia curativa del plan parasiticida recomendado por los modernos.

Al ver estos resultados no podemos menos de congratularnos, y sin despreciar ni humillar á la medicina antigua, saludar entusiasmados á la medicina contemporánea por el progreso que ha podido imprimir en este ramo de la ciencia.

El *pronóstico*, pues, de las dermatosis parasitarias es hoy leve en la mayoría de los casos, siempre que se las ataque convenientemente y en el origen del padecimiento.

Puede ser *grave* si la afección es antigua, se ha tratado mal y las complicaciones que la acompañan son tambien graves; *mortal*, si lo son las complicaciones, ó si el enfermo ha llegado al último período de marasmo; y *dudoso ó condicional*, si se teme por las circunstancias individuales del sujeto, que la erupción parasitaria sirva de *ocasion ó pretexto* á diátesis ocultas para manifestarse en la piel, transformando en *constitucionales* las dermatosis *locales* que determinan los parásitos.

De modo que la mayor ó menor gravedad depende del encadenamiento de los sucesos patológicos y no del parasitismo cutáneo, siempre leve cuando aislado, por la facilidad del triunfo de nuestra terapéutica.

En las dermatosis *pluto-parasitarias* de las mucosas, que, forzando la analogía de la idea, hemos llamado *tiñas epitelicas*, ó difterias, el pronóstico es siempre *grave*, y con mucha frecuencia *mortal*; primero, porque indican un estado general *prévio* de alteración humoral y de depauperación orgánica, y después por el sitio que ocupan, que en el muguet, por ejemplo, puede estorbar las funciones de todo el tubo intestinal y sus anejos, desde la boca y fosas nasales hasta el ano, y en la difteria las funciones más importantes del aparato respiratorio, que no admiten tregua ni dan tiempo ni posibilidad de acción á los remedios terapéuticos.

Fácil es adivinar las *indicaciones* que se presentarán en el tratamiento racional de las dermatosis parasitarias.

Figurará siempre como la primera y más principal, librar al enfermo, por todos los medios imaginables, del parásito ó parásitos que causan su enfermedad, ya matándolos, ya extrayéndolos y eliminándolos de los sitios en que se alojan.

En algunos pueblos de Galicia hay mujeres tan hábiles y prácticas en la operación, no siempre fácil de extraer los *sarcopiles*, que en un par de horas libran á un sarnoso de todos sus numerosos y microscópicos parásitos, aunque pasen de ciento; y en nuestras enfermerías hubo, hace algunos años, un mozo de servicio, gallego por supuesto, que nos curó varios enfermos de este modo.

En la tiña favosa discreta, reciente y limitada, ó en el favus del cuerpo, es fácil enuclea el vegetal y extraer el pelo que abarca, curando así, por eliminación de las causas, la enfermedad parasitaria.

Pero lo común es apelar á los remedios parasiticidas, ayu-



dados de medidas eliminatorias, como la epilación en las tiñas, los baños en la sarna, el vómito en las difterias, etc., etc.

Estos remedios varían algo según la especie morbosa, si bien todos son sustancias venenosas que destruyen químicamente al parásito, ó grasas, esencias y gases que roban ó impiden el paso del oxígeno que aquél necesita para su respiración ó nutrición. Las pomadas sulfurosas ó salfo-alcálicas, las de sublimado, al uno por 100 de concentración, las de sulfato de cobre y turbita mineral, etc.; la miera, la cressota, el petróleo, la naftalina, el ácido fénico, el cloroformo, puros ó asociados á la glicerina ó al aceite; los yoduros, los arseniatos, los picratos, los sulfuros, los bromuros y cromatos solubles, mezclados en corta proporción con la manteca, ó en disoluciones acuosas débiles; sirven para llenar la indicación parasitocida usándolos de la manera que diremos en otra ocasión.

No olvidéis, sin embargo, que es condición indispensable que el veneno se ponga en contacto con el parásito, y por tanto que es necesario atacar á éste en todos los sitios en que se oculta, haciendo llegar el remedio al fondo de los folículos pilosos, previa la avelación de los pelos, ó debajo del epidermis ó del epitelium, si tras ellos se esconde y desarrolla.

No olvidéis tampoco que la actividad del remedio debe ser la suficiente para destruir la causa del mal sin perjudicar al enfermo; y que en los parasitismos cutáneos vegetales es además necesaria mucha constancia y largo tiempo de tratamiento.

Recordad además, por lo útil que puede ser en ciertos casos especiales, que existen gases deletéreos como el ácido sulfuroso, el carbónico, el hiponítrico, etc., que matan instantáneamente muchos parásitos, lo mismo que los vapores mercuriales (de cinabrio), arsenicales (hidrógeno arsenical) ó antimoniales, y que hay otros cuerpos volátiles, no deletéreos para el hombre, pero sí para los seres inferiores (ácido fénico y fenatos) que podeis usar ventajosamente, haciéndolos llegar á las vías aéreas, en los parasitismos laríngicos.

Otra indicación, que puede llamarse complementaria de la anterior, y que es en ocasiones más importante por lo que afectar puede á la sociedad, es evitar el contagio de las dermatosis parasitarias.

Cuando la sarna, las tiñas, las difterias, etc., se presenten en colegios, cuarteles, hospicios y demás viviendas colectivas, es más urgente esta indicación que el curar á los individuos que las padecen.

El aislamiento de los enfermos y el sujetarlos al tratamiento conveniente, separa en verdad los focos principales de propa-

gación del mal; y los encargados ó directores de semejantes establecimientos deben apresurarse á tomar medidas de precaución tan necesarias; pero á veces no bastan, y es preciso fumigar las ropas, las camas y las habitaciones con alguno de los gases anteriormente indicados y proceder después á una limpieza minuciosa de todos los objetos que pueden conservar el germen de la enfermedad.

Nada hareis con tratar á un sarnoso, si dejais sin fumigar las ropas de su uso; ni con poner en cura á un tífoso, si abandonais su gorra, para que él, ú otro poco afortunado mortal, se la ponga.

Con matar los parásitos y evitar el contagio está hecho lo principal y lo más urgente, pero restan dos indicaciones muy importantes que llenar. 1.ª Combatir las complicaciones y las erupciones artificiales que existan. 2.ª Mejorar el estado general del enfermo para evitar el que se trasformen las erupciones artificiales en dermatosis constitucionales, ó si ya existen éstas, oponerse al desarrollo de la diátesis que las produce.

Las erupciones artificiales y las complicaciones más frecuentes del parasitismo cutáneo son inflamatorias, y por lo tanto, los medios de tratamiento que deben emplearse son los incluidos en la medicación antiflogística. Los emolientes al principio, los astringentes después, y si no bastan ambos y hay tendencia en las erupciones á la cronicidad, los balsámicos excitantes y los derivados al tubo intestinal hacen desaparecer pronto las dermatosis que son efecto inmediato del parasitismo.

Por eso veis en nuestras enfermerías, cubrir á los sarnosos con polvos de almidón ó de arroz, después de las fricciones sulfurosas que matan los ácaros, y si (después de algunos baños también amiláceos) no declinan rápidamente las erupciones artificiales, les prescribimos el glicerolado de óxido de zinc ó la pomada de brea, que las secan con prontitud.

Lléñase la indicación de mejorar el estado general depauperado del enfermo, con el uso de los tónicos neurosténicos y ferruginosos, con la buena alimentación, el vino, el aire puro, etc., y si la escrófula y el herpetismo, existentes de un modo más ó ménos latente ó larvado en el individuo, tratan de influir en el curso de la erupción, haciéndola primero crónica para después trasformarla en afección cutánea constitucional, entónces se llena la nueva indicación que se presenta, con el uso interno del aceite de bacalao ó del yoduro ferroso en el primer caso, y con el de los preparados arsenicales en el segundo, sin abandonar ninguno de los tópicos que venian prescritos de antemano.



## LECCION SEGUNDA.

Dermatitis zoo-parasitarias.—De la sarna.—Definiciones.—Antigüedad de las afecciones parasitarias, y por consiguiente de la sarna.—Opiniones diversas acerca de su naturaleza.—Historia del descubrimiento del ácaro.—Descripción del ácaro scabiei ó sarcoptes hominis.—Sus diferencias según el sexo.—Sus diferencias con los demás acarinos.—Opinión rara de Hebra.—Organización interior del sarcoptes.—Órganos de nutrición, de relación y de generación.—Costumbres del sarcoptes.—Sus larvas y su huevo.—Desarrollo del sarcoptes.—Su eclosión.—Sus huevos, sus larvas y las diferentes mudas que sufren.—Sueros de las larvas.—Modo de extracción del ácaro scabiei ó sarcoptes hominis (hembra), y de la extracción de los sueros íntegros.—Método para recoger gran cantidad de machos.—Modo de propagación del sarcoptes en el mismo individuo; modo de transmitirlo á otro ó á los animales, y vice versa.—Sitios de preferencia que ocupan los sarcoptes en el cuerpo humano.—¿Puede el sarcoptes ser creado por generación espontánea? (transmisión de huevos).—¿Qué concusos pueden ayudar al sarcoptes á la producción de la sarna y de sus diversas formas ó especies admitidas?—Conclusión de la lección.

### SEÑORES:

Entre las dermatosis zooparasitarias, la única que habeis visto en las enfermerías, es la *sarna*. Las demás son tan raras en nuestros climas, que no conocemos en España quien las haya visto, si se exceptúan los médicos que han pasado algun tiempo en las Antillas, en donde es muy comun la pulga penetrante y algunos otros parásitos, de que no hablan ciertamente todos los autores.

Como es regla general en los estudios verdaderamente clínicos, el ocuparse exclusivamente de aquello que á la vista se tiene, se ha tenido, ó espera tenerse en breve plazo, y como por otra parte no hemos pensado nunca hablaros de lo que no hemos tenido ocasion de conocer por la observacion y la experiencia propias, dedicaremos estas conferencias á la sarna, enfermedad que además de su importancia y de su frecuencia, reúne como mérito para que la estudiéis con atencion, el ser el tipo de las enfermedades parasitarias, y el tener una historia tan llena de contradicciones hasta el momento en que se ha fijado su naturaleza, que bien puede servir de ejemplo para demostrar lo que cuesta en la ciencia el llegar á adquirir una sola verdad.

Es la sarna, señores, una enfermedad parasitaria, y por lo tanto, contagiosa, producida por un arácnido ó acarino (clase nueva creada por los alemanes), llamado *Sarcoptes hominis*, y caracterizada por la existencia de los surcos subepidérmicos

que alojan la hembra del animal y sus huevecillos; por la picazon nocturna y por una erupcion discreta y diseminada en su principio, formada por pápulas pequeñas ó vesículas aisladas, que avanzando la enfermedad se mezclan con pústulas, ampollas, diviesos y todas las formas conocidas de la inflamacion aguda del dérmis.

Devergie, que como luego veremos, considera á la sarna de un modo especial, la define diciendo, que es una erupcion acompañada de un producto particular, el ácaro, agente el mismo otras veces de infeccion, y sin la destruccion del cual, es imposible curar la enfermedad.

Hay opiniones diversas acerca de la antigüedad de este padecimiento, pues mientras Bielt y Rayer le consideran de origen moderno, creyendo que sólo existe desde el siglo xv, los demás autores importantes de nuestros dias, como Bourguignon, Lanquetin, Hebra y los profesores actuales del Hospital de San Luis, le consideran tan antiguo como el mundo.

Hebra pretende que el contagio de la lepra, que hoy no se admite por los modernos, puede explicarse porque se confundia con aquel nombre genérico á la *lepra*, á la *sifilis*, y á la *sarna*, y cita en apoyo de su opinion varios pasajes de la Biblia. Lanquetin dice, que no hay motivo justificado para presumir que el ácaro ó el sarcoptes, sólo exista desde el siglo xv, ó desde la época de Avenczoor (siglo xii), á quien se

SEGUNDA PARTE.

atribuye su descubrimiento, y claro es que lo mismo debe decirse de la sarna, que hoy es un hecho probado que depende de los trabajos subepidérmicos de este animal.

Para nosotros es indudable que todas las afecciones parasitarias, conocidas hoy como tales, existieron en los primitivos tiempos de la Historia, que la *sarna* y las diversas *tiñas*, así como las afecciones *tenéreas* y *blenorragicas* se confundieron con la lepra, ó se mezclaron con ella haciéndola aparecer como contagiosa á los ojos poco ilustrados de los antiguos, que no podían estar tan adelantados como los modernos en las minuciosidades y detalles diagnósticos de las dermatosis; pero estamos también convencidos de que la sífilis es moderna en Asia y en Europa, y no podemos, por lo tanto, hacerla cómplice del contagio de la lepra en el pueblo hebreo, como parece indicar el profesor de Viena.

Podéis ver en los Libros Sagrados, á los que hay que apelar para la historia de aquellos tiempos, pasajes en donde se habla de alopecias ó caídas parciales del cabello, con decoloraciones ó manchas blancas de la piel, ó con costras repugnantes en la cabeza, que os recordarán las tiñas; encontrareis párrafos que os indicarán la existencia de la sarna, enfermedad que abandonada á sí propia, llegaría á tomar en aquellos tiempos proporciones hoy desconocidas, determinando erupciones costrosas generalizadas y amontonadas por toda la superficie del cuerpo, picazones y sufrimientos horribles; hallareis otros muchos que os demostrarán la existencia frecuente de úlceras venéreas y de supuraciones ó flujos de los órganos genitales; pero la historia de la sífilis, como enfermedad general ó constitucional falta, y no la encontrareis hasta que os la pinte Villalobos.

A pesar de las razones que existen para mirar á la sarna como enfermedad antigua, la verdad es que su nombre no se encuentra, ni su descripción aislada aparece tampoco en los libros de la antigüedad.

La voz *Scabies* de la *Biblia*, es un nombre colectivo, en el cual entran todas las dermatosis que pican, que Aristóteles y Galeno consideraban como contagiosas; que Pablo de Egipto confunde con el psoriasis, y Celso con el líquen agrius, que no lo son, y que los escritores y poetas, como Horacio y Ovidio, Cicerón y Juvenal, han usado figuradamente para expresar el *prurito*, el deseo vehemente ó el empeño de hacer alguna cosa.

La *scabies* de los antiguos es considerada como una alteración de la pituita, como un vicio humoral ó de la sangre, capaz de dar manifestaciones en la piel, análogo al *psora* de Hahnemann y de los homeópatas y á las diátesis de nuestros patólogos, y es digno de notarse, que áun después de 600 años del descubrimiento del ácarus, hay muchos que creen, como los antiguos, en una causa general, ya independiente del parásito, ya causante de su producción y desarrollo, como con algunas variantes opinan Cazenave y Devergie, entre los dermatólogos contemporáneos.

Digamos algo, sin embargo, ántes de decidimos por una determinada opinión sobre la naturaleza de la sarna, acerca del descubrimiento del ácarus y de las peripecias que han surgido en su estudio y en la consideración de sus efectos.

La mayor parte de los dermatólogos convienen en que Avenzoar, médico árabe español, fué el primero que en 1179 dió noticias del animalillo que se encuentra en los sarnosos. Los médicos árabes de su tiempo ya nos dan de la sarna algunos detalles que no se encuentran en las obras antiguas. Rhazes cree al *scabies* contagioso. Avicena indica el sitio más frecuente del mal, que es la mano, y Ilaly Abbas, que también lo indica, se ocupa del prurito que le acompaña; pero sólo Avenzoar es el primero que habla del *Soab*, pequeño insecto que apenas si puede verse, y que se oculta debajo del epitelio; por lo que es preciso romperle para que aquel salga. Hebra, sin hacer caso de este último carácter, cree que Avenzoar pudo confundir el ácarus con los pedículos, y atribuye su descubrimiento á Santa Hildegarda, abadesa del convento de Ruperts-Berg, cerca de Bingen, que en el siglo *xii* escribió una obra de *Phisika*, en cuyo primer libro *De plantis*, hay dos párrafos que tratan de los *Suren*, vermicillos que nacen en las carnes del hombre, y que segun Hebra, deben ser, por la analogía de su nombre, los *aradores* ó *Syronex* de los siglos *xiv* al *xvii*, y áun del siglo en que vivimos, pues todavía los conocen por esta denominación en los pueblos pequeños de la costa cantábrica.

Sea cual fuere el descubridor, ello es que ni Santa Hildegarda ni Avenzoar hacen representar al ácarus el papel de causa ó agente morboso, y le miran como un objeto de Historia natural, propio para satisfacer la curiosidad de un coleccionista, pero no para satisfacer la aspiración natural de todo médico ó de todo filósofo que había necesariamente de preguntar el por qué, el cómo, el cuándo y con qué fin se encuentra el animal donde se encuentra.

Guy de Chauliac, en el siglo *xiv*, describe los *Syronex*, y sin tenerlos por causa de la enfermedad *Scabies*, coloca á ésta entre las contagiosas. Algunos botánicos alemanes del siglo *xv* recomiendan el frotarse las manos con el jugo del Jusquiámo para matar los *Syronex*. En el siglo *xvi*, Laurencio, Vilius, Falopio, Scaligero, Benedictus, Juan de Vigo y Ambrosio Pareo, hablan de los *Syronex* ó *Cyronex*, llegando este último autor á describir los surcos y á recomendar, como el mejor remedio para matar los animalillos que contienen, la staphisagria, cocida en vinagre salada y usada en lavatorios á los sitios del mal.

En el siglo *xvii*, Muffet, naturalista inglés, explica el sitio del surco donde se encuentra el ácarus, y de donde se le puede extraer por medio de una aguja, advirtiendo que no se encuentra en las vesículas, como creía años ántes el célebre Aldrovandus, sino cerca de ellas; pero tanto estos escritores como Campanella, Riolo, Cesalpino, Felix Plater, Arnaldo de



Villanoba, Jernello, Hafeneffer, Seunert, Schenck, Mercunial y otros que florecieron en la primera mitad del siglo xvi, á pesar de que conocieron el parásito, explicaban la sarna y su contagio por una acrimonia de la sangre. Sólo en una obra de autor desconocido, citada por Hebra, publicada en aquella época y titulada *Vocabulario dell' Accademia della crassa*, se reconoce al ácarus ó pellicello como causa de la enfermedad.

Con el segundo tercio del siglo xvi coincide el descubrimiento del microscopio y la manía de considerar á todas las enfermedades como parasitarias ó producidas por insectos y seres invisibles.

Hauptmann, Kircher, Ettmuller y todos sus contemporáneos, no sólo conocieron el ácarus, sino que publicaron láminas, más ó menos exactas, que le representaban; pero á pesar de ser partidarios del parasitismo morbigeno, no creyeron á este parásito dependiente ni causante de la sarna, con cuya enfermedad no le relacionaron, sino con la supuración ó exudaciones cutáneas, á cuya putrefacción le atribuyeron.

Cestoni, farmacéutico de Liorna, fué el primero que en 1687 expuso la opinion de que el ácarus era la causa determinante de la sarna; que consideraba, por lo tanto, como enfermedad local, y que debía curarse con aplicaciones externas que matasen al insecto, como la pomada de precipitado rojo, de vitriolo, de azafre, etc.; pero habiendo pintado al animal con sólo seis patas teniendo ocho, hay quien cree que no le vió y habla por referencia, ó bien que le confundió con las larvas ó con el ácarus del queso.

En la primera mitad del siglo xviii, se olvida, ó se rechaza por lo ménos, la idea de Cestoni, siendo estudiado el parásito como una coincidencia ó complicacion y como un objeto curioso de Historia natural, á la par que los demás ácarus. Baste decir, en prueba de ello, que el gran naturalista Linneo confunde todas las especies del género ácarus, que ya se diferenciaban en su tiempo por algunos.

En la segunda mitad las cosas cambian. — Los naturalistas empiezan á distinguir el ácarus del queso, de la harina, etcétera, del de la sarna, y los médicos notables, como Ricardo Mead, Morgagni, nuestro Casal, Arujo y otros españoles é italianos, pero especialmente Wichmann, en una obra publicada en Hannover en 1786, vuelven á las ideas de Cestoni y perfeccionan en lo posible el estudio del sarcoptes, el de la sarna y el de los medios de curarla, ya extrayendo aquél con agujas, como era muy comun en Astúrias, ya matándole con unturas venenosas.

El siglo xix, que es el siglo de los grandes adelantos en todas las ciencias, empezó, sin embargo, por el grande error de Hahnemann, el cual hacia jugar á la sarna ó pesa un papel importantísimo en la produccion de enfermedades muy graves; pero como al mismo tiempo florecian los fundadores de la dermatología, Alibert, Willan y Biett, que deseaban adelantar en el estudio de su especialidad y pugnaban por

encontrar el animalillo que otros habian visto, á pesar del desprecio á que le relegara el ilustre Lorry, no tardó en aparecer quien por el momento les animara en su empresa, enseñándoles al microscopio el ácarus que dijo haber extraído de las vesículas de un sarnoso. Por desgracia, el descubrimiento de Gales, farmacéutico del Hospital de San Luis, fué una impostura que Raspail demostró con su habilidad especial, enseñando el ácarus del queso, enteramente igual al presentado por Gales y dibujado por Meunier; pero el estímulo que se había provocado en todos los alumnos para buscar el parásito no fué estéril, y Renucci, discípulo de Alibert, llegó á extraer varios delante de sus condiscipulos y de su maestro, enseñando, entre él y Albino Gras, su compañero, el modo de extraerlos y el sitio en que se encontraban, que no es la vesícula como pretendía Gales, sino la extremidad del surco que fraguan debajo del epidérmis.

Desde este momento, la historia del ácarus y de la sarna van unidas, y los grandes adelantos que se han hecho en su conocimiento, se deben despues de Renucci, Raspail y Gras que han publicado obras notables, á Bourguignon, Delafon, Aube, Lanquetin y Hebra, y á Bazin y Hardy en las cuestiones importantísimas de la terapéutica de la enfermedad.

La anatomía y las costumbres del animal, la descripción de su diverso aspecto y conformacion orgánica segun el sexo y el grado de su desarrollo, sus diversas metamorfosis desde que es simple huevecillo hasta que llega á larva, primero imperfecta, despues perfecta, y se desarrolla, en fin, el sarcoptes; su modo de generacion, la duracion de su vida, sus efectos mecánicos en el epidérmis, sus efectos simpáticos en la piel del hombre, la explicacion natural y filosófica de todos los síntomas de la sarna, se deben á estos sabios profesores, que sin olvidar el darnos á conocer las diferencias y analogías entre el sarcoptes del hombre y el de otros animales ó sustancias, nos han enseñado la fisiología patológica de la enfermedad y el modo racional y rápido de combatirla.

Explicaros lo que cada uno ha dicho de nuevo, sería adelantar la descripción de la enfermedad, y barto tendré que repetirlos sus nombres y que citaros sus ideas en el curso de esta conferencia.

Estudiemos, señores, ántes de pasar á la enfermedad, la causa especial que la produce y determina, pues ya despues de los trabajos enunciados, no ha de cabernos duda de que se trata de una afeccion local, debida exclusivamente al parásito y sin intervencion de causas internas generales, que si pueden auxiliar su desarrollo, jamás podrán producirla ni engendrarla.

El ácarus scabiei ó sarcoptes hominis ha sido clasificado hasta hoy por todos los naturalistas entre los arácnidos *traqueales* á pesar de no tener tráqueas, error de clasificacion que no debía perdonárselos, pues lo natural hubiera sido que formasen una subclase diferente para estos seres que no tie-



nen tráqueas ni pulmones y que no cabían, por consiguiente, en las ya establecidas.

Así ha hecho Fürstenberg, á quien sigue Hebra y seguiremos nosotros, creando al lado de la clase de los *arénidos*, la de los *acarinos*, que se divide en dos órdenes, *acarinos verdaderos* y *Ricinos* ó *Ticax*. Los *acarinos verdaderos* tienen varias familias. La 5.ª ó *Sarcoptídes* tiene varias secciones, y la 4.ª seccion varios géneros, el primero de los cuales es el *sarcoptes* que nos ocupa.

Moquin-Tandon le ha llamado *arénido* traqueal degradado, y Dugès y otros naturalistas le diferencian del género *ácarus*, porque el *sarcoptes* no tiene ojos, su cuerpo no está dividido en dos por un surco transversal, tiene las patas en dos grupos, y su aparato bucal es más complicado que el de los *ácarus*.

Si echáis una mirada á través del microscopio sobre un porta-objetos que contenga un *sarcoptes* entero, vivo y recién extraído, vereis un objeto que anila, blanco-rosado, brillante, transparente, del tamaño de un tercio de milímetro y de forma redondeada y parecida á la de una tortuga, con varios pelos ó aguijones en su cara superior y en sus bordes, con ocho patas en su cara inferior, cuatro anteriores, dos á cada lado, terminadas en ventosas ó *ambulacros*, y cuatro posteriores, terminadas todas en pelos rígidos, si el individuo es hembra, ó dos en ventosas y dos en pelos si es macho.

Su cara superior es convexa, y la inferior plana, contiene las patas y los órganos genitales en ambos sexos. Su pico ó rostro es estrecho y poco saliente, y su cabeza, aunque al parecer separada, está confundida con el coselete y forma un céfalo-tórax con cuatro depresiones á cada lado de sus bordes, que limitan otros tantos segmentos del cuerpo del animal. En el abdómen hay tambien una depresion en el centro de cada borde lateral, y en la parte posterior otra que corresponde al ano.

En la superficie del parásito vereis además estrías, aguijones ó apéndices córneos canaliculados, tubérculos cutáneos sólidos, pelos y largas pestañas, cuya colocacion es constante en determinados sitios, y por transparencia notareéis, en el centro y hacia la insercion de las patas, ciertos cuerpos sólidos y largos, que son piezas esquelóticas que sirven como de insercion y sostén á los demás órganos, y que se llaman apodemas y epimerios, segun el sitio que ocupan; notareéis igualmente algunos tubos huecos que son órganos profundos, y en fin, muchos puntos que parecen orificios abiertos en la piel.

Después de este examen general del *sarcoptes*, debéis pasar á estudios de detalles completamente necesarios para conocer su organizacion y para poder diferenciar el macho de la hembra, la larva del animal perfecto, y en fin, el *sarcoptes hominis* del *ácarus* del caballo, del ganado lanar, del queso, de la harina, etc., no exponiéndolos á creer, como

Alibert, los errores de Gales, tomando otro animal por el que sirve de signo patognomónico y causa eficiente de la sarna en el hombre, ni siendo por vuestra ignorancia ó poca práctica juguetes de otras supercherías por el estilo.

Procuraremos, en pocas frases, ponerlos al corriente de estos principales detalles.

1.ª *Diferencias entre el sarcoptes macho y hembra*.—El tamaño del macho es una tercera parte menor que el de la hembra. De sus ocho patas, tienen ventosa ó *ambulacro* en su terminacion los dos pares anteriores y el último posterior, y cerdas el primero posterior, mientras que en la hembra los dos pares posteriores terminan en una larga pestaña.

La cara superior de ambos se distingue, porque en la hembra son muchos los tubérculos cónicos cutáneos que hay en la region abdominal entre los siete pares de aguijones; y en el macho son pocos, aunque los aguijones ó apéndices córneos canaliculados son los mismos.

En cada borde lateral del cuerpo de la hembra hay comunmente dos largos pelos, y uno solo en el macho.

Finalmente, lo que más les diferencia es la conformacion de los órganos genitales, colocados en ambos sexos en la cara ventral ó inferior, y los apodemas de las patas posteriores.—En la hembra, la vulva es una hendidura transversal colocada en el último anillo ó tercio del céfalo-tórax, en cuyo labio superior hay dos largas pestañas, mientras que en el macho, el aparato sexual está colocado mucho más abajo, en el abdómen, y los apodemas ó piezas esquelóticas que sirven de insercion á las patas posteriores, se unen, formando en el centro otro apodema que se bifurca para alojar y defender por los lados los órganos genitales del *sarcoptes*.

2.ª *Diferencias entre el sarcoptes hominis y las demás especies de ácarus*.—Los *ácarus* del queso y de la harina, como anteriormente os hemos dicho, tienen ojos, y su cuerpo está como estrangulado en el centro, circunstancias ambas que no existen en el *sarcoptes*.

El *ácarus* del caballo tiene ocho patas, pero todas con ventosa ó *ambulacro*.

El *ácarus* del ganado lanar, del perro y de otros animales, tienen solamente seis patas, lo que les asemeja mucho á las larvas del *sarcoptes hominis*, pero su tamaño es mucho mayor que el de este animal, cuanto más que el de sus larvas.

A pesar de todas estas diferencias, que tan notables parecen cuando se habla de ellas, al quererlas apreciar en la práctica mediante el microscopio y en animales tan pequeños, se dá lugar á confusiones, y de aquí ha nacido una opinion que, aunque parezca rara, tiene algun fundamento, ya que no visos de probabilidad.

Para Hebra y para Gudden «las diversas especies de *ácarus* descritas por Gerlach con los nombres de *Sarcoptes equi*, *canis*, *S. suis*, *S. cati* y *S. cuniculi*, y por Fürstenberg

con los nombres de *Sarcoptes scabiei crustosus*, *S. vulpis*, *S. caprae*, *S. squamiferus* y *S. minor*, son idénticas, ó lo que es lo mismo, no forman especies diferentes de un solo género, sino variedades de un mismo animal, el cual, según su asiento ó según que se fije sobre animales diferentes, retarda su desarrollo ó cambia algo su forma, « del mismo modo que las plantas varían su desarrollo y aun su forma y condiciones variando el clima, la altura ó la zona terrestre en que crecen.

El modo violento con que se tiene que extraer forzosamente un animal tan pequeño y delicado, rompiéndole á veces partes importantes de su cuerpo y aun matándole; el diferente aspecto que una larva presenta según en la muda en que se halle antes de llegar á su perfección, y otros mil motivos que se comprenden sin esfuerzo, hacen digna de consideración la idea de Hebra y de Gudden, y deben los naturalistas fijarse mucho en los caracteres propios de cada una de las especies que tratan de formar, si quieren que les prestemos nuestro entero crédito.

3.ª Organización interior del *sarcoptes*, según Lanquétin.

a. ÓRGANOS DE NUTRICIÓN.—El rostro del parásito está formado de delante atrás: 1.ª, por dos *mandíbulas didáctilas*, cuyo dedo inferior es inmóvil y dá salida á dos pelos; 2.ª, por dos *maxilares* encorvados en forma de herradura; 3.ª, por el *mentón* colocado en la convexidad de ambos maxilares; 4.ª, por un *labio membranoso* que dá salida á dos pelos y que se continúa por detrás con los maxilares y por delante con los palpos; 5.ª, por una *lengüeta lanceolada* y movable, colocada en la cara superior de este labio y que se ve por transparencia á través del mismo; 6.ª, por los *palpos* más transparentes y amarillos que los maxilares, colocados á la parte exterior de éstos y con tres articulaciones; la primera voluminosa y sin pelos; la segunda regular y con dos pelos más largos que el rostro, y la tercera, muy pequeña, con uno solo; 7.ª, por el *camerostomo*, reborde membranoso que cubre la base del rostro, y que al prolongarse hacia adelante por los lados del mismo, le forma dos mejillas incolores ó transparentes, que no son labios ni falsos palpos como han creído algunos autores; y 8.ª, por la *boca*, hendidura central del rostro que separa todos estos órganos.

Si de estos órganos superficiales pasamos á la inspección de los profundos, para lo cual es preciso introducir al animal en una solución colorada durante algunos minutos, veremos que la boca se continúa con un *exófigo* largo y estrecho, el cual termina en un *estómago* colocado trasversalmente, que tiene la forma de un riñón irregular y que ha sido descubierto por Wiegner de Strasburgo, pues hasta él se creía que consistía dicha viscera en un parénquima celoso, llamado *Sarcoda* por Bourguignon.

El *intestino recto*, descrito por este autor, es un tubo colocado en la parte media y posterior del cuerpo, dilatado en

forma de cloaca en su extremidad terminal que comunica con el *ano*, pequeña hendidura vertical situada en el centro del borde posterior de la cara dorsal del cuerpo del *sarcoptes*.

Este animal carece de tráqueas, y seguramente respira por la piel, como creen Hebra y Moquin Tandon, á pesar de que Bourguignon dice le ha visto deglutir aire y conducirlo al *sarcoda*, órgano que según él, serviría á la vez para respirar el aire y digerir el alimento.

Tampoco tiene corazón, y como su sangre es incolora, no se han podido percibir, ni su circulación, ni los vasos dorsales, si es que los tiene.

b. ÓRGANOS DE RELAJIÓN.—El sistema nervioso del ácarus parece formado por un ganglio central colocado delante del *exófigo*, del que se ven salir filetes nerviosos divergentes: se han tomado por ojos dos abultamientos situados en la base de los pelos del rostro, pero en realidad el *sarcoptes* no tiene ojos.

Los órganos encargados del movimiento son las patas y las piezas esqueléticas ó *apodemas* y *epimerios*, sobre las que se apoyan y se mueven.

Las patas son ocho, ó sean cuatro pares, dispuestos en dos grupos, uno anterior y otro posterior. En ellas ha querido distinguir Bourguignon seis partes, que llamaremos *cadera* ó *anca*, *trocanter*, *trocantrin*, *muslo*, *pata* y *tarsio*. Lanquétin estudia en cada una dos partes, la *basilar* y la *filiforme*. La *basilar* es cónica y está formada por cuatro piezas sólidas, trasversales, rojizas y escamosas.

Al terminar, y en su confluencia ó unión con la parte filiforme, se observa la salida de un pelo grande y de dos más pequeños.

La parte filiforme, llamada por Raspail *ambulacro*, consiste, en las cuatro patas anteriores, en un tubo fino, recto, cilíndrico, pero ensanchado en su extremidad en forma de ampolla ó de ventosa.—En las cuatro patas posteriores de la hembra está reducida á una larga pestaña, lo mismo que en las dos primeras posteriores del macho, pues las otras dos tienen, como hemos dicho, un *ambulacro* pequeño y corto.—Observa Lanquétin, que la pestaña de las patas posteriores del macho es mucho más larga que la correspondiente de la hembra.

El esqueleto del *sarcoptes*, además de las cuatro piezas de cada pata y de las que forman el rostro, se compone, como hemos dicho, de los *epimerios* y de los *apodemas*.

Llámanse *epimerios* á unas piezas rojizas, escamosas y delgadas que rodean el origen de las patas y las sirven de inserción.—Se distinguen mejor, como los *apodemas*, por la cara ventral del parásito. Varían según el sexo, y puede su descripción separada utilizarse con ese objeto, por lo que describiremos, primero los de la hembra, y después los del macho.

Los *epimerios* que rodean el primer par anterior de patas

DETERMINA FIGURA.



en la hembra, se prolongan por uno y otro lado para abrazar el cuello del rostro del animal, se sudan luego en el centro, y dan juntos una prolongación inferior á modo de una Y.

Esta Y, que nos hace recordar el esternon y las clavículas de los vertebrados, se la llamado, tal vez por esta semejanza, *apodema external*; pero en la hembra, la parte central ó descendente es corta, no llega al abdómen, ni siquiera al tercio de la longitud del parásito.

Los *epimerios* que rodean el segundo par anterior, después de dar una prolongación hacia los del primer par, dan otra descendente que baja oblicuamente por los lados de la cara ventral á cierta distancia del *apodema longitudinal external*. Estas dos prolongaciones se han llamado *apodemas laterales* ó *oblicuas anteriores*.

Los cuatro *epimerios* que rodean en la hembra las cuatro patas posteriores ó abdominales, se prolongan hacia adentro y adelante, dando lugar á otros cuatro *apodemas* más cortos que los anteriores y *libres*, es decir, que no se unen entre sí, carácter opuesto á lo que se ve en el macho. Estos *apodemas* se llaman *laterales posteriores*, pero en la hembra sobra la palabra laterales porque no hay otro central.

Venimos las diferencias esqueléticas notables que en el macho se encuentran.—Los *epimerios* son iguales á los de la hembra, pero los *apodemas* son todos distintos.—El *external* y los laterales anteriores son mucho más largos, llegando hasta el centro de la cara ventral del parásito; y los *apodemas laterales posteriores* se unen entre sí por otros *transversales*, formando tres *arcadas*. Del punto medio de la arcada central parte otro *apodema central posterior*, que se bifurca para rodear, defender y dar inserción á los *órganos genitales masculinos*.—Os recomiendo que veáis luego las láminas de mi DERMATOLOGÍA GENERAL, para que apreciéis estas diferencias, ó si no las de la obra de Lanquetin que tencia á la mano, en las que están coloreadas todas las piezas del esqueleto del ácaro para mayor facilidad de su estudio.

c. *Órganos de reproducción*.—Están constituidos en el macho, y mirando de adelante á atrás, por un *orificio* pequeño y transversal colocado en el ángulo de bifurcación del *apodema central posterior*; por dos masas oscuras que se unen formando una arcada cuya concavidad es posterior, y que se han considerado por Worms y Bourguignon como dos *testículos verdaderos*; por un cuerpo cilíndrico y transparente, dilatado en su extremidad, que se cree sea el *pene*, y por otras dos masas oscuras que se unen formando otra arcada cuya concavidad es anterior, y se han llamado *próstatas* ó *testículos suplementarios*.

En la hembra sólo se conoce la *rutea*, hendidura transversal y en forma de arco de flechas, colocada, como hemos dicho, en la unión del tercio anterior con el medio de la cara ventral, pero se desconoce el ovario y no se sabe si el oviducto existirá y terminará en aquella ó en la cloaca anal.

#### 4.ª *Costumbres del sarcopites, sus surcos y su curva*.—

Las costumbres de un animal inferior pueden en realidad deducirse de su organización, y las del sarcopites, de acuerdo con estas deducciones naturales, están además confirmadas por la observación de muchos naturalistas.

Su carencia de ojos nos explica su sueño ó inactividad durante el día, y su trabajo y movimiento durante la noche, lo que, á pesar de la opinión contraria de Hebra, es para nosotros indudable después de las observaciones de Aubé, de algunas propias, y sobre todo, porque es perfectamente lógico que suceda con el sarcopites lo que con el topo y otros animales subterráneos que carecen de ojos.

¿Cómo, sino, podría explicarse la picazón nocturna que ocasiona y la ausencia de esta manifestación por el día?

La conformación de sus fuertes y poderosas mandíbulas indica que están destinadas, no á coger y masticar alimentos menudos, aislados y ya divididos, sino á separar trozos pequeños de carne, es decir, de tejidos vivos de otros animales, sobre los que se implanta. El sarcopites, pues, es un animal carnívoro, pero el tener cuatro pares de maxilares y el cruzamiento y gran separación que pueden tener sus mandíbulas, induce á creer que sirven para algo más que para comer, y así es en efecto: sus trabajos *infra-epidérmicos* y el alojamiento que la hembra se construye para su ovulación, se efectúan merced á sus mandíbulas y á sus palpos, y sin la ayuda de otros órganos, exceptuando los que fijan al animal á la superficie en que ha de trabajar.

Es necesario, sin embargo, para que el animal pueda con sus mandíbulas cortar el *epidérmis* del hombre ó de los animales, que coloque su pico ó la extremidad de aquellos órganos, formando un ángulo casi recto con la superficie que ha de incidir, y así lo hace la hembra, empujándose sobre los grandes y largos pelos en que terminan sus patas posteriores y fijándose en esta postura mediante las cuatro ventosas de sus patas anteriores.

La locomoción del sarcopites es lenta y pesada, y hemos tenido ocasión de verla repetidas veces. Como debe la mayor parte de sus movimientos de traslación exclusivamente á sus patas anteriores, dotadas de ambulacro, tiene que tener dos fijas, mientras avanzan las otras dos, dando una media rotación hacia fuera y adelante para implantar su ventosa y hacer posible el que las otras se suelten y repitan el movimiento, cosa que es indudablemente penosa, aunque en el microscopio parece fácil por salirse pronto el parásito de la esfera visual. Las patas posteriores, mientras tanto, hacen movimientos laterales, manejando sus pelos como remos que tropiezan y empujan al cuerpo hacia adelante si van bien dirigidos, ó le detienen y confunden la locomoción si van mal dirigidos ó tropiezan en donde no debieran. Hincando la punta de estos cuatro pelos en la piel, el animal puede empujar su abdómen, y si recula un poco entónces y suelta de pronto sus ventosas



anteriores, la elasticidad de aquellos lo envían á una distancia considerable. — Esto, que si supiésemos que era voluntario, lo llamaríamos *salto*, con Adams; lo hemos visto muchas veces y lo han presenciado numerosos discípulos y algunos compañeros.

Lanquetin, Hebra y casi todos los naturalistas niegan el *salto* del ácaro, porque sus patas posteriores son cortas é incapaces de flexion y extension rápidas, pero no han contado con la *gran resistencia y elasticidad de las pestañas de sus patas* posteriores, y el hecho que citamos creemos que podrán comprobarlo fácilmente.

Si este *salto* es ó no voluntario, lo ignoramos; si por no ser voluntario, sino casual y efecto del apresuramiento de un animal que se encuentra hostigado, no le queremos llamar *salto*, llamémosle de otro modo; pero el hecho, repetimos, es muy cierto, y con nosotros le han visto numerosas personas, no en una, sino en varias ocasiones.

Una de las condiciones que avivan más el movimiento, la actividad y hasta la vida del *sarcoptes*, es un cierto grado de temperatura. El frío entumece sus movimientos, y si continúa largo tiempo, el animal se encoje y paraliza del todo, pudiendo burgarle y molestarle sin que dé señales de vida durante varios días, en los que ni come ni se mueve; pero poniéndole al sol, ó arrojándole á un foco artificial de calor, revive pronto, y después de ensayar el movimiento parcial de cada una de sus patas, echá á andar más ágil que nunca. Si el frío es demasiado intenso y continuado, muere, lo mismo que si elevamos la temperatura á 50 ó 60 grados, lo que se debe probablemente á la coagulación de las sustancias albuminoides que le forman. Esta circunstancia se aprovecha para la limpieza de las ropas de los sarnosos, que se ponen en una estufa á dicha temperatura, para que muertos por ella los *sarcoptes* que contengan, no puedan propagar la enfermedad.

La poca resistencia á los cambios de temperatura que vemos en la organización del *sarcoptes*, y la necesidad que tiene la hembra durante la ovulación y desarrollo de las larvas de un calor regular y de un alimento inmediato, deben ser la causa de los trabajos subepidérmicos que tanto el macho como la hembra y sus hijuelos hacen individualmente para cubrirse con una capa tenue del epitelio del hombre y librarse así de la intemperie y demás agentes exteriores. — El macho levanta una hojaleta epidérmica muy pequeña, en cuyo hueco se cobija y de debajo de la cual sale cuando quiere, para recorrer los surcos de las hembras y pasearse por el contorno de las costras: su tamaño y sus ventosas posteriores le permiten salir de los surcos en que las hembras se encierran.

Las larvas, cuando ya están desarrolladas, se salen de la casa materna, lo que para ellas es posible por su pequeño volumen relativamente al del surco de la madre, recorren velozmente la piel en busca de un sitio apropiado, y cuando encuentran ó tropiezan con una pápula ó una eminencia,

empiezan á construirse su morada, que es un surco muy pequeño y corto, colocado en la falda de esa montaña protectora, y en el que se verifica el complemento de su evolución, ó su transformación en animal perfecto.

El *sarcoptes* hembra, es el único que fabrica un *surco* y una *cueva* perfectos, de las condiciones que diremos cuando nos ocupemos de la semeiología de la sarna. — El modo de construirle es tan sencillo como rápido: empujándose el animal sobre los pelos de sus patas posteriores, fijándose con las anteriores y colocando oblicuamente la punta de sus mandíbulas y los palpos y falsos palpos sobre la piel que va á perforar, corta el epitelio, haciendo una incisión irregular y llena de volutas, mete el rostro por debajo y sigue disecando y separando la capa córnea de la profunda ó reticular de Malpígio, hasta que ha cubierto ó ha metido dentro el céfalo-tórax; se encuentra entonces con que la abertura por donde cupo su rostro, no permite pasar el abdomen, y saca todo su cuerpo, no para marcharse á otro sitio, sino para aplicar á los bordes de aquella el filo cruzado de sus mandíbulas y agrandarla por uno y otro lado; vuelve á entrar en su surco ensanchado, continúa su trabajo de zapa y hace una galería más ó menos recta ó tortuosa, pero bastante larga para que quepa la serie de huecos que ha de poner; y oponiéndose sus pelos á todo movimiento retrógrado, se queda fija, contentándose con agrandar la extremidad del surco, como hacen los demás animales con sus cuevas, á las que se parece ó á las cuales puede compararse, por ser semejante dilatación su alojamiento. Como el *sarcoptes* metido en el sitio ensanchado del surco levanta el epitelio, y en lo restante queda hueco, forma una *eminencia* exterior muy pequeña y brillante, llamada *acariana* por Bazin.

Al hablar de *sarcoptes* de sexo diferente y al explicar la organización de los órganos genitales de ambos sexos, hemos implícitamente demostrado el género de propagación de la especie, ó mejor dicho, el modo de generación de estos parásitos, porque no se concibe que haya dos sexos, si la generación no ha de ser sexual; y así con efecto sucede: la generación del *sarcoptes* es sexual y ovípara, no conociéndose otra hasta el día. Para entrar en algunos detalles sobre ella estudiaremos brevemente

5.ª *El desarrollo del sarcoptes, su cópula, sus huevos, sus larvas y las mudas que estas sufren hasta convertirse en animales perfectos.* — En la época apropiada, dicen Lanquetin y Bourguignon, penetran los machos en los surcos y encuentran á las hembras; pero así como entre los *sarcoptes* del caballo, según Raspail, entre los del gato, según Bosc, y entre los del certero, según Waltz, se verifica la cópula uniéndose macho y hembra por el borde posterior de su cuerpo, entre los *sarcoptes* hominis, la cópula se efectúa uniéndose por su cara ventral; Hebra, que quiere ser el primero y el único que ha sorprendido al ácaro en semejante acto, publicó hace



bastantes años un trabajo y una lámina que lo representaba, en la cual parece que el macho tiene metido casi todo su cuerpo dentro del vientre de la hembra colocada encima. — Worms y Lanquetin han visto varias veces en esta disposición y dentro de los surcos, á dos sarcóptes de sexo diferente, y natural es que así suceda, estando como están colocados los órganos sexuales en la cara ventral de ambos. Es probable también, que estando los masculinos en el tercio inferior y los femeninos en el tercio superior del respectivo animal, al unirse las caras ventrales de ambos, se coloquen los rostros en opuesta dirección, sirviendo las dos ventosas posteriores del macho para fijarse cerca de la vulva de la hembra.

No se sabe si la hembra impregnada ya, es la que fabrica el surco, ó si le hace cuando virgen, para ser allí impregnada; tampoco se puede asegurar á ciencia cierta la idea de Bourguignon, de que sólo se verifica la cópula con las hembras vírgenes, lo cual denotaría que el animal muere en su surco después de terminado su destino reproduciendo la especie; se ignoran, en fin, muchas cosas acerca de las costumbres del sarcóptes, porque los datos que tenemos son contradictorios; pero lo que parece probado, es que la hembra pone á lo ménos un huevo cada día, y cuando más dos; que los va colocando en el surco, uno detrás de otro, formando filas, y siendo el eje ó diámetro mayor del huevo, paralelo al eje del surco; que en cada fila puede haber cuatro ó cinco y que las filas pueden ser tres ó cuatro; que caben por lo tanto, quince ó veinte huevos en cada surco; que á pesar de esto, Gerlach afirma que cada hembra puede llegar á poner cincuenta, en el mes que dura el período de su ovulación; y que el tiempo de incubación, ó sea lo que tarda el huevecillo en trasformarse en animal perfecto, varía entre tres días, según cree Gerlach; siete días, según opina Fürstenberg; diez días, según dice Lanquetin, y cuarenta y nueve días, según afirma Gudden.

No olvidéis para armonizar opiniones tan distintas al parecer, lo que puede influir la temperatura y demás agentes exteriores; el estado de salud ó enfermedad en el hombre, y tal vez en el parásito; el sosiego que á éste deje la poca ó mucha limpieza de aquél, etc., etc.

Los huevos que pone el sarcóptes son blancos y brillantes como perlas, á las que los ha comparado Moquin-Tandon, y su diámetro mayor es doble de largo que el trasversal, puesto que el primero tiene diez y ocho centésimas de milímetro y el segundo nueve. Para conocer bien su forma y condiciones, podeis consultar las láminas de Renucci y de Bourguignon, y para saber los detalles de su trasformación podeis leer lo que nos dice Hebra en su *tratado de enfermedades de la piel*.

« Los dos huevos más recientes, que se encuentran pegados á la extremidad posterior del sarcóptes, sólo presentan en su contenido algunas moléculas que oscurecen la general transparencia de aquél; los dos siguientes, ó sea el tercero y el cuarto, son ya más opacos y no está lleno todo su interior,

» de modo que aparece gradualmente una zona pelúcida, masas de células reunidas en la periferia y manchas dentadas que indican ya la posición de la cabeza y patas anteriores » del embrión; en el quinto y sexto huevo son visibles todas las diferentes partes del sarcóptes, y en los huevos siguientes se perciben los embriones completamente desarrollados » y con algunos movimientos. »

El embrión desarrollado dentro del huevo en los ocho ó diez días necesarios para ello, rompe la cáscara que le envuelve, sale de ella al exterior y recorre con rapidez el surco de la madre buscando la salida; ya fuera de él, levanta con su pico una pequeña hojuela del epidérmis y se aloja debajo de ella, quedándose la larva rígida, inmóvil y como muerta para sufrir su primera muda ó cambio de piel.

Las larvas, en el momento de su salida del huevo, son mucho menores que éste, pues tienen sólo seis centésimas de milímetro de longitud, carecen de apéndices córneos en el dorso, y del último par de patas posterior, de modo que no tienen más que seis de las ocho que vemos en el animal perfecto. — En su primera muda engordan; su piel, ó la superficie exterior de su cuerpo, se resquebraja y cae á pedruzcos, y al terminar aquella al cabo de algunos días, tienen ya ocho patas, y según Fürstenberg y Gudden cuatro pelos y doce sedas en el dorso; de la segunda muda, que es de más corta duración, salen con catorce sedas, número que conservan después de la tercera muda si son hembras, y que se reduce otra vez á doce en los machos. Estas últimas mudas las pasan en un pequeño surco que fraguan en la proximidad de una pápula ó de una vesícula, pero generalmente de una pápula, sitio en donde debemos buscarlas cuando queramos extraerlas para hacer su estudio anatómico.

6.ª *Extracción del sarcóptes. — Extirpación del surco. — Recolección de larvas, de huevos y del sarcóptes macho.* — No olvidéis, señores, al dedicaros á este género de investigaciones necesarias para el estudio de semejantes seres microscópicos y para hacer constar su presencia como signo característico de la sarna, el verdadero sitio que ocupan en la piel del hombre; no olvidéis que todos se colocan sobre la capa reticular ó cuerpo mucoso de Malpighi, es decir, que están algo profundos; que en el surco podeis recoger huevos, larvas y hembras completamente desarrolladas; que á los alrededores de las pápulas y en surcos diminutos, será en donde encontréis las larvas en sus últimas mudas; que en las costras ó cerca de ellas, pero debajo de una hojuela epidérmica se aloja el sarcóptes macho, y en fin, que la hembra no se encuentra en las vesículas, ni en el principio del surco, sino en el abultamiento terminal ó perforado del mismo; y con estos datos ya podeis presumir vuestro modo de obrar para recoger lo que deseéis, y por cualquiera de los procedimientos que vamos á indicaros.

Los instrumentos que generalmente se usan, son una aguja



delgada de coser, un cuchillo lanceado de catarata, ó unas tijeras finas de Louis. Digan lo que quieran ciertos autores, es preciso para semejante operacion tener buena vista y ayudarse á veces con un lente de relojero. Debe colocarse el sitio escogido para la extraccion del acáride á los rayos directos del sol y el cuerpo ó la cabeza del observador á la sombra. Cerca de éste se colocará tambien el microscopio con un lente objetivo de 50 á 100 diámetros, y al lado suyo un ayudante con varios cristales limpios, gruesos y delgados, y lo necesario, en fin, para hacer una preparacion microscópica provisional.

Un procedimiento grosero, pero á veces feliz, consiste en raspar con el cuchillito el epidérmis, de manera que levante por los sitios en que hay surcos ó pápulas toda su capa córnea y llegue á frotar el cuerpo mucoso en el que se alojan los parásitos. De esta manera, mezclados con trozos de epidérmis, se sacan á veces ácaros, larvas, huevecillos y otras sustancias, todo reunido. Se pone en el porta-objetos, y se ven los que se presentan, aislándolos con una aguja si hay demasiada confusion. En la sarna que se ha llamado de Noruega, descrita por Boeck perfectamente en dos enfermos leprosos, y en la cual el número de parásitos es tan grande que se encuentran á millares, formando, vivos ó muertos, gran parte de la sustancia de las costras que cubren el cuerpo de los enfermos, este procedimiento es el más apropiado y expedito, pero cuando hay pocos surcos y pocos sarcopites hay que valerse de otro.

Se busca el surco, y *huyendo de las vesículas inmediatas* para que no se rompan y le *aneguen*, se exploran sus extremos á fin de encontrar la eminencia acariana, por cuya base, y con cierta profundidad, se hace atravesar una aguja delgada: al levantarla, se rompe el epidérmis, y si pasó por debajo del sarcopite, le saca pegado á ella, brillante y movable; si nada saca la aguja, puede ser que haya atravesado la eminencia por encima del parásito, y hay que buscarle raspando con la punta en el fondo, ó mejor, valiéndose del ceratótomo por el procedimiento anterior.

Algunos introducen la aguja á lo largo de todo el surco, levantan completamente su bóveda y la de la cueva ó eminencia acariana, y después raspan con la punta de la misma aguja todo el fondo del surco y de la cueva, hasta que sale el animal ó los huevecillos pegados al instrumento.

Para buscar larvas ó ácaros machos, se incide el epidérmis de los alrededores de las pápulas ó de las vesículas y se raspa con el ceratótomo, ó bien si se ven en los bordes de aquellas ciertos puntitos elevados, se los atraviesa en su base con este instrumento ó con una aguja, y se mira al microscopio lo que salga adherido á ellos.

Hebra explica el siguiente procedimiento para extirpar un surco entero y observarle al microscopio con todo su contenido.

Lávase bien y con cuidado el sitio donde haya surcos con

agua de jabon, ó frótese con jabon primero y lávese después la parte con agua templada; fije luego el observador con la mano izquierda la piel en que descansa el surco y corte en seguida todo el epidérmis que le forma, por un golpe de la tijera de Louis. El sitio preferible para hacer esta operacion es el pene, por la flojedad de su piel y porque puede fijarse bien; pero en cualquier otro punto, añadimos nosotros, puede hacerse lo mismo, siempre que se forme un pliegue en cuyo lomo se encuentre el surco. Advierte Hebra y con razon, que conviene empezar la extirpacion del surco por el sitio ó extremo correspondiente á la cueva del animal, porque sino, la presion de las tijeras podría hacerle salir ó dejarle debajo, aplastándolo en el fondo.

Se coloca en seguida todo lo extirpado entre dos cristales, y comprimiendo suavemente el cubre-objetos, se ve con el microscopio el resultado obtenido, que unas veces es feliz y otras no.

De esta manera hay que proceder cuando se quiere estudiar todo lo que se encuentra en el surco, la disposicion de los huevos, su diverso grado de desarrollo, lo mismo que el de las larvas, etc.; pero no debemos echar en olvido el método de recoleccion de gran cantidad de ácaros machos y de larvas y huevecillos, que explica el profesor inglés, que ha editado en Londres la traduccion de la obra del profesor de Viena, y sobre el cual diremos algunas palabras por su relativa utilidad ó conveniencia.

Cuando la sarna se complica con eczema, ha observado este autor que hay en las costras numerosos ácaros; recojiendo las costras y haciéndolas hervir en agua con una solucion débil de sosa cáustica, se destruye el pus, el epidérmis y las demás sustancias, y quedan intactos los parásitos, que se verán al microscopio flotando en las gotas de agua que se coloquen en el porta-objetos. Este nuevo y sencillo método de recoleccion del sarcopite, de sus huevecillos y larvas, ha de facilitar mucho el diagnóstico de la sarna en los casos complicados que puedan dar lugar á dudas de importancia, y sirve desde luego para recoger, aunque muertos, gran cantidad de estos pequeños animales.

No terminaremos la conferencia de hoy sin que expongamos á vuestra consideracion algunas de las cuestiones etiológicas de la sarna, que más directamente se rozan con el estudio que hemos hecho del sarcopite hominis, y que, si algunas están resueltas, otras están por resolver y sin esperanzas de conseguirlo pronto.

La primera se refiere al contagio de esta enfermedad, ó lo que es igual, al modo de propagacion del parásito en el mismo individuo enfermo, su transporte á otro sano, su transporte de los animales al hombre y vice versa y resultados que se observan en este último caso.

La rapidéz con que se propaga la sarna desde el punto limitado en que aparece por vez primera en el hombre á toda

ARMANDO ZAPATA.



la superficie de su cuerpo, y la lentitud por el contrario de los movimientos del sarcopite, presentan tal carácter de oposición que ha dado en que pensar á los observadores, tratando de explicar ambas cosas de un modo satisfactorio.

La hembra, y sobre todo la hembra impregnada, que es la que puede propagar la especie y por consiguiente generalizar la enfermedad, sabemos que se encierra en el surco que fabrica en el primer sitio que toca, y particularmente entre los dedos de la mano, y no saliendo de él porque no puede, es difícil comprender su traslación á otros sitios de la piel. Cazenave, Hölzer, Lanquetin y la mayor parte de los dermatólogos, creen que el mismo enfermo, al rascarse, se lleva de unos puntos á otros los sarcopites que arranca con las uñas, y es muy probable que así suceda; pero no es de absoluta precisión que las uñas trasladen los sarcopites perfectos: basta con que las larvas ó los huevos sean llevados á otros puntos distantes, pues transcurrido el tiempo necesario para su evolución, se transformarán y cumplirán su cometido.

El contagio de la sarna, ó la traslación de los sarcopites desde un individuo enfermo á otro sano, se efectúa de varios modos.

El modo más seguro de contraerla es dormir con el sujeto que la padece, primero porque el contacto es más inmediato y generalizado, y además porque durante la noche salen las larvas ó las hembras jóvenes de sus surcos ó de los surcos de la madre para buscar el sitio en que han de hacer el suyo, si han sido ya impregnadas por el macho; y las camisas ó la ropa de la cama, en la que pueden caer, sirven también de conductores ó medios fáciles de transporte para dichas larvas ó los huevecillos.

Como la picazón de la sarna es más fuerte ó sólo existe de noche, y como el acto de rascarse es por lo tanto más frecuente en esta época que en las demás horas del día, las uñas, destruyendo surcos, favorecen la salida de los parásitos, ó los depositan directamente en las ropas ó en el cuerpo del que al lado duerme, y todo confluye al mismo objeto, favoreciendo el contagio de la enfermedad.

Comprende bien, después de lo dicho, que en las ropas de la cama ó en las que cubren el cuerpo del enfermo han de quedar casi siempre ácaros, larvas ó huevecillos capaces de reproducir el padecimiento, y si otro individuo se cubre con ellas, aunque no tenga contacto inmediato con su dueño, llegará á adquirir el mal sin saber á veces por donde le ha venido y aunque se hayan lavado los lienzos, operación que no siempre destruye ni separa de ellos todas las larvas ó huevecillos que se introducen en la trama de su tejido.

El contagio por el simple hecho de darse la mano es dudoso y poco probable, pero pudiera ocurrir si este acto, tan común en sociedad, se verificase inmediatamente después de roto uno ó más surcos.

La propagación de la sarna, una vez probado el hecho de

que es producida por el ácaro, se reduce por consiguiente á explicar la traslación de los sarcopites ó de sus gérmenes de un punto á otro del espacio y desde éste á la piel del hombre, y en las diferentes combinaciones y casos de difícil explicación que puede haber, si no se tratase de animales y de huevecillos imperceptibles á simple vista, todo nos parecería natural y sencillo. En la propagación de la sarna del hombre á los animales y vice versa, hay algunas otras ideas que tener en cuenta.

Hebra cree que el hombre puede contagiar la sarna á los animales transmitiéndoles los sarcopites, y vice versa, que los animales pueden transmitírsela al hombre por la propagación de sus especiales parásitos.

Traducida esta idea de otro modo, quiere decir, por ejemplo, que el *Sarcopites hominis* se convierte en el *Sarcopites equi*, en el *S. caprae* ó en el *Sarcopites dromedarii*, etc., al pasar del hombre al caballo, á la cabra ó al dromedario y alojarse y procrear en la piel de estos animales; y vice versa, que el sarcopite de estos animales determina, por su generación en la piel del hombre, el sarcopite especial que hemos descrito.

Esta transformación de las especies por el cambio de terreno es seguramente una hipótesis difícil de probar, atendidas las diferencias que separan entre sí á los ácaros ó sarcopites, y lo observado por los naturalistas y por los clínicos está en contradicción con semejante idea.

El sarcopite del perro colocado en la piel humana puede fabricar un surco, pero la erupción local que determina no se propaga y generaliza, sino que desaparece pronto y sin remedio alguno, lo cual prueba que los parásitos mueren, porque el terreno no es propio para su nutrición ó para su generación, y lo mismo pasará probablemente con los demás cambios de localidad que hiciésemos en las especies infinitas de ácaros que hoy se conocen.

Lo que sí puede ocurrir y dar lugar á confusiones, es que los animales que estén cuidados por hombres sarnosos, sirvan, como las ropas, de depósito del sarcopite hominis ó de sus gérmenes, y que otros individuos sanos que con ellos se rocen ó los acaricien se contagien de la sarna humana. La transformación de las especies parece hoy un hecho probado en ciertos vegetales criptogámicos, de organización muy elemental y poco complicada; pero es improbable, por no decir imposible, en animales de organización tan compleja y de funciones tan extensas, que no sólo varían por el sexo, sino por el grado de desarrollo en que los hallamos.

Otras de las cuestiones que surgen al ocuparse del sarcopite y de sus efectos en el cuerpo humano, se refieren á la explicación de ciertos hechos curiosos y raros que se observan con frecuencia en la sarna, y que unos atribuyen á causas diferentes que otros. ¿Por qué los parásitos, cualquiera que sea el sitio de su entrada en el cuerpo humano, prefieren

tanto los dedos, ó mejor dicho, los pliegues interdigitales?

¿Es la piel el único sitio posible de su residencia ó pueden tambien existir en las membranas mucosas?

La picazon que produce la sarna, ¿depende exclusivamente del trabajo mecánico del parásito, ó inocular éste alguna sustancia virulenta como ciertos aracidos?

¿Cómo puede explicarse sino la picazon general de todo el cuerpo, habiendo sólo surcos en los pliegues interdigitales?

Todas estas cuestiones son para nosotros fáciles de resolver. La circunstancia de que aunque empiece la sarna por los pies ó por cualquiera otro punto, se ve á poco en los dedos de la mano, depende de que el enfermo se rasca con ésta, y al romper los surcos, coloca entre sus uñas y en sus dedos algunos parásitos que allí se anidarán, fabricando su surco en el primer sitio que toquen ó en el primer obstáculo que encuentren (que son los pliegues interdigitales), y como el acto de rascarse se repite mucho, á los dedos confluirán mayor número de sarcóptidos que á otro cualquier punto del cuerpo.

La piel tiene una organizacion muy parecida á la de las membranas mucosas, pero á éstas no llega en general el aire atmosférico como á la piel, y en algunas existe tal movimiento funcional ó tales exudaciones, que el parásito no podría vivir tranquilo debajo de su epitelium. Se han encontrado surcos y hembras impregnadas en el principio de la uretra (Hebra), y nosotros los hemos visto en la mucosa balaño preputial; comprendemos su existencia en la de los genitales externos de la mujer; pero no es lo probable que el sarcóptido penetre en el estómago, ni en los bronquios, porque el movimiento de estas vísceras le impediría el fijarse, ó los jugos gástricos le matarían; y mucho ménos en las demás mucosas á donde no llega el aire, porque el parásito necesita respirar para vivir.

La picazon que determina el ácarus pudiera depender de que inoculara algun virus, pero no está probado que así sea. Los apéndices córneos canaliculados del dorso, pudieran ser verdaderos agujones, que al fijarse en el epidérmis mucoso excretaran algun líquido irritante, pero precisamente corresponden por su situacion más general á la bóveda del surco ó de la cueva y no se ve en su base glándula ni folículo que indique puedan ser conductos excretores como los agujones de otros insectos.

Las mordeduras del animal para alimentarse del tejido reticular de Malpighio y la excitacion que en el ápice de las papilas nerviosas debe producir con sus movimientos generales y con los parciales de sus patas, y sobre todo de sus pelos, puede explicarnos la picazon local, que despues se generaliza por las erupciones que se presentan, por la propagacion de los parásitos y por el mismo acto de rascarse.

El picor general que en los sujetos nerviosos se presenta aunque la sarna esté en su origen y los sarcóptidos sean pocos, es un fenómeno sinérgico, muy comun en biología, sin per-

juicio de que pudiera explicarse por los paseos de las larvas ó del sarcóptido macho por toda la superficie de la piel.

¿Pero siempre procede el ácarus de la sarna de la generacion sexual? ¿No es posible el contagio ó la presentacion del sarcóptido, sin que éste previamente exista en el individuo que lo comunica? ¿No puede inocularse la sarna por medio del pus de las vesículas ó de las píustulas? ¿No puede crearse el parásito por la fermentacion de estas exudaciones, sin padre ni madre, ó lo que es lo mismo, no se desarrollará por *generacion espontánea*, como se cree puede ocurrir con algunos infusorios? ¿Habrá en este caso, y en general en todos los de sarna, una predisposicion escabiosa individual que sea el origen de esa fermentacion capaz de engendrar los sarcóptidos del hombre ó de los animales?

Vayamos por partes, porque estas cuestiones son muy sencillas, y de tratarlas con método y claridad depende su satisfactoria solucion, fundada en los hechos y en el razonamiento.

En primer lugar, la inoculacion del pus ó de la exudacion de las vesículas de la sarna, no ha dado nunca resultado. Cuidese, siempre que se trate de repetir este experimento, de mirar al microscopio el líquido que se va á inocular para asegurarse de que en él no hay huevecillos, larvas ni sarcóptidos perfectos, y se verá como no es posible determinar la sarna por esta especie de inoculacion. — Si el sarcóptido fuese, no la causa sino el efecto del mal, la inoculacion de esas exudaciones debia producir la sarna, pues siendo esta enfermedad evidentemente contagiosa, y no siendo el parásito la causa del contagio, era forzoso que estuviere en ellas el principio contagiante.

Poniendo además dichas exudaciones, previamente limpias de parásitos, de larvas y de huevecillos, en condiciones apropiadas para la fermentacion, no resultan nunca sarcóptidos, sino infusorios de organizacion muy distinta. — De modo que por la experimentacion se demuestra lo más esencial de los referidos problemas, y para satisfacer las dudas que ofrezca la resolucion de los demás, recordad siempre, que no es forzoso para determinar la especie zoológica y por lo tanto la especie morbosa, trasladar los parásitos desarrollados sino sus huevecillos, y que éstos pueden estar en cualquier sitio, en las ropas, en los muebles y hasta en el aire cuando aquellas ó éstos se sacuden ó limpian.

Si falseando la interpretacion de las palabras, al decirnos que puede trasmitirse la sarna sin transmitir un sarcóptido, concluyémos de allí la necesidad de admitir la generacion espontánea, podríamos decirnos, que tambien vosotros fabricabais pollos en una estufa sin necesidad de gallina, con sólo disponer de huevos frescos que no esten hueros; y esto, señores, es lo que suceder puede con la *transmission de los huevecillos* de todos los sarcóptidos, en nada diferentes respecto á su evolucion, de los huevos de las aves y de los demás animales



cuya generacion es ovípara, y tratando de los que, nunca pensareis en la mal llamada generacion espontánea.

Esta generacion no se concibe de otro modo que por la trasformacion de la materia, y ésta sólo existe en el átomo, en los elementos orgánicos ó en los organismos elementales; pero jamás en los seres de organizacion tan complicada como el que nos ocupa.

Si todo lo dicho es cierto, como creemos haber demostrado, no se puede comprender la necesidad absoluta de una *predisposicion scabiosa ó especial* que algunos admiten para el desarrollo de este parásito, lo cual no excluye la posibilidad de que haya una *predisposicion parasitaria general*, efecto de depauperacion orgánica, linfatismo y acidez de las exudaciones fisiológicas, que ayudan, como hemos indicado en otra parte, la propagacion de todos los parásitos del hombre; y que haya tambien concausas exteriores, como la falta de aseo, etc., que contribuyan al mismo objeto.

A la falta de limpieza, á la debilidad y alteracion humoral que producen las enfermedades crónicas, al linfatismo exagerado y á otras *concausas* que favorecen el desarrollo del sarcopites y por lo tanto el desarrollo de la sarna, agregaremos nosotros una, en la que debeis fijar vuestra atencion. Nos referimos al tamaño del cuerpo. Cuanto más pequeño sea éste, más rápidamente se extiende y generaliza el mal, más pronto se hace grave y se complica. La razon es obvia. Como el ácarus no ha de ser más ó ménos fecundo, implantándose en gigantes que en enanos, en adultos que en niños, claro es, que, en los cuerpos de pequeño tamaño, habrá el mismo número de parásitos que en los de elevada estatura, teniendo que estar más confluentes y próximas las erupciones que provocan y los surcos que hacen. Este es el quid de la gravedad de la sarna en los niños, que se ha atribuido á otras causas por la generalidad de los prácticos, y que sólo consiste, repetimos, en que el mismo número de sarcopites está repartido en una superficie ocho ó diez veces menor.

Esta circunstancia asemeja la sarna de los niños á la que

se ha llamado *sarna de Noruega*, descrita por Boeck y caracterizada por el inmenso número de sarcopites que se han encontrado anidados en las costras y en las mismas ulceraciones.

Así como hay causas que favorecen, hay agentes que se oponen al desarrollo de la sarna y que producen cierto grado de inmunidad en algunos individuos.

Los que por su oficio ó profesion se hallan rodeados de gases ó de líquidos deletéreos ó venenosos, ó los que tienen una limpieza exagerada, no sólo en las ropas sino en su cuerpo, haciéndose abluciones diarias ó tomando baños repetidos, tienen la inmunidad á que nos referimos; pero si cambian de costumbres ó de condiciones, podrán ser contagiados como los demás individuos.

La existencia del vicio psórico ó scabioso, del psora del doctor Hanhemann, al que se dá por sus secuaces una importancia patogénica de primer orden, es un error, disculpable en la época en que floreció el fundador de la homeopatía, pero que hoy no tiene razon de ser, una vez probado el papel del ácarus en la produccion de la sarna y los sencillos medios que tenemos para curarla con rapidez y sin temores ilusorios de retropulsiones, que en ella nunca existen. Lo que hay, ó lo que puede haber, lo mismo en esta enfermedad que en todas las parasitarias cuando se abandonan á su curso natural y espontáneo, es un estado caquético consecutivo, caracterizado por la fiebre hética, la consuncion, el insomnio, el delirio, y al fin la muerte; pero semejante *caqueria parasitaria* no se presenta ya en los enfermos racionalmente tratados, y únicamente podrá ser observada por los que crean que no debe intervenir con remedios tópicos para la curacion del mal, ó por los que confien en los *esfuerzos de la naturaleza medicatriz*, que dicho sea de paso, es ménos poderosa que los imperceptibles sarcopites.

Fáltanos tiempo para hablar de la descripción y semejótica de la sarna, y como el asunto es muy importante para el médico práctico, lo dejaremos para la próxima conferencia.



## LECCION TERCERA.

De la sarna (continuación). — Sus síntomas. — 1.° El sarcoptes. — 2.° Surcos del sarcoptes. — Surcos de las larvas. — Costras acuticas de la sarna grave ó de Bove. — 3.° Pícnosis y sus caracteres. — Pícnosis primitiva, coincidente y consecutiva. — 4.° Erupciones artificiales. — Erupciones que parecen más inmediatamente dependientes de la acción directa del sarcoptes sobre la piel. — Erupciones dependientes del acto frecuente de rascarse. — Erupciones dependientes de la presión. — Erupciones dependientes de las fricciones medicamentosas. — Caracteres del conjunto de estas erupciones mezcladas. — 5.° Síntomas generales consiguientes al desarrollo de las erupciones artificiales y al curso de todos los síntomas y lesiones locales. — Vigilia. — Estado moral. — Inquietud. — Placer de rascarse. — Tormentos posteriores. — Sueño diurno. — Enflaquecimiento. — 6.° Síntomas que pueden considerarse como complicaciones locales de la enfermedad. — Flenones y erupciones flemmonosas. — Furúnculos y antrax. — 7.° Síntomas que pueden sobrevenir como complicaciones generales de la enfermedad. — Desarrollo de dermatosis de causa interna por la *causa* que los ofrece y por la *excitación* que produce la sarna. — 8.° Síntomas y signos de lo que se ha llamado *Suelo de la sarna*. — Investigación de sus causas y explicación filosófica. — 9.° Síntomas y signos que nos proporcionan el sitio en que se presenta y los sitios (como la cara y cabeza) en que no se presenta con frecuencia la enfermedad. — 10.° El contagio como síntoma de la sarna. — Del curso, duración y terminaciones de la sarna. — De su diagnóstico y pronóstico. — Historia del tratamiento. — Tratamiento seguido por nosotros en el Hospital de San Juan de Dios y en la población. — Casos excepcionales.

### SEÑORES:

Es muy común decir que la sarna se conoce con facilidad, y hasta el vulgo ignorante se atreve á dar su opinion ó su fallo inapelable en asunto de tamaño interés.

Sin embargo, después de afeccionados con estudios teóricos muy completos, se os presentarán casos en la práctica, que no sólo os pondrán en dudosa incertidumbre, sino que os obligarán á cometer, sin poderlo evitar, errores de importancia. — Si os fiáis de los libros y os dirigís á la cabecera del enfermo con las ideas teóricas que suministran, pero sin haber visto prácticamente la enfermedad y sus diversas manifestaciones; si no habeis visto los surcos ni conoceis el sarcoptes más que por los dibujos que le representan como no es, ó lo que es lo mismo, cien veces mayor que lo que és; si no teneis ó habeis tenido un maestro que os guíe y que os lleve de la mano por el Dédalo inextricable de las dermatosis, pasareis muchos meses enmendando vuestros juicios diagnósticos, si es que os atrevéis á formularlos; y creyendo ver sarna, con surcos y con todos sus demás caracteres, donde no hay más que un pródigo ó un eczema; ó al revés, erupciones herpéticas ó sifilíticas donde sólo existen los efectos simpáticos y físicos ó mecánicos del sarcoptes hominis.

Para evitar que cometais algunos errores, me permitiré daros un consejo antes de entrar con vosotros en el estudio de

los síntomas de esta enfermedad y en los juicios clínicos, diagnósticos, pronósticos y terapéuticos de la misma: «No deis vuestra opinion definitiva cuando sospecheis la existencia de la sarna en un sugeto, sin haber visto ántes toda la superficie de su cuerpo.» Por olvidar este detalle dejan de verse á veces, ya alguna dermatosis coincidente ó antigua, que pudiera más tarde comprometer nuestro buen nombre, ya los caracteres más importantes de la sarna que pueden no existir en las manos, ni en el sitio que el enfermo espontáneamente nos enseña, y si en los que oculta por ignorancia, por pudor ó por malicia. Cuando no es asquible percibir los surcos ó encontrar los sarcoptes, la enfermedad se conocerá por el *conjunto* de los demás caracteres, y éste no puede apreciarse sino viendo toda la superficie de la piel.

Ahora bien: para estudiar con método los síntomas de la sarna, podíamos como Bazin, admitir en ella periodos, pero es una creacion tan arbitraria, que preferimos hacer un análisis de aquellos y citarlos como ejemplo del curso de la enfermedad varios casos de nuestra clinica.

1.° Es indudable que el *síntoma* y el *signo* á la vez más importante de la sarna es la *existencia del sarcoptes*, cuya descripción y modo de buscarle y de extraerle os indicamos en la anterior conferencia, y no necesitamos repetir; pero

rara vez hay que apelar á la extracción del parásito para conocer y poder asegurar la naturaleza de la enfermedad que nos ocupa.

2.º Las lesiones físicas ó mecánicas que determina en la piel del hombre son síntomas de tanta importancia como la comprobación de la existencia del parásito.

La guarida de un animal, cuando tiene caracteres tan especiales que no pueden ser por otro imitados, nos sirve para asegurar en una comarca su existencia, con casi tanta certidumbre como si el mismo animal á nuestra vista apareciese; y esto precisamente es lo que pasa con el ácaro del hombre.

Las guaridas que fragua en el espesor de nuestro epidermis no pueden ser imitadas por otros seres, y nadie más que él puede hacerlas con las condiciones que á nuestra observación se presentan.

Estudiemos, pues, para conocerlas á tiempo estas guaridas ó cuevas del sarcopites, conocidas por todos con el nombre de *surcos acarianos*, á pesar de no ser surcos y de haberse cambiado el nombre de ácaros que primero se dió en la ciencia al animal que produce la sarna, por el de sarcopites que hoy conserva.

Los *surcos* son unos conductos intrapidermicos, de media línea á pulgada ó pulgada y media de largo, fraguados (á diferente profundidad) entre las dos capas del epidermis y parecidos á los que pueden hacerse con una aguja delgada que atraviese la piel levantando solamente la capa córnea que la envuelve, sin llegar al dérmis ni dar lugar á la salida de sangre, cosa que cuando niños hacemos jugando muchas veces, y puede servirnos, por lo tanto, de acertada comparación.

Aunque algunos autores asemejan estos conductos á los araños, creemos inexacta la comparación, y es fácil distinguir ambas cosas teniendo en cuenta que el araño es una línea cruenta, cubierta de sangre coagulada, elevada sobre la superficie cutánea, áspera y á veces interrumpida en varios puntos, y en ella no está ahuecado el epidermis, sino que falta por completo.

Tampoco pueden compararse ni confundirse con los verdaderos surcos normales de la piel: primero, porque en estos hay depresión lineal; y segundo, porque no está en ellos ahuecado ni levantado el epidermis, sino por el contrario, intacto y, si cabe, más adherido que en los demás puntos.

Los *surcos* ó conductos acarianos, rectos cuando son pequeños ó no pasan de tres líneas de longitud, suelen ser flexuosos cuando pasan de este tamaño: su color es blanco en las personas limpias y difiere poco del blanco-rosado de la piel contigua; pero es oscuro ó negruzco en las personas que tienen poca limpieza, porque dentro de aquellos se deposita el polvo y la suciedad más que en lo restante de la piel. Cuando á un carbonero que padezca sarna se le hace lavar con agua jabonosa, la piel queda limpia y del color normal, pero los *surcos* continúan negros por el carbon depositado en su

interior. Los *surcos* acarianos cruzan por lo común la dirección de los *surcos* normales de la piel, y pasan al lado y rozando la base de las pápulas y de las vesículas sin atravesarlas ni perforarlas.

En ellos hay que estudiar: primero, la extremidad inicial; segundo, el centro del surco con sus dos paredes, una adherente ó profunda y otra libre ó superficial; y tercero, la extremidad terminal ó imperforada, llamada por Hebra *cabeza del surco* (las dos anteriormente citadas constituyen la *cola*), y por Bazin *eminencia acariana*. La *extremidad inicial* ó boca del conducto mirada con un lente de aumento y al sol, que es como deben hacerse estas observaciones, es un orificio irregular y aplanado, de bordes resquebrajados, formando fragmentos epidermicos angulosos y de un diámetro aparente de un sexto á un cuarto de milímetro.

El *centro* ó cuerpo del surco tiene á veces un milímetro de anchura y la longitud variable ántes dicha. Su pared exterior, libre ó convexa, es blanca, lineal, con varios orificios llamados *respiratorios*, porque se creía que servían para dejar paso al aire necesario para la respiración del animal; pero que en ocasiones se los ve atravesados por las largas pestañas del sarcopites, y deben ser efecto de violencias exteriores ó de una imperfección artística en el trabajo insintivo que creó el surco. El grueso de esta pared es mayor cuanto más cerca se halla de la extremidad terminal ó cabeza, lo que indica ya la disposición de la pared profunda y del interior del conducto. Con efecto, la pared profunda ó interior es plana y forma un declive, ó lo que es lo mismo, es más superficial á la entrada que al fin, y el conducto tiene igual plano inclinado porque atraviesa oblicuamente todo el espesor del epidermis hasta la superficie del dérmis, en donde se coloca, como parte más profunda y jugosa, el sarcopites hominis hembra.

El cuerpo del conducto está, sin embargo, ocupado por varias series lineales de objetos distintos, que son huevos ó larvas en el momento de su primera transformación, ó bien holitas negruzcas que se miran como productos excrementicios ó verdaderos excrementos del animal; todo lo que puede apreciarse levantando la capa exterior del surco ó escindiendo uno entero y poniéndole en el porta-objetos del microscopio.

La *cabeza* del surco, la *eminencia acariana*, ó como nosotros la llamamos, la *cueva del sarcopites*, es la *extremidad terminal* del surco. Más ancha que éste, más elevada y brillante, con un diámetro doble ó triple y con una capacidad interior también duplicada, la *cueva* del sarcopites sólo tiene una salida, que es el surco, estando cerrada por todos los demás puntos de su circunferencia. Su cara profunda ó *suelo* está formado por las células profundas del cuerpo mucoso de Malpighi, su cara superior ó *bóveda*, convexa y gruesa, carece de orificios respiratorios, y aunque el surco sea negruzco continúa blanca, porque hasta su interior no penetra el polvo ni otras materias colorantes hijas de la suciedad, ó de las sus-



tancias que como el carbon ó la pintura tenga que manejar el enfermo por razon de su profesion ó de su industria.

Dentro de ella está colocada la heulira del sarcoptes, dando un costado á la abertura del surco y nunca con la extremidad anterior hácia esta salida, lo que hace presumir, ó bien que el animal muere en su cueva despues de la cria, ó bien que si sale, necesita para ello perforar la bóveda de su cueva, á no ser que las uñas del hombre la rompan ántes en su obsequio.

Los surcos acarianos están desigualmente repartidos en la superficie de la piel. Escasos y distantes en el cuerpo y miembros torácicos y abdominales, suelen ser numerosos y estar aglomerados en los pliegues interdigitales de las manos, en el pezon y á veces en el pene; pero sólo en los niños es apreciable un número grande de ellos: en el adulto suelen encontrarse muy pocos; diez, doce, cuando más veinte.—La potencia de sus uñas destruye tantos, que apenas si podemos encontrar algunos que nos sirvan para la indudabilidad del diagnóstico.

Los surcos de las larvas son por su pequeñez más difíciles de encontrar: son más estrechos, como la mitad de los acarianos; y apenas tienen una línea ó línea y media de longitud. Muchas veces están constituidos por una pequeña hojuela epidérmica, levantada por un extremo y sujeta por otro como el opérculo de ciertos animales, debajo de la cual se acurruca y duerme todo el tiempo que dura su tercera ó su segunda *metamorfosis*.

Colocados en la falda de una eminencia papulosa ó vesiculosa, se confunden mucho con la esfoliación propia del período de declinación de estas lesiones cutáneas.

En las sarnas graves ó en las antiguas y confluentes de los niños escrofulosos, hay casi siempre, lo mismo que en la sarna de los leprosos y en la de Noruega de Boec, costras formadas por ácaros muertos, larvas, huevecillos, excrementos acarianos, detritus epidérmico y exudaciones de las erupciones artificiales ó constitucionales próximas (leprosas ó escrofulosas).

Estas costras, diluidas en un poco de agua y observadas al microscopio, dejan ver su composicion, cuya importancia semeyótica no puede ménos de comprender, colocándola al lado de la extraccion del sarcoptes vivo y de la percepcion de los surcos con todos los caracteres descritos.

En algunos niños, cuya cara se hallaba cubierta de *usagre* (impétigo escrofuloso) hemos visto este carácter tan notable, y reconociendo despues el cuerpo, encontramos la sarna, de la que no hacia mérito la madre ó la familia de estas criaturas. Por esto os aconsejábamos al principio de la leccion que no olvidáseis reconocer toda la superficie de la piel en semejantes enfermos.

3.ª La *picaçon* es uno de los síntomas más importantes de la sarna.—Para el enfermo es la causa de sus tormentos ó

molestias y la que le obliga á recurrir al médico, y para el médico es el indicio más seguro que le hace sospechar y aún conocer la naturaleza de la enfermedad.

La *picaçon* es poco molesta y soportable en el principio del mal, pero va *lentamente y de dia en dia aumentando*, y tiene además como carácter distintivo el *presentarse por la noche y desaparecer por el dia*.

Hay autor que se atreve á decir que es el origen de todos los fenómenos morbosos que en la piel sobrevienen, si no por sí, por el acto frecuente de rascarse á que obliga al paciente, mediante el cual se irita de diversos modos y en diversa forma la cubierta cutánea.

Nosotros dividimos la *picaçon* que acompaña á la sarna en tres clases, que podieran representar fielmente los tres períodos que algunos han admitido en la enfermedad.—*Picaçon* primitiva, *picaçon* coincidente y *picaçon* consecutiva.

La primitiva puede decirse que es el fenómeno que inicia las manifestaciones de la sarna. Antes de que pueda sospecharse la existencia del sarcoptes, y cuando este animal se dedica á sus trabajos de zapa y no es posible por lo tanto distinguir los surcos, aún no completamente formados, ya empieza á molestar por la noche al sarnoso una ligera *picaçon*, generalizada por todo el cuerpo. El enfermo principia á rascarse, sintiendo en ello, sino placer, consuelo á su molestia; se mira la superficie cutánea y nada ve que le explique su padecimiento. Ninguna erupcion. Ningun parásito común. Nada ostensible. La molestia dura uno, dos ó varios dias, aumenta en cada uno de ellos, y al fin, sin decretar, se encuentra acompañada de las erupciones características que explicaremos luego.

La *picaçon* coincidente con las erupciones sarnosas, aunque tambien nocturna, es más intensa y cruel porque no deja descansar al enfermo, siempre ocupado en rascarse, y alguna vez amaga durante el dia, aunque en esta época debe ser dependiente de las erupciones ya formadas.

La *picaçon* consecutiva es la que todavía persiste despues de tratada la enfermedad por las fricciones parasitidas, despues de muertos los parásitos y aún despues de haberse retirado todas las erupciones que caracterizan la sarna.

Hemos visto muchos sarnosos, y podemos asegurarnos que en las personas de piel fina y delicada, en las señoras y en los sujetos nerviosos, esta *picaçon* consecutiva existe siempre varios dias, y dura en ocasiones un mes ó mes y medio, sin que quede otro resto del mal, hasta el punto de que los enfermos dudan si estarán ó no bien curados ó si se trata de una reproduccion de su padecimiento.

¿Es esto un hábito morbozo? ¿Consistirá en que no se hayan eliminado los parásitos muertos de la capa mucosa de Malpighio y obren aún como cuerpos extraños en contacto con la terminacion de los nervios?

Sea lo que fuere, el hecho es cierto y conviene que os fijeis



en él, porque de interpretarlo mal, considerándolo como prueba de la continuación de la sarna que ya no existe, se exponen á á perjudicar mucho al enfermo insistiendo en el tratamiento parasitocida, que ya no sólo es innecesario, sino perjudicial por la mayor irritación cutánea que seguramente ha de producir.

4.º Las erupciones artificiales que acompañan á la existencia del sarcptes, pueden depender exclusivamente de la acción del parásito ó de causas extrañas aunque constantes, como el acto de rascarse, la presión y las fricciones con sustancias medicamentosas de diversa composición, no estando bien deslindado el campo que á cada una de estas causas pertenece.

Las erupciones que parece que más inmediatamente dependen de la presencia del sarcptes en la piel son varias. Las más comunes son la *papulosa* y la *vesiculosa*. A los pocos días de la inserción en la piel de uno ó varios sarcptes, empiezan á brotar aquí y allí, *siempre distantes unas de otras*, pequeñas pápulas ó vesículas que van aumentando y generalizándose por todo el cuerpo.—El carácter principal de estas erupciones es, repetimos, el ser *diseminadas* y el *carecer de base ó de areola inflamatoria*, por lo cual su coloración dista poco de la normal de la piel.

Cuando la sarna es antigua y el enfermo un niño de *poco tamaño*, se hacen confluentes, pero no llegan nunca á tocarse, ni se aglomeran en ciertos puntos del cuerpo, si se exceptúa los pliegues interdigitales, en donde parece que lo están por su mezcla con los *surocos*, que en estos sitios son numerosos.

El tamaño de las vesículas y de las pápulas, cualquiera que sea la edad del mal y las circunstancias del enfermo, es siempre muy pequeño y *nunca aumenta*, siendo difícil en ocasiones, á no echar mano de la lente, el diferenciar una pápula de una vesícula y vice-versa. Sin embargo, las pápulas tienen por lo común un tinte ligeramente rosado, y las vesículas son incoloras y brillantes, si oblicuamente se las mira. Estas se hallan cercanas á las eminencias acarianas, y aquellas cercanas á los *surocos* de las larvas ó á la entrada de los *surocos* acarianos.

Las pápulas son más numerosas en los niños y en los escrofulosos que las vesículas, y éstas son más abundantes que aquellas en las personas adultas y de fuerte constitución.

Además de estas dermatosis papulosas y vesiculosas, y sin que pueda atribuirse á fricciones, presiones ni otras causas, salen en la piel del sarnoso pústulas y ampollas en corto número, y siempre *discretas, aisladas y muy distantes unas de otras*. Estos granos aislados son ya inflamatorios y tienen por forma elemental la pústula de ectima y la ampolla de pénfigo agudo, cuyo curso evolutivo siguen. Así sucede que al cabo de algunos días la ampolla se deseca ó rompe, esfoliándose todo el epitelium elevado por la serosidad, y quedando un

*circulo del mismo, despegado*, sobre una superficie roja que fué la base de la ampolla: la pústula de ectima se deseca también, y el color negro que tenía en su punto central rodeado de pus, va extendiéndose; y se concreta todo al fin en una costra negruzca y adherente sobre una base y con unas aréolas inflamatorias, que persisten por algún tiempo después de la caída de aquella.

Hebra dá una importancia, quizás exagerada, á la esfoliación de las ampollas de pénfigo, cuya forma circular y anillo despegado de epitelium considera como un carácter especial de la sarna. Bazin en cambio se entusiasma más con las pústulas de ectima diseminado; pero como no son tan constantes como las pápulas y vesículas, deben ser ménos esenciales que ellas y tener menor importancia.

Las dermatosis sintomáticas de la sarna que, mezclándose con las anteriormente descritas, parecen ser dependientes del acto siempre frecuente y á veces violento de rascarse, son: 1.º, los *arañazos*, líneas cruentas ó sanguinolentas, en las que el epitelium levantado se sustituye al poco tiempo con una costra sanguinolenta lineal y adherente; 2.º, *pápulas y vesículas rotas en su ápice* por las uñas del enfermo, y cubiertas por consiguiente de costras pequeñas de sangre coagulada; 3.º, *pápulas de verdadero prurigo* (parasitario); 4.º, *líneas rojas*, largas, colocadas en puntos diversos y en grupos de ó cuatro, paralelas y equidistantes entre un centímetro, parecidas á las líneas de la angioleucitis, y que son el primer grado de los *arañazos*. Tienen esta disposición porque se forman generalmente rascándose con los cuatro dedos de una mano colocados en fila, y como no llegan las uñas á separar completamente el epitelium, desaparecen pronto sin dejar vestigio como los verdaderos *arañazos*; 5.º, *manchas rojas con habones fugaces de urticaria*, pero alargados y prominentes, que á veces pierden el color blanco-rosado y conservan el infarto subcutáneo ó profundo, y 6.º, *escoriaciones ó denudaciones circulares del dermis* que sustituyen á las pústulas, á las ampollas ó á los *arañazos*, y que son verdaderas úlceras cutáneas de causa local.

Todas estas lesiones mecánicas ó irritaciones cutáneas de diversa intensidad se encuentran mezcladas entre sí y con las erupciones dependientes de la acción directa del sarcptes, sin contar las que más tarde estudiaremos, y las que pueden mirarse como complicaciones de todas ellas.

Las erupciones sintomáticas de la sarna, pero cuya causa ocasional parece ser una *presión considerable y continua ó muy prolongada*, son dignas de la atención que las prestan los dermatólogos alemanes, porque pueden ser, en efecto, uno de los mejores signos diagnósticos.

Se presentan en el curso de la sarna, *tubérculos gruesos é inflamados á modo de divosos y pústulas de base indurada é inflamada*, no ya discretas como las erupciones anteriormente descritas, sino confluentes y aglomeradas en los sitios sujetos

á compresiones fuertes, como las nálgas en las personas que pasan mucho tiempo sentadas; y en la mujer además, en la cintura y en la parte superior de las piernas, puntos donde se atan las ligas ó las cintas de su refajo.

Estas dermatosis son no sólo pruriginosas, sino dolorosas, y si las uñas tratan de calmar el prurito, se aumenta el dolor y la inflamación, pudiendo llegar á tomar proporciones alarmantes por las complicaciones que sobrevienen, entre las que citaremos los avisperos, las crispelas y los flemones.

Las lesiones cutáneas dependientes de la presión en los enfermos de sarna, son tenaces, rebeldes, de curso lento, y persisten mucho tiempo después de curada la enfermedad á que acompañan, saliendo nuevas pústulas sobre las que se curan, y tardando por lo ménos veinte ó treinta días en desaparecer á fuerza de polvos emolientes ó de pomadas balsámicas.

Conviene tener esto en cuenta para el pronóstico de la duración de la enfermedad, ó mejor dicho, de alguna de sus manifestaciones.

En el curso de la sarna es frecuente que los enfermos se den por sí y ante sí, ó por recomendaciones de personas ajenas á la ciencia, unturas medicamentosas de diferente composición, y como aunque puedan ser útiles se las aplican mal, ya en exceso, ya en sitios limitados de la piel, etc., etc., resulta que la enfermedad no se cura y que sobrevienen en cambio erupciones artificiales que se mezclan y complican á todas las antedichas.

Hemos visto muchos enfermos que se habían dado rudas y numerosas fricciones en el sitio de los picores con la pomada de Alderete, cuya base es el sublimado, la cual, puesta en contacto con escoriaciones recientes, había dado margen á escaras, vesículas y pústulas inflamadas y muy dolorosas que hacían sufrir cruelmente á los pacientes.

La misma pomada sulfúrea dada en puntos limitados del cuerpo y más de tres ó cuatro veces, sin que llegue á curar la enfermedad, ocasiona pústulas de ectima que hemos hecho retratar en el Atlas y que vienen á sumarse con el inmenso catálogo de las pápulas, vesículas, pústulas, ampollas, tubérculos, diviesos y arañazos, que pueden existir, en confusa y desordenada mezcla, en toda la superficie de la piel.

Esta mezcla confusa y desordenada de erupciones de diferente forma elemental, unas en un período de su evolución, otras en otro, esta especie de índice de lesiones cutáneas coleccionadas, aunque en desorden, en la cubierta cutánea de un individuo, es el carácter sintomático de más importancia de la sarna después de los surcos y del sarcopites, que no siempre se ven aunque existan.

Aun podremos dentro de un momento recargar más este cuadro sintomático con las complicaciones que casi constantemente se presentan á poco que se generalice ó haga grave la enfermedad; pero ántes debemos decir algo de los sinto-

mas generales que determinan las lesiones cutáneas de la sarna y los efectos inmediatos del sarcopites.

3.º Los síntomas generales consiguientes al desarrollo de las erupciones artificiales y al curso de todos los síntomas y lesiones locales, son de más importancia que lo que generalmente se cree.

El hombre soporta bien los tormentos que le producen, pero la mujer y sobre todo los niños pequeños, no pueden soportarlos sin menoscabo de su salud y aun sin peligro de la vida.

Cuando la enfermedad empieza y la picazón es tolerable, hay lo que han dado en llamar el placer de rascarse, frase que tanto ha servido á un autor francés, para molestar á los españoles, cansados ya de ciertas petulancias y sabidurías extranjeras. Este placer no es más que la necesidad instintiva que existe lo mismo en los españoles que en todos los demás hombres, de llevarse la mano donde sienten una molestia con el objeto de separarla, y como separan y calman ésta rascándose, sienten después de haberlo hecho, el sosiego más ó ménos fugaz y más ó ménos agradable ó desagradable á que nos referimos. En los niños, que por estar fajados y envueltos no pueden hacerlo, existe en cambio el dolor de no poder rascarse, que se manifiesta por una inquietud y agitación continua, durante la cual se frotan, como pueden, las piernas entre sí, la cabeza con el hombro ó con el pecho de la nodriza, y si no consiguen lo que con anhelo aún desean, lloran lastimera y fuertemente, sin que baste á calmarlos el pecho que rechazan, ó los halagos que no solicitan.

La inquietud y agitación de los niños que tanto apena á las madres, existe también en los adultos, y como consecuencia de ella, en todos se presentan fenómenos de verdadera gravedad en el sistema nervioso. Es el primero la vigilia ó insomnio. Con la excitación nerviosa general que en la piel existe, el sueño se abayenta durante la noche, ó por lo ménos no puede conciliarse hasta hora muy avanzada de aquella, ó hasta la madrugada, en que la picazón calma. El sueño nocturno, que es el natural y reparador, se hace diurno, perturbando así las horas de la alimentación, de las ocupaciones sociales, etc., trastorno de costumbres que no siempre se soporta impunemente. Durante esa vigilia forzosa á que se halla sujeto el sarnoso por la noche, sus uñas no están ociosas, y si consigue calmar el picor, es no pocas veces á costa de las lesiones traumáticas de que hemos hablado, es decir, á costa del dolor, del escozor y de las molestias consiguientes á los arañazos y á la inflamación del dérmis; á costa, en una palabra, de tormentos, que aunque grandes, son menores que la terrible y agitada picazón.

Todo esto trae en pos de sí un estado moral de abatimiento y pesadumbre, que es ménos tolerable si el enfermo es de regular posición y conoce ó se le dice la naturaleza de su dolencia. Entonces su perturbación intelectual hace á los enfer-



mos; ó á sus familias, ser injustos, y conviene que sepais esto para que á la sarna de los aristócratas no la descubrais sin tomar precauciones. Una vez fuimos llamados en apelacion para visitar á un niño de pecho, hijo de un capitalista de Madrid, asistido homeopáticamente y que sufría, segun creian en la casa, una erupcion herpética. Al verle, comprendimos que la enfermedad era sarna; pero alocionados por la experiencia nos limitamos á decir á la madre, que se trataba de un mal contagioso, que podia curarse pronto si se hacia lo que dispusiésemos, pero que si no se hacia, podia tener malas consecuencias la enfermedad.

La madre nos dijo que se marchaba á Francia y que queria que la pusiese un plan y la dijese el nombre de la enfermedad.

Se lo dije en efecto, y con aire, entre despreciativo y ofendido, me hizo un saludo y me volvió la espalda.

Esta infeliz señora, no quiso ver tampoco en la nodriza la enfermedad que contagió al niño y que nosotros comprobamos, y dejando aquí y en Francia á la homeopatia el cuidado de curar la erupcion herpética del niño, tuvo el disgusto de verlo fallecer cubierto de costras y hecho una miseria.

Ciertas clases sociales no se conforman con padecer la sarna, que atribuyen á falta de asco, y si perdonan al médico que se lo descubre, lo que siempre es difícil, la parte moral toma en el asunto más cartas que las convenientes.

La vergüenza, el asco, la repugnancia de sí mismos, el temor de que conozcan su enfermedad, hace sufrir á estos desgraciados pacientes más que la enfermedad misma, y el médico, por desgracia, es en ocasiones su victima propiciatoria.

Si el mal físico y el moral duran mucho, ó se abandonan por mucho tiempo, el enfermo languidece y decae por pérdidas de inervacion y falta de reparacion con el sueño, el *enflaquecimiento* amenaza y llega; y en los casos graves de los niños, puede además tomar el cerebro una parte tan activa, que complicando el mal, determine la muerte.

Los demás síntomas generales ó fenómenos simpáticos que ocurrir suelen en el curso de una sarna, se deducen de los dichos, y no queremos presentaros un cuadro más acabado de ellos, pareciéndonos suficiente el mal boceto que con pocas palabras os hemos dibujado.

6.º Pusimos ya á otros síntomas que se presentan con frecuencia en los casos graves, y que son á la vez complicaciones locales de la enfermedad.

Quando la sarna lleva más de un mes de existencia, se ha hecho confluyente y generalizada y no se ha tratado de curarla racionalmente, las erupciones se van complicando y haciendo agudas, y el dérmis, por tantos sitios excitado, por tantos puntos vulnerable y expuesto, no sólo á la accion del aire exterior, sino á la de mil causas externas irritantes, entra por fin en la escena patológica, apoderándose por su importancia orgánica del principal papel, y oscureciendo con

la gravedad de sus manifestaciones, los síntomas dependientes de la lesion del cuerpo mucoso de Malpigio. La inflamacion de las pústulas estomatosas ó de los tubérculos que produjo la presion, se propaga á las aréolas del dérmis y dá lugar á *forúnculos* y á *antrax* voluminosos, *diseminados* tambien, pero con toda su cohorte de síntomas que no es necesario referir aquí. A veces profundiza más la extension ó propagacion inflamatoria; toma parte todo el espesor del dérmis en una grande y difusa superficie, y una *erisipela agudísima*, como la que existe en la base de los *antrax*, pero *sin exudaciones pseudo membranosas*, viene á complicar las demás erupciones de la sarna. Si la inflamacion propagada se limita á los vasos linfáticos del dérmis, la complicacion se reducirá á una *angioleucitis*, más ó ménos extensa y grave; pero si por el contrario, avanza un poco y llega al tejido celular subcutáneo, la *erisipela flemonosa* ó el *flemon erisipeloso* se anunciarán con los graves síntomas que los delatan.

En los tres mil quinientos sarnosos que en el transcurso de doce años (1864 á 1873) hemos tratado en el Hospital de San Juan de Dios, dá por fortuna la estadística que llevamos, pocos casos de complicaciones locales tan graves.—Uno solo entre tantos, con flemon difuso subaponeurótico de ambas extremidades inferiores, consecutivo á una erisipela flemonosa, en una sarna muy antigua y tratada irracionalmente por la pomada Alderete, ántes de su entrada en la enfermería; veinte con erisipelas parciales que determinaron abscesos circunscritos de feliz y pronta terminacion; cuarenta y siete con angioleucitis de alguna extension y gravedad; veinte y nueve con *antrax* voluminosos y graves; cincuenta con diviesos numerosos y repetidos varias veces, constituyendo por sí solos una enfermedad de importancia y gravedad, y quinientos ocho con algun que otro *forúnculo* de poca importancia, mezclado y confundido con las demás erupciones de la sarna.

El *divieso diseminado* y en *corto número*, es por lo tanto el síntoma ó la complicacion más frecuente de las erupciones determinadas por la sarna, y no debe olvidarse esta circunstancia por lo que puede influir en la sospecha precursora siempre al diagnóstico.

Ninguno de estos síntomas ó complicaciones de la sarna tiene en sí caracteres especiales que puedan distinguirlos de los de igual forma que se presentan en sujetos que no padecen aquella enfermedad, y si alguno hay no está bien estudiado todavía.

7.º Los síntomas que pueden sobrevenir como *complicaciones generales* de la sarna, dependen del estado general ó constitucional, en que previa ó simultáneamente se encontrase el enfermo que ha sido contagiado por el sarcopites.

Los estados diatéscicos ó las afecciones constitucionales no esperan á veces más que una ocasion favorable para darse á luz y manifestarse en la piel, y la sarna es el pretexto mejor



que pueden encontrar por sus condiciones especiales, y muy principalmente por su generalización, y por la intensidad, agudeza y pertinacia de las irritaciones dérmicas á que dá lugar.

En los niños pequeños linfáticos y escrofulosos, tan propensos al usagre, es la sarna el agente más poderoso para que aquél se desarrolle, y ningún estímulo hay tan fuerte como el ácarus para despertar la sillis cutánea, y sobre todo el herpetismo.

Sucede, pues, que en el curso de las manifestaciones de la sarna se presentan dermatosis sífilíticas, herpéticas ó escrofulosas, que mezclándose con aquellas, modifican su aspecto; pero es más frecuente observar que las dermatosis mismas de la sarna van cambiando de coloración y demás condiciones y tomando cada grano las que convienen á las escrofulides, herpéticas ó sífilides.

Calculad, señores, lo que puedo confundir y complicar el diagnóstico semejante combinación de síntomas, cuya descripción, por otra parte, pertenece al estudio de las afecciones constitucionales y no al momento presente.

8.º Ocorre en la sarna un fenómeno, que han querido comparar á la repercusión verdadera de las herpéticas, y que sólo puede compararse con la repercusión falsa de las mismas (1). Nos referimos á lo que se ha llamado *Sueño de la sarna*.

Cuando una enfermedad aguda y grave, sea febril ó inflamatoria, sobreviene por causas accidentales en un sarnoso, no desaparecen ni mueren los sarcopos, aunque disminuyen su trabajo y movimiento; pero las erupciones artificiales que había palidecen y secan, y la excitación y picazon cutánea cesan de pronto y se mitigan, sin otra causa ni otro motivo que la enfermedad interna intercurrente.

Esto, como hemos dicho en la primera lección, pasa no sólo en la sarna, sino en las tiñas dérmicas (favosa, tonsurante y pelada) y epidérmicas (pitiriasis versicolor), y á la sazón teneis tres ejemplos curiosos en la enfermería. El uno es el número 20 de la sala 6.ª; que estando en ella tratándose de una tiña favosa muy extensa, fué atacado de viruela confluyente, y hubo necesidad de trasladarle á la sala de viruelas del Hospital General. Cuando volvió á nuestra enfermería en la convalecencia del exantema parecía curado de la tiña; pero á los pocos días habeis visto cómo iba lentamente reapareciendo en todos los puntos que anteriormente ocupaba.

Los otros dos han sido enfornos de sarna: el primero es el niño que ocupa la cama número 7 de la sala 12 al lado de su madre y de dos hermanitos suyos, que traían la misma enfermedad. Por causa accidental adquirió el mismo día de su entrada una bronquitis capilar, y las numerosas erupciones

artificiales que tenía desaparecieron en 24 horas, siendo perceptibles los surcos tres días más.

El segundo es el número 4 de la sala 7.ª, jóven robusto, que al venir á curarse la sarna traía ya los prodromos de una fiebre grave, cuyo curso habeis visto. Hace seis días que empezó su convalecencia, y ya ayer habeis vuelto á ver, no sólo los surcos sino las erupciones artificiales que habían desaparecido durante su afección tifóidea.

De seguro que ningún médico sensato podrá atribuir esta fiebre á una repulsión de la sarna; pero como hay algunos que pudieran tomarlo como pretexto para defender ciertas ideas, conviene que sepais la explicación filosófica del hecho.

Si la enfermedad intercurrente que sobreviene en el curso de la sarna no es grave y aguda, si es una neuralgia, un catarro simple ó crónico, etc., ambas afecciones siguen su evolución independiente; pero una inflamación del pulmón ó una fiebre aguda con alteración pútrida de la sangre, llamando al interior toda la vida orgánica, deja la piel anémica, ó por lo menos impropia ó poco apta para sentir y reaccionarse contra las excitaciones que el sarcopos puede en ella determinar, y por eso las erupciones cesan y los surcos, aunque chafados, quedan, la picazon y las molestias cutáneas se disipan, pero los sarcopos, alargados ó dormidos, allí permanecen, y al volver la salud y con ella la circulación y la invasión normales de la piel, su interrumpido trabajo continúa y las erupciones vuelven, y todo reaparece con más intensidad que en su primitiva invasión.

Trátase, pues, de una revulsión interna que no mata los sarcopos y por lo tanto no cura la sarna, pero que revela ó deriva las inflamaciones dérmicas que constituían las erupciones artificiales, sobre las cuales única y exclusivamente podrá ejercer su acción.

9.º La sarna nos suministra también síntomas y signos de importancia por los sitios que ocupan y por los que no suelen ocupar sus lesiones propias.

La frecuencia, por no decir la constancia, con que se presentan los surcos en los pliegues interdigitales de la mano, mezclados con la erupción pápulo-vesiculosa, aunque nada de esto se vea en lo restante del cuerpo, es un hecho de todos conocido, y se le mira como el signo más importante para el diagnóstico de la enfermedad.

El no presentarse ninguna erupción ni surco en la cara, y en general en toda la cabeza, aunque el cuerpo se halle cubierto de ambas cosas, es también un hecho digno de estudio, cuya importancia para el diagnóstico no se puede desconocer, y sin embargo, ninguno de estos hechos es absoluto.

Los sitios donde con preferencia se ven los surcos son las manos, los brazos, el pene y las mamas, pero en ciertas profesiones y en personas muy limpias, si el contagio ha empezado por el vientre, lo que es muy común, suele extenderse el mal por todo el cuerpo y no llegar á las manos.

(1) Véase en el discurso preliminar nuestras ideas sobre la repercusión.

Hemos visto sarna en muchas señoras, cuyas manos delicadas estaban perfectamente limpias de toda erupción, y en los artistas que tienen que tener las manos metidas en cal, en agua ó en otras sustancias incompatibles con la vida del sarcopite, la afección se limita, diríamos que por necesidad, á la superficie del tronco y parte superior de los miembros.

Por el contrario, hay una edad, y esto conviene que lo tengáis muy en cuenta, porque nada dicen de esta excepción los autores de Dermatología á pesar de su importancia; hay una edad, decimos, en que la sarna es muy común en la cara y en el cráneo.

Los niños de pecho suelen contagiarse de sus nodrizas por la parte posterior del cuello que apoyan en el antebrazo de aquellas, ó por la cara en el acto de la lactancia, y, bien porque el terreno sea más abonado y *más reducido ó pequeño*, sea porque no pueden rascarse y llevar los sarcopites á otros puntos, en la cara y en la cabeza de estas criaturas se encuentran surcos y se desarrollan erupciones más confluentes que en las manos.

Estas erupciones se hacen pustulosas y aglomeradas y constituyen lo que podríamos llamar en España *pseudo-usagre*, á pesar de que, andando el tiempo, abandonada la enfermedad y siendo escrofuloso ó muy linfático el niño, pudiera suceder que se convirtiera en verdadero usagre sin dejar por eso de tener la complicación acariosa.

¿Dependerá de esta circunstancia el contagio positivo de algunas escrofulides benignas (*decursus ó gurnas* como las quieren llamar algunos autores franceses), ó dependerá en alguna ocasión de esporos del *trycophiton tonsurans*, como dicen otros?

De todos modos, conste, que si la sarna no se presenta en los adultos en la cara, es muy común verla en los niños de pecho, no sólo en la cara, sino en la cabeza, dando lugar entre el pelo á costras impetiginosas, de entre las cuales hemos sacado varios sarcopites muchas veces.

40. Como hablamos de *contagio*, viene á cuento para terminar la sintomatología de la sarna, que os digamos algo de él, considerado como sintoma de la afección que nos ocupa.

El contagio es el carácter específico de la sarna, puesto que las demás enfermedades que pudieran con ella confundirse no son contagiosas.

Cuando se observe, por lo tanto, que una afección cutánea *crónica* es contagiosa y se presenta, después que en uno, en varios miembros de una familia que viven y duermen en la misma habitación, hay motivo fundado para sospechar la existencia de la sarna si existe al mismo tiempo picazón nocturna y generalización de una erupción diseminada.

Hace algunos años fuimos llamados á ver una familia que llevaba dos años sufriendo una erupción crónica en todo el cuerpo. Estaba asistida por varios médicos de nota, y había hecho uso de infinitos remedios internos, pero de ninguna pomada ni loción parásitocida. La enfermedad empezó por un

niño de pecho, á quien se la pegó una nodriza, pasó después á los niños algo mayores, después á la madre y al padre, más tarde á la abuela y á dos criados; de modo que cuando nosotros los vimos, puede decirse que no había nadie en la casa sin la enfermedad.

Esto nos bastó para conocer de lo que se trataba; pero prudentes por experiencia, ocultamos el nombre del mal y digimos á todos que á pesar de llevar dos años de molestias podrían curarse en 15 días, como en efecto sucedió.

La erupción en toda esta familia era tan costrosa en todo su cuerpo que daba lástima verlos, y no nos extraña que fijándose sólo en ella no se conociese por otros el padecimiento; pero el contagio tan auténtico, y sobre todo, el modo lento y progresivo de haberse efectuado, no podía ser debido á otra enfermedad.

En casos como éste el diagnóstico por el suero y el sarcopites es imposible, pues sólo se veían enormes costras que cubrían todo el cuerpo; tanta era su confluencia y aglomeración.

No olvideis, pues, que el *contagio* es uno de los principales síntomas de la sarna, y del cual podeis sacar mucho partido en los casos de duda para establecer el diagnóstico.

Pocas palabras os diremos, señores, acerca del curso, de la duración y terminaciones de una enfermedad que ya conocéis en su esencia ó naturaleza y en sus detalles sintomáticos, porque sentadas las premisas, vosotros mismos habeis debido sacar ya las consecuencias.

¿Qué curso puede tener la sarna, cuando no se trata por remedio alguno ó cuando se trata *irracionalmente* por remedios internos?

Una vez alojado el sarcopite en la piel, fabricará sus surcos y procreará rápidamente la especie, dando primero lugar á picazones ligeras que por algunos días irán creciendo, y después á erupciones pápulo-vesiculosas, limitadas al principio y generalizadas á los 15 ó 20 días en el adulto y mucho antes en el niño. El enfermo se rascará fuertemente con las uñas ó con lo que pueda para calmar el picor nocturno que le roba el sueño y excita sus nervios, y se llevará los sarcopites entre las uñas de unos á otros puntos del cuerpo, y destrozaré las pápulas y las vesículas, que poco á poco se convertirán en pústulas, en ampollas, en tubérculos y en escoriaciones cubiertas de costras.

No por esto se asustarán los sarcopites, que seguirán procreando con pasmosa rapidez, dando lugar á nuevos surcos en diferentes partes del cuerpo, á nuevas picazones que añadir á las antiguas, y á nuevas erupciones pápulo-vesiculosas, que mezclar con las existentes.

Pasarán días, semanas, meses, años, el sarcopite primero habrá muerto terminado su destino, pero los descendientes de sus descendientes son ya innumerables, las lesiones físicas y vitales que en la piel producen, horribles, y el enfermo se



multiplicará para rascarse, hasta que rendido de fatiga y de sueño, hecho un San Lázaro, cubierto de costras, de diviesos, de escoriaciones; y sin un trozo sano de piel, adquirirá alguna enfermedad que le lleve al sepulcro, si la desesperación no le conduce al suicidio, ó las complicaciones locales que sabéis que existen en la misma piel no le matan.

¿No es verdad que esto es lo que la razón dice que debe suceder en una enfermedad de esta naturaleza?

Pues esto, ni más ni menos, es lo que pasa en el curso espontáneo de la sarna, hoy por fortuna muy rara vez observado, porque ya los enfermos tratan de curarse, sin miedo á las repercusiones de los médicos antiguos, ni á las teorías psóricas de los homeópatas, que les dejan sufrir meses enteros de martirio, sin compadecerse de su cruel situación física y moral.

¿Qué pasará en cambio cuando la ciencia racional intervenga y empiece por separar la causa del mal matando todos los parásitos?

Que éstos no podrán ya fabricar surcos, desarrollarse ni procrear; que la picazon, de ellos dependiente, cesará por completo, quedando por el pronto la que determinan las erupciones existentes y los fenómenos, simplemente inflamatorios de éstas; todo lo que, como ya no tendrá causa que lo excite y sostenga, cederá igualmente con rapidéz, es decir, en varios días, y el curso del mal, interrumpido bruscamente por el arte, abortará de raíz, pasando el enfermo á la salud más completa.

«La sarna tiene un curso tanto más rápido, cuanto mayor es el desaseo y cuanto menor es el tamaño del cuerpo del enfermo, y siempre es ascendente ó creciente dejada la enfermedad á sí propia; pero todo cesa de pronto y sin perjuicio de ningún género con el tratamiento racional que dentro de poco os diremos.»

¿Qué duración tendrá la sarna? Ilimitada, de muchos meses ó de muchos años, dejada la enfermedad á sí propia; pero socorrida con el tratamiento apropiado, se cura en horas ó en pocos días, según sea el número y gravedad de las erupciones artificiales existentes. La duración y terminación de las complicaciones locales y generales, es ó debe ser independiente para este cálculo.

¿Qué terminaciones pueden admitirse? La más frecuente la curación; la más rara la muerte, debida á las complicaciones, y otra, que es digna de mención y estudio, y que consiste en la transformación de las erupciones artificiales, después de muertos los sarcóptes, en dermatosis constitucionales por la predisposición del sujeto. En realidad sólo la curación es terminación verdadera.

El diagnóstico de la sarna podeis hacerle por cualquiera de los tres métodos que en la *Dermatología general* hemos expuesto, y á los que hemos denominado absoluto, inductivo y deductivo ó diferencial.

RECURSO PRIMO.

Por el método absoluto, basta con que llegéis á determinar la existencia de alguno de los síntomas patognomónicos, que por fortuna tiene esta dolencia, para que la diagnosticuéis.

Si encontrais, por ejemplo, ó extraéis un *sarcóptes*, podeis afirmar desde luego que existe la sarna, sin perjuicio de que además haya ó pueda haber alguna otra enfermedad cutánea coincidente, como en muchas ocasiones ocurre.

Aunque no encontrais el parásito, si veis sus guaridas epidérmicas, sus *surcos* y *eminencias*, podeis también afirmar la existencia del zooparasitismo acariano, porque, como os he dicho anteriormente, sólo el *sarcóptes hominis* ó algunas otras especies de la familia de los acarinos son capaces de fabricar esas cuevas y galerías subepidérmicas.

Es posible que no veais los surcos bien distintos, ni encontrais por consiguiente el sarcóptes, y todavía llegéis á diagnosticar por este método la sarna, puesto que el conjunto de otros tres caracteres reunidos, forma, en nuestra humilde opinión, un signo patognomónico de la enfermedad.

Estos tres caracteres son la mezcla de erupciones diseminadas de diversa forma elemental, la picazon nocturna que desaparece por el día, y el contagio probado experimentalmente y en la historia del mismo enfermo.

Aislados podeis encontrar cada uno de estos caracteres en varias enfermedades, pero reunidos sólo en ésta, y si además de ellos veis los pliegues interdigitales con erupción más confluyente, la cara limpia en los adultos, las nalgas con erupciones pustulosas ó tuberculosas, y sabéis que el mal se ha ido gradualmente propagando desde un punto á todo el cuerpo y aumentando con su generalización la intensidad de los síntomas, no debe quedaros duda alguna acerca del nombre que debéis dar á la enfermedad.

Para hacer el diagnóstico por el método inductivo, os aconsejamos, que cogiendo los dos cuadros de clasificación, el de lesiones y el de enfermedades cutáneas, que hemos publicado en la *Dermatología general*, os vayáis á una enfermería y hagáis aplicación de los caracteres en ellos expuestos y en el orden que lo están, á los enfermos de sarna ó de afecciones parecidas que veais.

Nada más instructivo que este ejercicio práctico, porque siendo la sarna una afección tan compleja en sus manifestaciones, que puede decirse que origina en la piel todas las formas conocidas de las dermatosis, os sirve para recorrer por lo mismo todo el vasto campo de la ciencia.

A la cabecera de los enfermos le seguiremos algún día y comprendereis lo fácil que se hace el estudio diagnóstico de todas las dermatosis, sirviendo de pretexto un enfermo de sarna.

En este momento nos llevaria demasiado lejos de nuestro objeto y haria difuso y molesto nuestro discurso, de cuyo poco ameno, por lo que preferimos pasar á deciros algo del diagnóstico diferencial.



La sarna pudiera confundirse con muchas dermatosis artificiales, pero en ninguna de ellas existe el sarcptes, los surcos y la picazon nocturna que caracterizan á la primera.

Las afecciones que más parecido sintomático tienen con la sarna, son el pródigo parasitario, herpético ó reumático, el líquen y el eczema subagudos y crónicos de cualquiera naturaleza que sean, el herpes flictenoides en algunos casos y ciertas dermatosis pustulosas, principalmente ectimatosas, agudas ó pseudo exantemáticas, que aparecen en la primavera ó en los cambios de estación.

En el pródigo parasitario hay pápulas rotas con sus costritas sanguinolentas, la erupción es generalizada y diseminada, y el picor es intenso; puede haber además arañazos, escoriaciones, pústulas, diviesos, eritemas, etc.; pero en vez de sarcptes encontramos piojos, los surcos no existen y la picazon no es sólo nocturna, sino constante y á todas horas.

Los pródigos herpético y reumático son siempre crónicos y recidivantes en épocas determinadas; su picazon es también constante, siquiera se exacerbe por la noche, con el calor ó con el frío, segun la especie; no van acompañados de surcos, sarcptes ni otros parásitos, y tienen ante sí la historia de la diátesis que en la piel representan.

En el líquen y eczema subagudos y crónicos dependientes de un estado constitucional herpético, reumático ó escrofuloso, sólo existen como fenómenos comunes con la sarna, la picazon y la forma papulosa ó vesiculosa de la afección; pero las pápulas del líquen están agrupadas en uno ó varios puntos, y las vesículas del eczema están también aglomeradas sobre placas de piel roja é inflamada. No tienen nunca estas dolencias la diseminación de los granos que existe en la sarna, carecen de la mezcla de la erupción, pues es siempre única su forma elemental, papulosa en el líquen y vesiculosa en la sarna, y su picazon es constante, aunque se exacerbe algo por la noche.

Excusado parece añadir que no son contagiosas y que en ellas no se encuentran surcos acarianos, ni parásitos de ninguna clase.

Algunas veces el herpes flictenoides pudiera ser confundido con la sarna, como sucede cuando ocupa los pliegues interdigitales, y podeis ver en una lámina de nuestro Atlas referente á un enfermo que hace tres años estubo en nuestras salas; pero los fenómenos que le acompañan son inflamatorios; la picazon es constante y menor que el escozor y la tension; no hay mezcla de erupciones; sólo se ven vesiculo-ampollas diseminadas y limitadas á una superficie pequeña de la piel; no se generaliza nunca; no es contagioso ni tiene el curso siempre creciente de la sarna, cediendo, por el contrario, á los remedios más sencillos, como polvos ó cataplasmas de arroz, etc., etc.

El eczema diseminado, provocado por fricciones irritantes, por la sífilis y por otras causas, dá lugar á molestias continuas; su picazon es escasa ó ninguna; no va acompañado de otras erupciones ni de surcos, y tiene un curso espontáneo, breve y bien determinado.

Fijándonos bien en los caracteres principales de la sarna, no es posible que la confundáis con ninguna de las dermatosis referidas; y no insistiendo más en este punto, porque tememos abusar de vuestra benevolencia, pasaremos á la importante cuestión de la terapéutica, que aunque sencilla hoy y segura en sus resultados, ha sido durante mucho tiempo vasto campo de discusión, de ensayos y de experimentos.

Dos palabras ántes sobre el pronóstico de la sarna, que *à priori* podeis deducir de lo que llevamos expuesto.

Grave y aun mortal, si la enfermedad se deja abandonada á los esfuerzos infructuosos de la naturaleza, á la miseria y al desaseo, es por el contrario leve tratada racionalmente. Pero suponiendo ya, que se ha de emplear el tratamiento apropiado, es tanto más leve cuanto más reciente ó menos antigua sea, porque tendrá menos tiempo y motivo para el desarrollo de las complicaciones locales y generales ya descritas.

Puede ser grave si las complicaciones lo son, ó si se teme que las erupciones artificiales se conviertan en constitucionales, como es muy frecuente en los niños, en los que el tamaño de su cuerpo y su mayor impresionabilidad dá á este padecimiento un peligro, del que carece en el adulto.

Las indicaciones que el estudio filosófico de la enfermedad nos dice que debemos llenar para el tratamiento racional de la sarna, son cuatro: matar ó eliminar de la piel humana los sarcptes y sus larvas y huevecillos; combatir las erupciones artificiales inflamatorias que acompañan y siguen al desarrollo de los parásitos; mejorar el estado constitucional que puede sostenerlas ó trasformarlas segun su naturaleza, y evitar ó combatir, si ya se han presentado, las complicaciones locales ó constitucionales que con tanta frecuencia se ven en el curso de esta enfermedad.

La primera indicación se llena extrayendo con una aguja todos los sarcptes, como suelen hacer en pocas horas algunas viejas de Astúrias y Galicia, á fuerza de paciencia, habilidad y buen deseo, ó matándolos, para lo que es preciso poner en contacto con los parásitos, y durante el tiempo que sea necesario, los diversos agentes venenosos ó parasitidas que estudiaremos brevemente.

La segunda indicación, que consiste en combatir las erupciones artificiales que acompañan á la sarna, se llena con los antiflogísticos locales en forma de lociones, baños ó aplicaciones pulverulentas.

Es inútil, en la mayoría de los casos, tratar de llenar esta indicación sin haber llenado la primera; pero hay casos en que debe preceder á ésta por la intensidad de los fenómenos

inflamatorios, que se agravarian mucho con la aplicacion de sustancias irritantes.

La tercera y la cuarta indicacion se llenarán por todo profesor prudente sabiendo combinar las dos primeras, manejando bien los recursos de la higiene y de la diética, entonando al enfermo si está debilitado, y combatiendo, con los recursos terapéuticos, los estados diatélicos coincidentes que pueden transformar, como hemos dicho, la naturaleza, curso y tratamiento necesario de las dermatosis que á la sarna acompañan ó de las complicaciones locales que no han podido evitarse.

En épocas anteriores al descubrimiento del ácaro, y aun despues, el *tratamiento interno* de los sarnosos era considerado como necesario para combatir el vicio humoral, á que se atribuía la enfermedad ó el desarrollo del parásito, y muchos de los remedios tópicos que se han recomendado más tarde, y cuya eficacia es ineludible, se prescribían para que por la piel se absorbiesen, atribuyendo todos á esta absorcion su virtud terapéutica.

Como las preocupaciones científicas preceden á la opinion del vulgo, y ésta se arraiga fácilmente, llegando á dominar, ó influir por lo ménos, en las opiniones científicas modernas que se hallan en oposicion con lo generalmente admitido, no es de extrañar que en época reciente, y aun hoy mismo, existan profesores que recomienden los depurativos, antiflogísticos, ó purgantes para impedir que la enfermedad se meta dentro, ya que no para curarla. También existen en todos los países médicos, que prefieren adular las preocupaciones vulgares para dominarlas mejor de un modo indirecto, que combatir las frente á frente para ser tal vez destruidos por la *vox populi*, que, como ha dicho nuestro célebre Eojóo, no es siempre la voz de Dios, ni la voz de la verdadera ciencia; pero sea la causa la que fuere, es lo cierto que hasta 1814 no se ha tratado de fijar esta cuestion en sus precisos términos y con experimentos decisivos (1).

Helmeric recomendaba las fricciones generales con su pomada sulfúrea, tratamiento que hoy es todavía el más eficaz, con la idea de que se absorbiese rápidamente por la piel una gran cantidad de azufre: Biett y Cazenave daban sólo en los pies y en las manos la pomada de Helmeric debilitada y, durante muchos dias, también con el mismo objeto.

Otros autores han recomendado las lociones con cocimientos de stafilégria, tabaco, eiléboro blanco, margarita y diversas plantas aromáticas, ó con disoluciones ténues de los ácidos nítrico, sulfúrico, clorídrico, etc., y de los álcalis fuertes, como la potasa, la sosa y el jabón clástico, en donde se encuentran abundantemente.

Las disoluciones de cloro, de manganesa, de sulfato de

cobre ó zinc, la trementina y todos los aceites pirogenados han sido igualmente recomendados para el tratamiento de la sarna.

¿Es posible creer que todos los autores que han recomendado, y exclusivamente como tópicos, todos estos remedios los diesen con la idea de que el medicamento curaba por su absorcion cutánea?

¿No es más factible que obrasen como simples empíricos ó que adulasen las preocupaciones vulgares, diciendo á las gentes, para que el miedó á la repercusion no las asustase, que las fricciones sulfúreas ó de otras sustancias producían por la absorcion sus efectos curativos, lo mismo que sucedía con las fricciones mercuriales en el tratamiento de la sífilis?

Nos inclinamos desde luego á esta última suposicion, á pesar de la formalidad con que defienden lo contrario distinguidos dermatólogos modernos, sobre todo despues que los experimentos de Helbra de Viena en 1814 han demostrado que nada valen las fricciones sulfúreas, aunque se den en la generalidad del cuerpo, si no se dan sobre los surcos y se pone la pomada en contacto con los sarcopites.

Tratándose de buscar remedios parasitícos que pudieran curar la sarna, lo natural era experimentar la accion directa de varias sustancias sobre el mismo parásito aislado y vivo, y así se ha hecho por algunos prácticos.

De estos experimentos resulta que hay sustancias que matan el sarcopite casi instantáneamente, que otras le matan en minutos ó en horas, y que en algunas puede vivir mucho tiempo, ó por lo ménos todo el compatible con sus necesidades orgánicas no satisfechas.

El éter, el alcanfor, el clorofórmo, la creosota y el ácido fénico le matan en pocos segundos; lo mismo hacen los ácidos minerales y los álcalis concentrados, pero cuando se diluyen mucho, que es como tienen que prescribirse, su accion es más lenta y tardan algunos minutos, y á veces horas, en destruir al parásito. Las soluciones concentradas de yoduro potásico, y de yoduro de azufre, la brea, el aceite de eucbro, la trementina, el ácido píroloso y el alcohol le matan en pocos minutos; lo mismo hacen, aunque con ménos rapidez, las soluciones de los sulfuros de calcio y de potasio, las de sublimado, arseniats de sosa y de potasa, sulfats de hierro, de cobre ó de zinc, los cocimientos de stafilégria, de tabaco, etcétera.

El sarcopite puede vivir dos ó más horas en disoluciones ténues de estas mismas sustancias, ó en las de sal comun, cloruros cálcico y amónico, belladona, eiléboro blanco y jiquiamo.

Segun Helbra, vive siete dias en agua fría, diez en agua á 37°, y de dos á cuatro en vinagre, orina y agua jabonosa.

El tratamiento de la sarna, empírico ántes de llegar á tener datos tan importantes, ha debido hacerse ya racional, y, sin embargo, no se han encontrado todavía fórmulas convenien-

(1) Véase, en la obra del Dr. Helbra, la relacion de estos experimentos.



tes para llenar todos nuestros deseos. Unas huelen mal y ensucian mucho la piel y las ropas del enfermo; las que no tienen este inconveniente son muy caras, menos seguras y más tardías en sus resultados; y todas en general irritan la piel, determinando nuevas erupciones artificiales que hay que agregar con todas sus molestias á las ya existentes.

Os diré brevemente los resultados obtenidos por nosotros en los numerosos y comparativos ensayos que hemos practicado en el Hospital de San Juan de Dios con diversas sustancias, y los más importantes que se citan por autores modernos.

1.º *Ensayos con los remedios que matan el sarcoptes instantáneamente.*—No nos ha parecido prudente ensayar las lociones ó fricciones con el cloroformo ni el éter puros ó debilitados por la manteca: primero, por la carestía de los medicamentos y por su olor fuerte y perjudicial ó peligroso para el enfermo; y segundo, porque irritan dolorosa y gravemente la piel. El alcanfor puede aplicarse disuelto en alcohol, en aceite ó en manteca. Las fricciones generales con la pomada, el alcohol ó el aceite alcanforados de nuestra farmacopea, no dan el rápido resultado que debía suponerse, y para que maten todos los sarcoptes del cuerpo es preciso repetirlos durante seis ó ocho días, lo que es molesto por el olor, por el escozor que determinan y por las erupciones artificiales que sobrevienen.

La creosota y el ácido fénico son los remedios más seguros, más rápidos y menos irritantes; pero es preciso no mezclarlos con grasas para obtener esta última ventaja. Las pomadas ó glicerolados de creosota ó de ácido fénico, si tienen la concentración necesaria (5 por 100 á lo menos), dan lugar á vesículas y ampollas, lo que no pasa con las disoluciones acuosas ó acuosas-alcohólicas al mismo grado de concentración. En cambio éstas dejan marchar ó evaporarse más rápidamente el medicamento, que estará, por lo tanto, menos tiempo en contacto con los parásitos.

Todo puede evitarse de la manera siguiente:

Hágase dar al enfermo un baño general jabonoso para limpiar el cuerpo, y después de pasadas algunas horas, ó inmediatamente si urge mucho, désele otro de agua templada también, á la que se añaden de tres á cuatro onzas de ácido fénico ó creosota mezcladas con otro tanto de alcohol á 33°.

Metido el enfermo en el baño, debe cubrirse éste con un hule de seda que toque al agua, el cual tendrá un agujero en un extremo para que el paciente saque por él la cabeza y respire el aire puro de la atmósfera.

Reptábase, por precaución, al día siguiente este baño parasitocida, y si la duración de ambos ó la permanencia del enfermo dentro del agua ha sido de media hora, cuéntese por curado de su enfermedad. Es preciso que ántes de entrar el enfermo se haya revuelto mucho el agua del baño para que esté bien mezclada con ella el ácido fénico ó la creosota, y si

se trata de personas de buena posición que deseen modificar el mal olor de estas sustancias, puede añadirse á todo dos ó tres onzas de agua de colonia ó de otro alcohol aromático de olor agradable.

Este tratamiento es eficazísimo, sencillo, cómodo y no muy caro. Debe emplearse en la sarna generalizada, siempre que no haya muchas escoriaciones ó denudaciones del dérmis, porque si las hay, dará lugar á fuertes escozores por la cauterización que en ellas determina. Puede ayudarse, en los dos días que solemos tardar en emplearlo, con lociones repetidas, á los sitios de la picazón ó de los surcos hechas con la solución normal de ácido fénico ó de creosota (5 por 10 de alcohol y 400 de agua) y con aplicaciones inmediatas de polvos emolientes de almidón, arroz, harina de trigo, etc.

En la sarna incipiente ó localizada suele bastar, y nos ha bastado para curarla en muchos casos, hacer uso de estas lociones varias veces al día, sin apelar al baño ni á otros remedios.

Debe tenerse, sin embargo, la precaución de tapar inmediatamente la parte locionada, con un hule ó con una franela, para evitar la evaporación rápida del medicamento.

2.º *Ensayos con los remedios que matan los sarcoptes en pocos minutos.*—El uso tan frecuente que hacemos en nuestras enfermerías de la miera ó aceite de enebro y de la pomada de breva, sola ó mezclada con glicerina, en el tratamiento local de un gran número de dermatosis de diferente naturaleza, nos ha obligado más de una vez, por error de diagnóstico, á dar estas sustancias en el tratamiento de la sarna, y habiendo visto buenos resultados, hemos continuado su ensayo el número de veces necesario para formar opinión y fijar sus principales indicaciones.

La pomada de breva, lo mismo que el aceite de enebro, ejercen una acción resolutive poderosa sobre las erupciones artificiales inflamatorias que acompañan á la sarna, ventaja que no tienen las demás sustancias de que hemos hablado y hablaremos después; y ambas pueden darse, con seguridad de éxito, en todos los casos de dicha enfermedad, pero principalmente en los casos graves de sarna pustulosa generalizada, con costras y erosiones que recubren toda la piel, porque en éstos, las demás fricciones parasitocidas aumentarían la inflamación cutánea, exponiendo al enfermo á peligros verdaderos. También pueden usarse en los casos muy leves de sarna localizada en las manos, en el escroto ó en las mamas; pero en todos los demás es preferible cualquier otro remedio que manche menos y no huela tan mal.

Los parásitos mueren rápidamente á las dos ó tres unturas con la pomada de breva, y ántes con las de miera ó aceite puro de enebro; y como estos medicamentos sirven para combatir, como hemos dicho, las erupciones artificiales, puede continuarse su aplicación el número de días necesario hasta que todo desapareza.



En la sarna de los niños, cuando ataca la cara y la cabeza, simulando el usagre, constituyen el remedio preferible, y mezcladas con el azufre, que modifica su olor y su color, se aplican en Alemania para la curación de todos los sarnosos de los Hospitales.

La célebre fórmula de Wilkinson se compone de brea, azufre, jabón, manteca, creta y sulfuro amónico, y la de Hebra es la siguiente:

Azufre en polvo.....	onza 180
Aceite de enebro ó de haya.....	
Jabón verde.....	onza 500
Manteca.....	
Creta.....	120

Mézclase para fricciones á los sitios de la picazon en el cuerpo, y á las manos y pies del enfermo, condicion indispensable, segun las ideas de este sabio práctico, para la curación rápida del mal.

El petróleo en fricciones generales, que algunos autores consideran como el remedio más seguro y económico que puede prescribirse en la sarna, no ha dado en nuestras manos resultados tan satisfactorios.

El olor que produce, cuando con él se fricciona todo el cuerpo, es verdaderamente insoportable, y algunos enfermos hemos tenido que nos han obligado á suspender el tratamiento, no sólo por su ruego, siempre atendible, sino por que veíamos iniciarse en ellos fenómenos gástricos que pudieran tomar alguna gravedad.

En los cuarenta y tantos enfermos que hemos tratado por el petróleo (todos ellos de sarna generalizada, pero sin costras ni ulceraciones) nuestro modo de proceder ha sido el siguiente:

Hemos prescrito primero dos fricciones generales con cantidad suficiente del aceite mineral en dos noches correlativas, y si la picazon ha continuado, hemos insistido hasta cuatro, seis y ocho fricciones, que ha sido el maximum á que hemos llegado.

En el mayor número de casos la picazon cedía con la primera untura, pero reaparecía á los dos ó tres dias, si no se repetía las veces necesarias.

Después de cuatro unturas hemos extraído sarcoptes que creímos muertos, pero habiendo observado que al cabo de algunas horas de estar en contacto con el aire, revivían y llegaban á caminar por el cristal porta-objetos, sacamos la deducción de que los parásitos estaban anestesiados ó asfixiados por el petróleo y que la acción de éste no era tan eficaz ni tan rápidamente venenosa como algunos creen.

Nuestras observaciones y nuestros juicios fueron publicados por *El Siglo Médico* hace siete ó ocho años, y á ellas remitimos á todo el que quiera más detalles.

El petróleo puede ser, sin embargo, un remedio eficaz y

conveniente cuando no hay otro á mano, pero no os fieis ni creais en la curación porque la picazon cese; estad á la mira que volverá si dais pocas unturas, y entónces justificareis nuestra conducta y la necesidad de insistir en las fricciones hasta el número de seis ó ocho. Esto hace ya más largo el tratamiento y disminuye por consiguiente sus ponderadas ventajas.

Una de las sustancias que más rápidamente mata á los sarcoptes es el yoduro potásico en disolución concentrada.

Nosotros hemos empleado contra la sarna la pomada y el baño general preparados del modo siguiente:

Con la pomada, compuesta de una dracma de yoduro potásico por onza de manteca, hemos hecho friccionar todo el cuerpo, pero principalmente el sitio de la picazon ó de las erupciones, después de un baño general jabonoso. No es inocente y puede ser perjudicial la fricción con esta pomada en toda la superficie del cuerpo, debiendo proscribirse si hay ulceraciones ó dermatosis muy inflamatorias, porque irrita mucho la piel ulcerada ó inflamada.

No basta una sola untura, ni dos, ni tres para asegurar la curación, y en cambio aparecen muy pronto dermatosis artificiales y á veces fenómenos generales, como vértigos, constricción de las fauces, etc., que nos han obligado á desistir de continuar el tratamiento.

Los baños generales con media ó una onza de yoduro potásico tampoco nos han dado los resultados inmediatos y casi instantáneos que teníamos derecho á esperar; pero á pesar de ello creemos que debe insistirse en ensayar y buscar la dosis conveniente y sin perjuicio para el enfermo.

Lo mismo que con el yoduro potásico nos ha sucedido con el sublimado. Todos los preparados mercuriales son peligrosos usados en baño ó fricción general á la concentración necesaria; primero, porque hay muchos puntos desnudados en la piel que han de ser cauterizados ó servir de focos absorbentes al mercurio, y segundo, porque el eczema mercurial y el artificial que rápidamente sobrevienen son tenaces y dolorosos; pero hay algunos casos en que pueden aplicarse sin grave inconveniente.

Los baños de sublimado (media onza para cada uno) sólo pueden prescribirse en la sarna papulosa generalizada de los adultos, siempre que no existan erosiones, costras húmedas, etcétera; pero después de dos ó tres baños no tenemos la seguridad de que la enfermedad parasitaria haya desaparecido, y en cambio la piel empieza á inflamarse y el eczema artificial agudo se desarrolla.

Con la pomada de sublimado ó con la de Aldrete pasa esto último, por excederse en el número de fricciones ó por darlas demasiado cercanas.

Hemos visto curarse sarnas muy generalizadas con una sola fricción general de la pomada de Aldrete, y en los que han sufrido seis ó siete fricciones, las erupciones artificiales han

sido tantas y tan graves, que la nueva enfermedad por ellas provocada era mucho peor que la antigua.

Sirva esto de norma para no abusar de las pomadas mercuriales.

La de calomelanos ó de precipitado blanco puede ser útil en las sarnas localizadas aunque sean pustulosas, porque es un secante poderoso de las erupciones húmedas; pero tanto esta pomada como todas las mercuriales son caras, peligrosas si se dan en fricción extensa ó generalizada, y pueden sustituirse con ventaja por otras, motivo por el cual nuestros ensayos no han sido muy repetidos.

Las preparaciones en que entra el azufre han sido las preferidas por todos los prácticos en el tratamiento de la sarna.

El azufre en polvo, el ioduro de azufre y los sulfuros de calcio y de potasio, en pomada los dos primeros y en disolución ó baño general los dos segundos, han sido los principales sulfuros empleados y los únicos también que nosotros hemos tenido ocasión de ensayar.

El azufre en polvo, formando pomada con la manteca, constituye todavía la base más generalizada del tratamiento antipsórico.

La pomada de azufre de nuestras farmacopeas y formularios se usa con este objeto y además contra todas las erupciones húmedas no inflamatorias ó crónicas, de cualquier naturaleza que sean; pero ha sido costumbre muy generalizada en todos los prácticos adicionar otras sustancias, y especialmente los alcalinos, para combatir mejor la sarna.

La célebre pomada de Helmerie se compone de dos partes de azufre, una de subcarbonato de potasa y ocho de manteca; la de Alibert de 30 partes de azufre, tres y media de cloruro amónico y 60 de manteca, y la de Bourguignon de 90 de azufre, 30 de carbonato potásico, 480 de glicerina, cuatro de goma tragacanto y dos de cada una de las esencias siguientes: lavanda, menta, canela y clavo ó aléi.

Bonnet ha querido, por esta circunstancia, negar al azufre la acción parasitocida que atribuye al carbonato alcalino; pero la verdad es que ambas sustancias la tienen, y que asociadas dan mejor resultado que aisladas.

La pomada de Helmerie es la que preferimos por regla general en el tratamiento de los enfermos del Hospital y en los pobres y medianamente acomodados de la población, por ser el remedio más seguro y más barato; y la de Bourguignon la recomendamos á los ricos, si no prefieren los baños fenicados ó creosotados aromáticos de que ántes os hablamos.

Nuestro modo de prescribir es el siguiente:

El mismo día, ó mejor, la misma noche en que el enfermo se pone en cura, hacemos que se lúnguen sus ropas con cinabrio, con azufre ó con humos de plantas aromáticas, en una habitación cerrada ó en la estufa del Hospital, cuidando de elevar á 40° la temperatura. El enfermo se fricciona *toda su cuerpo* con tres onzas de pomada de Helmerie, se pone

ropa limpia y se acuesta; la noche siguiente se repite la fricción con dos onzas de la misma pomada, y ya no se dá más, sino en casos muy excepcionales.

Los sarcóptes han muerto todos á las dos fricciones, si estas se han dado bien.

Dando mayor número de unturas salen erupciones artificiales extensas y tenaces; que si equivocadamente se toman por empeoramiento de la sarna y se repiten sin cesar, darán lugar á consecuencias deplorables.

Aunque solo se fricione una vez todo el cuerpo la piel se irrita algo, y de aquí el tratamiento consecutivo que casi siempre reducimos á dar al enfermo uno ó dos baños amiláceos y hacer que se éspolvoree con almidón todo su cuerpo durante cuatro ó seis días.

Si á pesar de este tratamiento las erupciones provocadas por la enfermedad ó por el remedio continúan, si hay costras que no se desprenden, eczemas ó impétigos que se resisten, hacemos cubrir las pústulas, las placas de eczema ó las costras con la pomada de breva y de glicerina (partes iguales) ó con el aceite de enebro por la noche, sin abandonar los baños ni los polvos de almidón por el día y al poco tiempo desaparecen si no hay otra causa que las sostenga.

La pomada de Bourguignon exige próximamente los mismos cuidados posteriores, y el método para darla es el siguiente: primer día, baño jabonoso y una fricción general por la noche; segundo, baño simple y fricción; tercero, baño simple de limpieza.

El yoduro de azufre puede aplicarse en pomada ó en disolución acuosa contra la enfermedad que nos ocupa.

La pomada, á la dosis de media á una dracma por onza de manteca, no puede darse en fricción general, porque es muy irritante; pero puede darse en los puntos principales de los picores ó de los surcos durante dos ó tres días, y nada más.

La solución acuosa á la dosis de media onza por dos cuartillos de agua (bien sea así ó con la adición de yoduro potásico, pues de ambos modos la prescribe Cazenave) es de una acción más lenta, y exige ocho ó diez días de tratamiento.

Las pomadas, soluciones y baños con los sulfuros de calcio y de potasio, son más activas y fáciles de manejar.

La pomada de Jalelot se compone de 18 partes de sulfuro potásico, 100 partes de jabón, 12 de aceite, y cantidad suficiente de esencia de espílogo.

Debe darse tres ó cuatro veces en fricción general, acompañando el uso de baños amiláceos.

Los baños se prescriben haciendo disolver dos onzas del quintsulfuro potásico, ó una onza del sulfuro cálcico en el agua del baño. Generalmente se necesitan cuatro ó seis para matar todos los sarcóptes, y se dá lugar con ellos á las mismas erupciones artificiales que determinan todos los agentes antedichos. Depende la tardanza en la curación de que los



sulfuros no se ponen bien en contacto y por el tiempo suficiente con los parásitos, por lo que varios autores modernos proponen que se fricionen los enfermos todo el cuerpo con soluciones concentradas del sulfuro de calcio, que parece más activo que el de potasio, después de limpiar la piel y preparada con baños y fricciones jabonosas. En esto consiste el método de Vlemineckx, empleado en la armada belga con preferencia á los demás, por la rapidez de sus buenos resultados.

Resumiendo todos los datos que nos proporciona la historia del tratamiento de la sarna, podemos reducir éste á tres métodos principales, que son los que se siguen en la práctica: *Método común ó usual; método rápido; y método agradable.*

El *método común ó usual* del tratamiento de la sarna, aunque igual en el fondo, ha variado algo según las épocas, las naciones ó localidades, y la clase de los enfermos.

Prescindiendo del método de las fricciones parciales, que no incluimos en este sitio, á pesar de haber sido patrocinado por Cazenave, más moderno que Helmerie, sólo hablaremos del método hoy común y admitido en la ciencia, que se funda en las fricciones generales parasitocidas.

El método usado en Inglaterra hace muchos años, consistía en lo siguiente:

1.º Se daba al enfermo un baño general jabonoso.

2.º Inmediatamente después, se le hacía dar una fricción general ruda con la pomada sulfurosa.

3.º Se le forraba con ropas de lana, y se ponía la habitación á una temperatura de 25°, obligándole á permanecer en ella dos días tomando sudoríficos y purgantes, y repitiendo cada doce horas la fricción sulfurosa.

4.º Se le daba un baño general de limpieza.

Más adelante se modificó el método inglés, suprimiendo los sudoríficos y las cubiertas de lana; pero quedó el uso de las fricciones, que es la base del tratamiento.

En Francia, Bourdin, médico del Hospital de Saint-Louis en 1812, prescribía: 1.º, un baño general jabonoso, fricionando durante el todo el cuerpo con jabón negro; 2.º, al día siguiente tres fricciones generales con la pomada de Helmerie; y 3.º, al otro día un baño jabonoso de limpieza.

Sus sucesores en el Hospital debieron volver al uso de las fricciones parciales, cuando vemos á Bazin reivindicar hace pocos años para sí la gloria de haber establecido el primero el uso de las fricciones generales, y la curación por este medio de la sarna en veinticuatro ó cuarenta y ocho horas.

A pesar de estas modificaciones del método que hemos llamado usual, la esencia siempre es la misma. Nosotros le aceptamos como el mejor y le empleamos en el Hospital de la manera que hace poco os dijimos y no hemos de repetir aquí, y á pesar de sus inconvenientes y de su lentitud *relativa*, es el que dá resultados más seguros. En la población, ó sea en la práctica particular, casi siempre tenemos que ape-

lar al *método rápido* y con más frecuencia al *agradable*.

El *método rápido* fué iniciado por Hardy al encargarse, después de Bazin, del tratamiento de los sarnosos en el Hospital de San Luis.

Descando que estos enfermos no causasen estancias, concentró en *ménos* tiempo (dos horas) las mismas prescripciones de Bazin; y los sarnosos, después de un baño caliente de media hora de duración, de una fricción inmediata con jabón negro, de otra hora de baño, de una fricción general con la pomada de Helmerie y de otra media hora de baño, salían á las dos horas del Hospital para sus casas, confiados en la curación de su padecimiento, no siempre cierta ni posible.

El método belga de Vlemineckx (1) modificado por Schneider, dura también dos horas, y consiste: 1.º, en un baño general de una hora, durante la cual se fricciona el cuerpo con jabón y una franela; 2.º, fricción general durante media hora con la solución de sulfuro de calcio preparada del modo siguiente: Cal viva, 500 gramos; azufre, un kilogramo; agua, 10 kilogramos. Hiérvase hasta que se reduzca el líquido á seis kilogramos; y 3.º, en un baño general de limpieza de media hora de duración.

Puede incluirse en este método el de las fricciones generales con bálsamo peruviano, durante dos horas, recomendado por Busch, el de las fricciones con trementina recomendado por Wucherer y el del baño fénico de que ya hemos hablado, prolongando su duración el tiempo necesario (2).

El *método* que hemos llamado *agradable* es debido á M. Cazenave, y consiste en lociones con esencias y sustancias aromáticas repetidas durante ocho ó diez días y auxiliadas con baños simples ó amiláceos.

Entre las varias fórmulas que recomienda este sabio dermatólogo, la que hemos empleado con más éxito es la siguiente:

Esencias de menta, romero, lavanda y limón aa media dracma; disuélvanse y mézclense en C. S. de alcohol y añádanse diez cuartillos de infusión de tomillo ó de otra yerba aromática.

Tales son los principales métodos de tratamiento y los principales remedios que se han prescrito contra la sarna; pero hay casos excepcionales en que no debéis, sin ciertas precauciones ó modificaciones, apelar á ellos desde luego.

En la sarna generalizada de los niños de pecho ó de pocos años, no se puede dar el baño largo ni la fricción ruda con jabón y franela; tampoco se pueden repetir las fricciones con

(1) La solución de sulfuro cálcico de Vlemineckx tarda poco azufre y poca agua, por lo que había tal un exceso que no se disolvía.

(2) Fischer de Colonia, después de una fricción jabonosa que precede inmediatamente á un baño á 34°, dá á los sarnosos una fricción con untura empapada en la solución de: Potasa cáustica, 15 gramos; agua, 180, y después un baño corto de limpieza.

Helmerie hace dar una fricción sulfurosa después de la de potasa.



la pomada sulfúrea. Su piel es demasiado delicada para tratarla sin compasión; y si se siguiera el mismo plan que en los adultos, vendrían inflamaciones generales del dérmis graves y aún mortales.

Cuando nosotros tratamos la sarna de los niños por la pomada de Helmerie, sólo prescribimos una fricción general suave; y si la repetimos por ser absolutamente necesaria, es á los seis ó siete días. En vez de baños jabonosos, los recomendamos amiláceos; y el almidón seco en polvo varias veces al día sobre toda la superficie del cuerpo, es el tópico que con preferencia aconsejamos.

Tampoco pueden emplearse los métodos de tratamiento

indicados anteriormente, en aquellos casos de sarna grave de los adultos, en los que todo el cuerpo es una costra ó está cubierto de escoriaciones. En estas circunstancias, ántes de pasar á las fricciones sulfúreas ó parasitcidas, es necesario calmar la inflamación cutánea por baños, polvos emolientes, etc., ó por la pomada de brea y glicerina, que deja caer las costras y cicatriza las escoriaciones.

Es regla general en estos casos excepcionales no aumentar la inflamación de la piel, que tiene ya proporciones considerables, y esperar por lo tanto á que ceda con los remedios indicados, ántes de prescribir las fricciones parasitcidas, que siempre son irritantes.

## LECCION CUARTA.

De las afecciones cutáneas phyto-parasitarias ó tiñas.— Nuestra división en *dérmicas*, *epidérmicas*, *epitéticas* ó *difterias* y *plicas*.— Tiñas dérmicas y vegetales que las constituyen ó determinan.— De la tiña favosa.— Retrato de algunos casos clínicos que se hallan en la enfermería, y de otros publicados en el Atlas.— Resumen histórico de la tiña favosa, y descubrimiento del *achorion*.— Descripción del vegetal parásito, que constituye el favus.— Descripción del favus.— Su composición.— Pruebas físicas, químicas y clínicas de su naturaleza vegetal.— De las causas predisponentes, ocasionales y determinantes de la tiña favosa, ó lo que es lo mismo, de las causas que pueden favorecer la implantación y el desarrollo del *achorion* en el organismo.— Sintomatología de la tiña favosa.— Períodos de la vida del vegetal y su relación fisiológica con los síntomas.— Curso, duración, terminaciones y complicaciones de la tiña favosa.— Diagnóstico, pronóstico, indicaciones y tratamiento de esta enfermedad.

### SEÑORES:

Nosotros estudiamos con el nombre de Tiñas todas las afecciones cutáneas producidas por vegetales parásitos microscópicos.

La mayor parte de los autores, incluso Bazin, conservan este nombre sólo para el favus, y cuando más, para la pelada y el herpes tonsurante; pero si la naturaleza es análoga, no es motivo el que los vegetales profundicen más ó ménos en el espesor de la piel, para modificar la denominación genérica del padecimiento. Lo mismo que en el tegumento externo se presentan vegetales parásitos en el epitelium y debajo del epitelium de las mucosas que están en contacto con el aire exterior, dando lugar á enfermedades graves que no son del dominio de la Dermatología, pero teniendo igual naturaleza y debiendo ser sus indicaciones terapéuticas muy parecidas, no hemos visto tampoco inconveniente en clasificarlas al lado de las primeras con la misma denominación, dejando, sin embargo, su estudio para la patología general é interna.

Conocidas son ya por nuestra primera conferencia las ideas que tenemos sobre el parasitismo que hemos llamado cutáneo-mucoso ó de implantación, y por eso no deberá extrañarnos que dividamos las tiñas en tres clases, segun el sitio en donde crece y se desarrolla el parásito.

1.ª Las *tiñas dérmicas*.—Son producidas por vegetales que se implantan en los folículos pilosos alojados en el espesor del dérmis. Si mañana se descubriese alguna enfermedad

producida por vegetales que se implantasen en los folículos sebáceos ó sudoríparos, debía ser colocada lógicamente en el mismo grupo.

2.ª Las *tiñas epidérmicas*.—Están constituidas por vegetales que se desarrollan entre las células del epitérmis.

3.ª Las *tiñas epitéticas ó difterias*.—Deben su origen á vegetales que se desarrollan entre las células del epitelium ó debajo de él.

Finalmente, en capítulo adicional incluiríamos las *tiñas-plicas* ó *plica* de Polonia; pues aunque es enfermedad que no existe en España y sólo conocemos por estudios teóricos, únicamente puede explicarse su formación por la existencia de vegetales microscópicos y por una *bipercrinia* pilosa coincidente.

Como no queremos salirnos de nuestro especial terreno, y como, dentro de él, sólo queremos hablaros de lo que hemos visto y vosotros podeis ver en la clínica, prescindiremos de las difterias y de las plicas para detenernos en las tiñas dérmicas y epidérmicas, objeto peculiar del dermatólogo.

Las *tiñas dérmicas* son tres: la *favosa*, constituida por el *achorion Schoenleini*; la *tonsurante*, por el *trichophyton tonsurans*, y la *pelada* ó *pelona*, por el *microsporon Audouini*.

Cada uno de estos vegetales, á pesar de la opinion contraria de Hebra, tiene caracteres botánicos distintos, dá lugar á manifestaciones morbosas diferentes, y, aunque todos viven

de los pelos, tienen preferencia por diversos puntos de estos apéndices córneos; el *trichophyton* por el tallo, el *microsporum* por el bulbo y el *achorion* por el tallo y el bulbo. Ocu-  
pémonos hoy de la *tiña favosa* y del *achorion Schoenleini*.

Al pasar revista á los enfermos de la sala 6.ª, que ántes se llamaba de San Matías, habreis sin duda reparado en un muchacho de unos 10 años, campesino al parecer por su color, traje y modales, que traía cubierta su cabeza con una gorra de pelo y debajo con un trapo sujeto á modo de pañuelo aragonés. Venía de un pueblo de la Alcarria, y segun nos dijo era la avanzadilla de otros muchos chicos del pueblo que vendrían tambien al Hospital si él se curaba.

Con semejante estímulo para nuestra vanidad, nos apresuramos á mandarle quitar el trapo protector de su dolencia, y todos visteis como yo el aspecto de aquella cabeza. Pelos claros, muy largos, pálidos, delgados y endebles, en número que podían contarse, trataban de cubrir una extensa calva, lustrosa y roja en unos puntos, lustrosa y pálida en otros, cubierta además en varios de unos cuerpos amarillos, circulares, secos, duros, con los bordes salientes, el centro hundido y atravesados por uno ó varios pelos más cortos, delgados y endebles que los restantes. Con el ángulo de una tarjeta me visteis romper las ligeras adherencias que tenía su circunferencia con las células del resquebrajado epitelio que la rodeaba, y pasando la cartulina por debajo de uno de ellos le extraje y cuecéle.

Ese cuerpo sólido, redondeado como un pequeño boton cóncavo, de un color amarillo blanquizco en su cara libre y de un amarillo verdoso más subido en su cara profunda y adherente, ese cuerpo tan parecido á un hongo es el favus. Al cuecérselo, habreis visto el hundimiento ó concavidad donde se alojaba, ligeramente húmeda como si fuera una desolladura, pero sin pus ni sangre y de un color rojo encendido.

Esa concavidad es lo que yo llamo la *fosa del favus*, y el tejido rojo en que está fraguada es la capa profunda del epitelio ó el tejido reticular de Malpígio, íntegro, aunque algo más congestionado que de ordinario por la acción del cuerpo extraño y vivo que le comprime á irritaba. En el centro de la fosa habreis visto como yo el orificio del conducto pilífero que daba salida al pelo que atraviesa el favus. Este enfermo padece la *tiña favosa*, llamada por los autores *urceolar* ó *lupinosa*, y para haber llegado á destruir la cabellera como lo ha hecho ha tardado más de cuatro años.

Al arrimarnos al enfermo habreis percibido un olor urinoso muy marcado en su cabeza, á pesar de que no pasarían de 40 los favus que tenía, y alguno habrá notado tambien los numerosos pseudo-parásitos que corrían por su superficie.

La lámina 1.ª del grupo de dermatosis phyto-parasitarias de nuestro Atlas representa un caso análogo de *tiña favosa* tipo, y en ella encontrareis bien representados los favus aislados y uno que al ser cuecédo leja ver su cara convexa ó profunda y la fosa favica en que se hallaba.

No léjos de la cama del primer enfermo citado habreis podido ver otro, que aunque lleva dos días en la enfermería, no ha empezado todavía á usar el tratamiento prescrito y os deja estudiar la enfermedad en todos sus detalles por haber cortado bastante al rape el escaso pelo que le quedaba.

Su cabeza parece un empedrado de favus, tal es su número y confluencia. En uno ó dos puntos existen aislados estos cuerpos que conservan su forma circular, su hundimiento central y todos los demás caracteres enunciados; pero en lo restante de la cabeza se tocan, comprimen y confunden sus circunferencias formando placas extensas de favus adheridos ó costras deformes, elevadas y superpuestas como montecillos.

Preguntad al enfermo y os dirá que estas costras son las más viejas, y que las otras, con el tiempo, se juntarán y amontonarán como ellas si se las deja.

Este segundo enfermo padece, como el primero, la *tiña favosa*, pero en sus variedades *escutiforme* y *monticulada*, de las cuales podeis haceros cargo y teneis un buen ejemplo tambien en la segunda lámina del mismo grupo de nuestro Atlas.

Como hay detalles clínicos que no se expresan en los libros, y como las modificaciones que el tratamiento imprime en los males los desfigura mucho, os recordaré, finalmente, uno de los enfermos de la misma sala que ya lleva seis días en ella y que ha sido tratado con cataplasmas emolientes.

El uso de las cataplasmas emolientes tiene por objeto levantar toda la masa de los favus dejando más expedito el camino para la depilación y las unturas que han de continuar el tratamiento.

Esto han hecho en el muchacho que os cito, cuya cabeza, desprovista casi de pelo, os presenta su enorme calva, salpicada en diferentes puntos de manchas eritematosas casi inflamatorias por la intensidad de su color, de un contorno irregular y atravesadas por algunos pelos decolorados y lanuginosos. Sobre estas manchas descansaban los favus que hoy no existen, y eran entónces los alvéolos ó fosas que la nueva formación del epitelio ha igualado ya en su superficie.

No olvidéis nunca estas manchas, señores, porque nos sirven de dato precioso para conocer en cualquier época del tratamiento si el mal está ó no curado, y en este último caso, lo que podrá tardar en estarlo, insistiendo ó modificando la terapéutica empleada.

Por eso las veis todavía en los restantes enfermos de la sala, algunos de los cuales llevan dos ó tres meses en ella y han sido depilados una ó dos veces, porque mientras las manchas existan el mal no ha desaparecido, y retoñaría si,



abandonando el tratamiento conveniente, les dejásemos en libertad de marcharse á sus casas.

Con tales ejemplos á la vista, creo que podremos emprender sin cuidado el estudio teórico-clínico de la tiña favosa.

Las tiñas se confundían en la antigüedad con casi todas las enfermedades cutáneas que tenían su asiento en la cabeza, y las palabras favus, pórigo, alopecia, arca, etc., que se encuentran en los libros antiguos, servían para expresar la misma idea patológica. Ni Celso, ni Galeno, parece que conocieron bien la enfermedad, puesto que el primero confunde las costras del favus con las del impétigo, y el segundo llama así á ciertos tumores de la cabeza que se abren y dan lugar á supuraciones tenaces. En nuestros médicos árabes es donde se encuentra por vez primera bien descrita la tiña favosa, pero con los nombres de *Sáfati* ó *Sahafats* que la dá Avicena, ó de *Albolin* que la dá Rasis, siendo Etien de Antioquia su traductor, el primero que la dá el nombre de *Tinea*.—Probablemente en la forma húmeda que admite, incluiría algun eczema ó impétigo, lo mismo que sucedió más tarde á Pareo, Guy de Chauliac, Alibert y Batteman.

Lorry presintió la naturaleza del favus llamándole *tinea vera* para diferenciarla de las tiñas falsas, que son las demás erupciones húmedas de la cabeza. La especie *ficosa* de Pareo y la *lujinosa* de Guy de Chauliac corresponden á la *tinea vera* de Lorry.

Willan, que incluye la tiña entre las pústulas, describe bien, á pesar de este error fundamental, las formas favosa y escutiforme en que la divide.

Alibert confunde como los antiguos las dermatosis de la cabeza, y admite numerosas variedades de tiña; la mucosa, la lactuminosa, la amiantacea y la furfurácea, son eczemas escrofulosos ó herpéticos en diverso período de su evolución. En cambio llama ya tiña tonsurante al herpes tonsurante que Cazenave creyó descubrir más tarde y que estudios y trabajos modernos han hecho incluir al lado del favus entre las dermatosis phyto-parasitarias.

Llega por fin el año 1839 y Schoenlein publica en los «Archivos de anatomía y fisiología de Moeller» un artículo sobre la patogenia de los impetigines, en el que demuestra que las pústulas favosas del pórigo están compuestas de fibras y esporos vegetales.

Henle en 1840, sin negar la existencia de filamentos vegetales, cree que son una producción accidental que se desarrolla y crece en el pus, pero Remak, que desde el año 1837 había observado lo mismo que Schoenlein, le combate y añade que ha practicado con éxito la inoculación del favus.

Los estudios de Fuchs y Langenbeck en 1840 á 44, que embrollan algo el asunto por decir que han visto los filamentos vegetales, no sólo en el favus, sino en algunos eczemas y costras lácteas de los niños escrofulosos, preceden á los más notables de Gruby publicados en el tomo xiii de las Actas de la Academia de Ciencias de París en 1844 y 1842.

Gruby describe perfectamente el achorion, explica su introducción en el bulbo piloso y afirma tambien que le ha inoculado con éxito en sujetos sanos y en varios animales.

Hannover en 1842 compara los esporos del achorion con los del *criplococcus cerevisie*, y los filamentos con los tubos del *Leptomitus*, vegetales no muy antiguos ni conocidos en la flora microscópica moderna.

Los trabajos hechos en Inglaterra por Bennet hácia la misma época, confirman el descubrimiento alemán; pero este autor atribuye, como Henle, el desarrollo del vegetal á la putrefacción de las exudaciones escrofulosas.

Siguiendo los estudios en Alemania, Mueller y Retzius, en sus «Anales de anatomía y fisiología», tratan de clasificar el vegetal y dadan si se debe incluir en el género *Oidium* de Link ó en el *Tórula* del mismo autor; y Remak, de Berlín, en 1845, publica otra obra, en la que después de una buena descripción del favus, de su germinación é inoculación, opina porque se forme un género, el *achorion*, por tener bastantes caracteres diferenciales del oídium de Link.

La obra de fisiología patológica de Lebert, publicada el mismo año, aunque llama al vegetal *oidium Schoenleini*, le describe con todos sus detalles, y explica perfectamente el modo de agrupación de sus elementos para constituir la masa del favus, así como la introducción de los esporos entre las fibras del pelo que poco á poco destruyen.

Los incrédulos empiezan, tanto en Alemania como en Francia, á querer observar al microscopio y á explicar lo que ven por vez primera.—Vogel, en su «Anatomía patológica general», describe el vegetal del favus y el del herpes tonsurante, creyéndole idéntico al de la plica polaca, pero dice que se desarrollan siempre sobre una exudación escrofulosa que, aunque no ha podido inocularla, debe existir necesaria y previamente.

Léveillé, en su artículo *Mycologia*, del Diccionario universal de Medicina de París en 1847, niega la existencia de los esporos vegetales, que considera como glóbulos de sangre ó de pus, y Cazenave, en su obra sobre las enfermedades del cuero cabelludo, se revuelve contra la escuela parasitaria alemana, y contra Lebert, Gruby y Robin, sus compatriotas, que apadrinan doctrinas semejantes, afirmando, sin probarlo por supuesto, que el favus es, no una pústula, como creía Willan, sino una acumulación de sustancia sebácea en los orificios de los folículos pilosos.

Rayer, Gibert, Devergie, y otros dermatólogos modernos, llegan por fin á percibir y estudiar los esporos vegetales,

pero todos van con la idea preconcebida de que si existen es de una manera accidental, constituyendo una complicación o siendo un efecto de la descomposición pútrida de las exudaciones previas características del mal.

Fueron precisos los trabajos clínicos, microscópicos y químicos de Bazin, sobre los que insistiremos más adelante para fijar la naturaleza de la tiña favosa y la composición del favus, y desde él, Hardy y los demás dermatólogos contemporáneos van considerando ya la enfermedad como resultado del desarrollo y evolución del achorion *Schoenleinii*.

Intentaré, señores, la descripción de esta planta microscópica, haciéndoles notar de paso una cosa que está demás hablando con personas ilustradas como son todas las que me escuchan, pero que, sin embargo, hay necesidad de hacer llegar á los oídos del vulgo, que es, por desgracia, el que tiene que juzgarnos.

Para el vulgo sólo son vegetales los altos y copudos árboles, ó las plantas de cierto tamaño que está acostumbrado á ver en los campos ó á comer en su mesa. Pasa al lado de una piedra cubierta de *moho*, observa el desarrollo de éste en el pan húmedo, en el queso y en otras sustancias, y no se le ocurre pensar que tiene delante un vegetal perfecto, aunque no vea en él tronco ni flores, espigas, ni frutos de ninguna clase.

Desgraciadamente entre los médicos hay también mucho vulgo, y no faltan algunos que, desconociendo el microscopio, dedican con la audacia su ignorancia, hablando de ilusiones, de defectos y de otras cosas que no es ciertamente el ignorante el que tiene derecho á nombrar.

Tratándose de una cuestión botánica y microscópica, lo natural sería dejar hablar á los botánicos y micrografos, pero como se inicia con ello una verdadera revolución en la patogenia y en la terapéutica de ciertas dolencias, los apegados á lo antiguo se oponen siempre á los adelantos modernos.

Nos ocupamos además de vegetales criptógamicos, es decir, de organismos vegetales simplicísimos, y entre ellos de los más rudimentarios de las últimas clases de la escala.

Una serie moniforme de células ó esporos, un tubo único, bifurcado, terminado en un agrupamiento de células ó formado por ellas, algunos filamentos huecos y vacíos entrecruzados y mezclados con algunos esporos bastan para constituir los elementos de un vegetal, que crece por aumento de masa, es decir, por nuevos esporos, nuevos tubos ó nuevos filamentos que se entrecruzan ó yuxtaponen á los primeros, y sobre esta investigación difícil, el médico, que por regla general no es un gran botánico ni un hábil micrografo, tiene que dar su fallo clínico inapelable.

Yo, que me hallo comprendido en esa regla general, que no soy botánico y que sólo puedo considerarme como aficionado ó aprendiz de micrografo, he comprobado por mi mismo lo que dicen los botánicos, los micrografos y los químicos, y

he visto además que los hechos clínicos se explicaban bien y con la más severa lógica por la teoría del parasitismo vegetal.

Grosso modo y delante de vosotros he cogido trozos pequeños de favus y pelos de varios enfermos de la sala 6.<sup>a</sup>, los he colocado entre dos cristales, y así, mientras yo os describo el vegetal, podéis irle mirando por los tubos de ese microscopio bi-ocular, que está puesto á un aumento de 650 diámetros.

El achorion pertenece entre las plantas criptógamas ó acoelidónicas al grupo de los hongos, tribu de las oideas, clase de las artrospóreas toruláceas de Lévillé.

Sus elementos son tres: el *mycelium*, los tubos esporíferos y los esporos.

El *mycelium* está constituido por filamentos muy delgados, de 0,003 de milímetro de diámetro, huecos y formando tubos, vacíos casi siempre, flexuosos, ya simples, ya ramificados una ó dos veces, abundantes en la superficie del favus y escasos en su interior.

El diámetro de estos tubos es siempre igual, lo mismo en el tronco que en las ramificaciones cuando existen; algunas veces se ven en su interior granulaciones moleculares, pero nunca hay tabiques ni esporos. Uno de los extremos de los tubos es siempre libre, pero el otro se encuentra en ocasiones adherido á una masa de esporos.

Los tubos esporíferos son más gruesos, rectos ó encorvados; pero no flexuosos, y tienen en su interior esporos sueltos ó juntos y soldados formando tabiques celulares dentro del tubo, y los podéis ver en diferente grado de desarrollo. Hay unos largos que tal vez tengan de longitud un cuarto de milímetro y que contienen esporos grandes de 0,005 de milímetro, otros que parecen constituidos sólo por dos ó tres grandes esporos alargados y unidos, y algunos vacíos y delgados en unos puntos y ensanchados en otros, conteniendo en estas dilataciones granulaciones ó esporos rudimentarios.

Los esporos son, como veis, ovales ó redondos y tienen un diámetro variable entre tres y diez milésimas de milímetro, refractan mucho la luz y en su interior suele haber granulaciones pequeñas, dotadas de un movimiento browniano muy vivo que se nota mejor poniendo una gota de agua entre los cristales de la preparación.

Lebert y Robin han descrito y dibujado en sus obras diferentes formas de esporos que se apartan del tipo común y se mezclan con los demás y con los tubos.—En sus atlas encontrareis esporos de forma triangular ó cuadrada con los ángulos redondeados, ovoides, estrangulados por la mitad, etc., etc.

El centro del favus es el que contiene mayor número de esporos; á su alrededor se encuentran muchos tubos esporíferos, y en una zona más exterior los tubos de *mycelium*, tocando con su extremo libre la cubierta epidérmica de la masa vegetal.



El achorion sembrado en sustancias azoadas germina, pero al poco tiempo se cubre todo de penicillium y no nos atrevemos á decir si éste ha nacido espontáneamente ó si depende de una trasformacion de aquél como pretende Hallier.

Inoculándole debajo del epidérmis de una manzana sucede lo mismo. El sitio preferente de germinacion del parásito que nos ocupa es el folículo piloso. Los pequeños y al parecer ténues esporos del achorion tienen una gran consistencia y dureza y penetrando en el fondo del folículo piloso se adhieren á la capa de células más exterior del bulbo, se reproducen por division ó segmentacion cuando ya tienen su total desarrollo, se unen varios, se entrecruzan y forman una red adherente á la parte intrafolicular del tallo del pelo.

Algunos esporos separan los filamentos córneos de que éste se compone y penetran en su tubo central ó en los intersticios y hendiduras de la raíz, deformándolos, decolorándolos y atrofiándolos ántes de salir al exterior y poder ser reconocidos por sus caracteres físicos.

Por esto el mal se reproduce siempre que nos contentamos con separar los favus ó el vegetal exterior, prescindiendo de la depilacion que elimina gran parte del vegetal interior y deja expedito el paso á los remedios parasiticidas. El vegetal, nutriéndose á expensas del pelo, del bulbo y de las paredes del folículo, gana terreno y se dirige al exterior, levantando por un lado la capa del epidérmis que se refleja para introducirse en el folículo y formar su pared externa y separando por otro las fibras del pelo ó cubriéndole por su cara externa de una vaina reticulada, lesiones que podeis ver en esas preparaciones microscópicas.

Una vez que el vegetal ha llegado al exterior crece rápidamente por debajo de la capa córnea del epidérmis á la que levanta con facilidad, toma la forma umbilicada y desarrolla todos sus elementos, es decir, los tubos y el mycelium que la falta de espacio ó la compresion intrafolicular no permitian engendrar con desahogo.

Siguiendo el crecimiento, se rompe la cubierta epidérmica que aprisionaba al vegetal y le daba forma, se acumulan unas encima de otras nuevas masas de esporos y de tubos, si algunas se desprenden las sustituyen otras, pero todas por fin caen y el vegetal muere cuando le falta el alimento por la caída del pelo y la destruccion del folículo.

El achorion, en esa época media de su vida, es decir, cuando ya ha salido del folículo y se desarrolla debajo del epidérmis sin llegar á romperle, constituye ese cuerpo especial que se conoce con el nombre de favus.

Aquí teneis uno, enucleado en la Clínica delante de vosotros; es, como veis, duro, compacto, fríasle, de un color blanco amarillento de azufre, más intenso en su cara profunda que en la superficial y sobre todo que en el interior de su masa.

Su forma es circular, y su tamaño el de una lenteja

PRIMERA PARTE.

grande excavada en el centro de una de sus caras y perforada ó atravesada en todo su espesor por el conducto de uno ó varios pelos.

No todos los favus son de este tamaño, como habeis podido ver en la enfermería. Los hay mucho más pequeños y mucho mayores, pudiendo apreciarlos cuando salen al exterior y tienen ménos de un milímetro de diámetro, ó cuando en su completo desarrollo y próximos á romper la capa epidérmica que los oprime, adquieren el de un centímetro ó centímetro y medio.

Su espesor varia entre uno y seis milímetros y podemos estudiar en su superficie dos caras y un borde circunferencial.

La cara profunda es bastante convexa, tanto más, cuanto más joven, reciente y pequeño es el favus; está alojada en una depresion ó concavidad del dérmis y capa reticular de Malpigio, que la sirve de molde y á la que denominamos *fosa favica* ó *fosa del favus*; se halla humedecida por la exudacion de los vasos capilares del dérmis y de las células epidérmicas profundas; es lisa y brillante y se ven en ella uno ó dos pequeños orificios por donde pasan ó pasaron uno ó dos pelos. Lebert ha encontrado algunos favus que daban una prolongacion perceptible al interior del conducto folicular desde el centro de su cara profunda.

El color amarillo verdoso que tiene esta parte oculta del favus, bastante subido en el momento de enuclearle, se hace más pálido y blanquecino en contacto del aire y ya le notareis más decolorado que hace media hora cuando le separamos del enfermo. Como no tiene igual intensidad en toda su extension parece algo irisante, sobre todo cuando conserva la humedad que le empapa en la fosa favica.

La cara externa ó superficial forma lo que nosotros llamamos el *embudo del favus*. Unas veces está al nivel de la piel y otras sobresale uno ó dos milímetros; es plana en su borde exterior, pero en su centro tiene un hundimiento ó concavidad llamada *ombiligo* que no es más que el punto de salida del pelo y el sitio donde el epidérmis reflejo comprime y separa la masa del vegetal.

La cara externa del favus tiene un color amarillo de azufre, pero el ombiligo tiene un color más oscuro y á veces negruzco.

No sólo no está húmeda como la profunda, sino que por el contrario está muy seca, árida y cubierta de una capa epidérmica, laminosa y resquebrajada.

Si existe pelo sale por el ombiligo; si se ha extraído ó si ha caído espontáneamente, el ombiligo se continúa con el tubo que atravesaba, es decir, con el conducto del *embudo favico*, continuacion á su vez del conducto pilífero.

El borde circunferencial del favus es casi siempre un círculo perfecto si le atraviesa un solo pelo, como sucede en la tina del cuerpo; pero en la que ocupa la cabeza, es irre-

33



gular, ovoide, elíptico, etc., etc., según el número de pelos que le atraviesan ó la compresión que en él determinan los otros favus ántes de solarse entre sí.

Está incrustado como el borde de un lente biconvexo entre las dos capas del epidérmis que va como una cuña separando, y hay generalmente á su alrededor glóbulos pyodes, detritus epidérmico y exudación albuminosa, todo lo que constituye una ligera costra parecida á la costra laminosa epidérmica que cubre la cara externa ó el *embudo*.

Si partís el favus de arriba á abajo y por la mitad con un bisturí fino, observareis su estructura ó composición.

El corte queda limpio y la sustancia interior más pálida en su color que la externa y mucho más que la de la cara profunda parece esponjosa como la del queso, teniendo en ocasiones una oquedad central bien observada por Lebert y adquiriendo consistencia y cohesión conforme se acerca á la superficie.

Si os fijáis bien en el corte del favus, vereis inmediatamente debajo de las células epidérmicas, que en forma de escamillas le cubren, una línea que también le rodea y en la cual la sustancia que la compone parece muy compacta y unida. Esta línea representa el corte vertical de una especie de membrana envolvente, llamada por Robin *stroma* ó ganga amorfa, parte integrante y constitutiva del favus, formada por el mycelium apretado y no, como se había creído, por pus, allómina ni exudaciones desecadas.

Dentro, finalmente, de todo ello, están los esporos, los receptáculos de estos órganos y los tubos vacíos que en su conjunto forman el vegetal achoron Schoenleini.

Han surgido dudas entre los dermatólogos modernos acerca de si la existencia de este parásito en el hombre podía ocurrir en sitios desprovistos de pelo, en las membranas mucosas por ejemplo.

Lebert cita un caso de favus del glande; pero Bazin demostró en otro análogo la existencia de un pelo imperceptible que le atravesaba á pesar de ocupar el mismo sitio.

Nosotros hemos tenido en la enfermería ejemplos de esta enfermedad en la mucosa nasal, vulvar y prepuceal; pero en todos hemos podido hacer constar como Bazin la presencia de pelos más ó menos desarrollados.

Cuando los pelos han caído ó se extraen el vegetal sigue viviendo, sin embargo, algunos días, de donde puede deducirse, que en cierta época de su desarrollo no le son aquellos completamente necesarios, siquiera sea precisa su presencia para su germinación y primera implantación en el hombre y en los animales.

El sitio necesario de la primera implantación del parásito, no es precisamente el fondo del folículo piloso, sino el punto terminal del conducto pilifero, es decir, el epidérmis profundo de este orificio, ó como dice Bazin, la terminación de la *membrana capsular interna*, desde cuyo sitio el vegetal

puede prolongarse por un lado al interior del folículo y por el otro á la superficie de la piel. Si así no fuera las inoculaciones no darían nunca resultado. Si no llegásemos á colocar los esporos en el interior de los folículos, cosa muy difícil como podréis suponer, no podríamos trasplantar la tiña á los animales, y algunos de vosotros recordareis las inoculaciones que con éxito hemos hecho en gatos y en perros, sin más que levantar el epidérmis por el amonico.

En dos láminas del grupo de dermatosis pluto-parasitarias de nuestro Atlas y en las historias que las acompañan podréis ver el medio de inoculación que hemos empleado y los resultados obtenidos en varias especies de animales, datos de gran importancia, como os prolaré más tarde cuando volvámos sobre este asunto; pero ahora me permitiréis que le abandone para demostraros la naturaleza vegetal y parasitaria de la tiña favosa.

El morbidismo vegetal, como teoría patogénica fundada en recientes descubrimientos de la microscopía y de la botánica, debía tener forzosamente muchos y poderosos enemigos entre los partidarios de las ideas antiguas.

Hoy, sin embargo, Cazenave y algunos de sus discípulos son los únicos en Europa que todavía discuten sobre la naturaleza vegetal del favus, pues como hace poco os hemos dicho, Hardy, Rayer, Gilbert, y el refractario Devergie se han convencido ya del error en que estaban.

El mismo Cazenave no rechaza en sus últimas obras la existencia de esporos vegetales, pero cree que se desarrollan sobre la *materia sebacea alterada* que, según él, constituye el favus; en vista de lo cual, pareceme necesario exponeros las razones que existen en apoyo de nuestra opinión y las pruebas de todo género en que la fundamos.—El análisis físico-microscópico del favus basta para convencerse, no estando prevenido en contra, de su naturaleza vegetal.

Trátase, con efecto, de un cuerpo sólido desde *ab initio*, y seguramente si estuviera formado por pus, como creía Willan, ó por sebo, como presume Cazenave, sería líquido en su origen.

Su forma y su color le asemejan mucho á los pequeños hongos ó á los líquenes que se desarrollan en la corteza de los árboles, hasta el punto de que, si viéramos crecer á este cuerpo en uno de ellos, no dudáramos en tomarle por un vegetal parásito.

Su sequedad y fragilidad alejan la idea de cualquiera secreción ó exudación concreta, exudación ó secreción que no se observa, por otra parte, en ninguna época del mal y en ningún punto de la masa del favus.

Su composición, determinada por el microscopio, ya hemos dicho cuál es.—En el interior del favus no hay un solo glóbulo de pus, de moco, de grasa ni de sangre, no hay más que esporos y tubos entrelazados; y la ganga amorfa ó el *stroma* de Robin, que para Cazenave es el sebo concreto

mejor caracterizado, está constituido, como habeis visto, por el vegetal más perfecto, es decir, por el mycelium apretado. Si alguna célula de epitelium veis mezclada con los tubos, es rara y fácilmente conocida. Rodeando al favus por su cara cutánea encontraréis abundantes las células córneas del epidermis y en la humedad de la fosa favica del dermis algun glóbulo pyoides mezclado con la exudacion albuminosa de los capilares y de las células del tejido reticular de Malpighi, pero esto se halla fuera de la masa del vegetal.

El análisis químico de la sustancia favosa viene en apoyo de las pruebas físicas alegadas.

El alcohol, el éter, y el cloroformo sobre todo, que disuelven rápidamente el sebo dejan intacto el favus; el amoníaco que disuelve el pus no le ataca; la sosa y la potasa, que á cierto grado de concentracion disuelven las células epidermicas, tampoco le destruyen y todas estas sustancias, que sirven perfectamente para limpiar el vegetal de las impurezas que le rodean, se conducen de la misma manera con los demás vegetales admitidos como indudables por los botánicos y aun por el vulgo.

Limpiad un favus con el alcohol ó con el cloroformo y despues con los alcalis, y si le observais al microscopio le vereis idéntico al que no ha sido tratado por esos líquidos disolventes.—Probad comparativamente su facultad contagiosa y la encontraréis igual.

Me direis y con razon que estas son pruebas *relativas*, y nada más que *relativas*, de la naturaleza vegetal del favus; pero las pruebas *absolutas*, la distincion general entre los elementos organizados, animales y vegetales, es todavía muy difícil tratándose de seres que se juntan en los dos últimos tramos de la escala respectiva.

Los micrografos y los químicos dan, sin embargo, dos reglas importantes para diferenciar la célula animal de la vegetal. 1.ª Las células vegetales se tocan por sus paredes, formando tubos de esporos, mientras que las animales, ó están libres en un líquido, ó separadas por el tejido conectivo en que se forman. 2.ª La celulosa vegetal dá reaccion azul con el yodo y el ácido sulfúrico, exceptuando la de las criptógamas de la clase de las mucédneas, reaccion que no existe ó no se encuentra en la cubierta de las células animales.

Ambos caracteres distintivos tienen sus excepciones, porque como sabeis perfectamente hay células animales, las del epitelium pavimentoso y las cartilagineas, que se tocan; y precisamente en las mucédneas no dá la celulosa la reaccion azul con el yodo y el ácido sulfúrico que tanta falta nos hacia en la ocasion presente; pero añadiendo al conjunto de estos caracteres genéricos los específicos ó de la especie y los *relativos* de que ántes os hablaba, tendremos el fundamento suficiente para diferenciar las células entre sí y conocer además, aplicándole á nuestra cuestion, si el favus es ó no un cuerpo vegetal.

¿Podrán confundirse nunca los esporos del *achorion* con las enormes células del cartilago ó con las exagonales del epitelium pavimentoso?

¿Qué importa, por otra parte, que la celulosa del *achorion* no dé la reaccion azul característica de los vegetales, si ninguna planta mucédnea la dá y nadie por eso duda de que se trata de verdaderos vegetales acotiledóneos con todos los demás caracteres de la clase, de la familia y del género?

En el análisis químico del favus, recién hecho por algunos profesores, se ha encontrado una gran cantidad de albúmina y se ha creído por esto que debía ser aquél un cuerpo de procedencia animal; pero como el favus no se ha limpiado previamente y se ha remitido al químico mezclado con las costras que pueden rodearle, con el epidermis que le cubre, con los pelos que le atraviesan y con la sangre de los arañazos que se concreta en los intermedios de las costras, no tiene nada de particular que exista albúmina en cantidad variable.

La clinica y la experimentacion vienen, por último, en apoyo de la naturaleza vegetal de la tifa favosa.

Una de las razones clinicas que lo prueban es el modo de crecer y de desarrollarse el favus y el modo de obrar de su masa sobre la superficie del dermis.

Levantado un favus con precaucion habeis visto el dermis hundido y congestionado, pero no ulcerado ni supurante, porque á los pocos minutos se eleva y cubre del epidermis, y esto indica claramente que se trata de un cuerpo extraño y sub-epidérmico que obra por compresion ó por absorcion, que no determina inflamacion, ulceracion ni supuracion por la lentitud de su crecimiento y que al ser eliminado deja la piel en sus condiciones normales. Ningun otro proceso morbozo conocido obra de esta manera, porque ninguna lesion anatómica es contigua, sino continua con los tejidos en que se desarrolla. Si se tratase de una inflamacion veríamos tumefaccion que no existe, supuracion que no se forma, exudaciones liquidas que, si acaso, se presentan simpáticamente en otros puntos, pero nunca en el favus. Si se tratase de una hipersecrecion, cosa imposible porque no hay secreciones sólidas, las glándulas estarían hipertrofiadas. Si se tratase de un cuerpo extraño y sin vida propia, venido de fuera y eliminado por el folículo piloso ó sebáceo, tendría siempre el mismo tamaño sin crecer ni propagarse á puntos más ó ménos próximos.

De modo, señores, que siendo forzosamente un cuerpo extraño y vivo, que es sólido y que está implantado en un pelo como la yedra en un árbol, siendo un *sér vivo* pero inmóvil, que crece de una manera escéntrica, comprimiendo por su crecimiento los sitios próximos ó rompiéndolos si son ténues como el epidermis, ¿qué otra cosa puede ser que un vegetal y un vegetal parásito?

Mirad los pelos de esos polares tífosos de la enfermería y



al verlos en diferentes periodos de la enfermedad débiles, quebradizos, delgados, decolorados, ásperos, deslustrados, resquebrajados y, por fin, muertos, preguntareis á vuestra inteligencia, como yo lo he hecho varias veces pensando sobre este asunto, ¿quién sino un parásito puede robarles la sívica que los nutre y el pigmentum que los colorea? ¿Quién puede interponerse entre sus fibras separándolas y rompiéndolas?

Si esos pequeños cuerpos esféricos que ahí veis rodeando el pelo y separando sus fibras no fueran cuerpos vivos dotados de un crecimiento independiente, si fueran glóbulos de sangre, de grasa ó de otras sustancias organizables, se organizarían sin destruir y sin robar los jugos nutritivos al pelo, se absorberían por la acción asimiladora del organismo si ocupaban un sitio que dentro de él no les correspondía, ó se eliminarían por la inflamación separatoria sino era posible su absorción; pero mientras exista el pelo, el favus persiste y se reproduce.

Matad el pelo, evitad su nueva salida, impedid que el folículo produzca otro nuevo, quitad, en una palabra, al favus el alimento que le sostiene y que le da vida y le veréis espontáneamente marchitarse y morir también separándose de su sitio de implantación. Si pudiéramos suprimir los pelos y los folículos pilosos de la organización animal suprimiríamos también el favus de la patología. Si el hombre y los animales careciesen todos de pelo no existiría la tiña favosa.

Por esta misma razon la enfermedad desaparece espontáneamente, ó mejor dicho, por necesidad cuando ha destruido por su larga existencia todo el pelo de la cabeza y por esto veis en las calvas permanentes y antiguas de los devotos de la sala de San Matías que en ellas no existen favus, sino en los puntos en donde hay nno ó varios pelos.

El modo de crecer el favus, el modo de obrar que tiene sobre la piel y sobre el pelo, el modo de enfermar y de morir de este apéndice cutáneo y el modo de desaparecer la tiña cuando aquél ya no existe, son, pues, datos clínicos muy importantes para presumir la naturaleza vegetal de la enfermedad que nos ocupa y para confirmar los datos de la microscopia que coloca al achorion entre las plantas criptógamas.

Hay otros dos datos clínicos importantísimos que son la caquexia parasitaria y los resultados del tratamiento parasiticida.

La primera se ha puesto en duda, pero en algunos casos es evidente.

En la primera leccion creo haberos hablado de dos muy notables, uno que murió en la enfermería al día siguiente de su entrada, teniendo todo su cuerpo cubierto de favus, y el otro el de la joven amenofónica retratada en la lámina 4.ª y 5.ª de nuestro Atlas. No existiendo en ambos otra lesion orgánica profunda que explicar pudiera, en ésta el marasmo y en

aquél el marasmo y la muerte, hay que apelar para darse razon de estos casos, raros ya porque se acude pronto á combatir el mal, á la depauperacion general y á la falta de la respiracion cutánea que produce un parásito tan extenso y generalizado.

La piedra de toque del tratamiento confirma, por último, todas las sospechas, porque ni aún sirven los remedios parasiticidas, sino se les hace llegar á los sitios en que se encierran y ocultan los esporos mediante la depilacion.

Hay una serie de pruebas clínico-experimentales que demuestran mejor que las anteriores la naturaleza vegetal y parasitaria de la tiña.

Nos referimos al contagio, á la inoculacion ó trasplantacion y al polimorfismo de las plantas mucedíneas y por consiguiente del achorion, cuestion que ha tratado de resolver Hallier en estos últimos años.

El contagio de la tiña favosa, como hemos indicado en otro lugar, es directo ó indirecto mediante los esporos que revolotean por el aire y que al germinar en un individuo pueden hacer crecer en el desarrollo espontáneo de la enfermedad. Claro es que si los esporos del achorion que se desprenden de un tífoso pueden reproducir la enfermedad en un sugeto sano la enfermedad es parasitaria vegetal.

Para hacer más positiva esta prueba vino la experimentacion á intervenir inoculando los esporos del achorion en el hombre y en los animales, y los casos que describe Bazin, los de Gigard, los de Saint-Gir y los que podreis ver en nuestro Atlas clínico demuestran la posibilidad de la trasmision directa del vegetal del hombre á los animales y viceversa.

Hallier y algunos otros botánicos alemanes creen que existe el polimorfismo en los hongos microscópicos, es decir, que segun el sitio ó el terreno en que se siembren, ó simplemente por tener como la tenia generaciones alternantes, puede un vegetal cambiarse en otro, en cuyo caso, fabricando á voluntad el achorion y haciendo tiña con él, no habria en nadie derecho para dudar de la naturaleza vegetal de este padecimiento.

Hebra supone que algunos micrófitos considerados por los botánicos como especies distintas son uno solo en diverso periodo de desarrollo ó de edad y duda si el mismo individuo vegetal cambiará de condiciones aparentes segun el terreno en que prenda, sin dejar por eso de ser el mismo.

Para Barry todos los parásitos vegetales del hombre se forman por metamorfosis del *aspergillus*; para Hallier el achorion procede del *penicillium glaucum* y el herpes tonsurante ó el *trichophyton* del *aspergillus glaucus*.

Zvin afirma que inoculando *penicillium* en la piel humana, se origina el favus y Pick dice haber determinado una enfermedad análoga.

Los experimentos hechos por Galleton y Gigard no confir-



man tales trasformaciones; pero el asunto tiene demasiada importancia para que no se intente repetir estos experimentos, y, aunque todavía no puedo daros cuenta de los mios y de sus resultados por haberlos empezado ayer, tal vez en este curso podreis ver conmigo las trasformaciones del *penicillium* y lo que determina su inoculación en los conejos y en el hombre. Hoy por hoy la duda existe, la cuestion no está resuelta y aunque el polimorfismo sea una verdad no podemos colocarla al lado del contagio directo del *achorion* como prueba de la naturaleza vegetal del favus.

Creendo, sin embargo, haber discutido bastante la cuestion me permitireis que, abandonando este asunto para mí bien resuelto, pase á deciros algo de otras causas de la tiña favosa, es decir, de las circunstancias que favorecer pueden el desarrollo y la implantacion del *achorion* en la piel del hombre.

Es indudable que la edad infantil predispone más que ninguna otra circunstancia al desarrollo y á la implantacion del *achorion* en la especie humana.

Para un viejo que vais con tiña, encontraréis nueve adultos y noventa niños menores de 45 años. Esta es, al ménos, la proporción que resulta de los 1.200 enfermos de tiña favosa que han pasado por nuestra enfermería en los últimos doce años y debe advertirse que una gran parte de los adultos la padecian desde muy jóvenes.

La falta de resistencia en los tejidos que acompaña á la niñez, la mayor abundancia de líquidos, la acidez que casi siempre tienen éstos por el predominio linfático de su habitual temperamento, el mayor tamaño de los poros cutáneos, la delicadeza de los tiernos cabellos que en los primeros años de la vida existen y otras mil circunstancias que concurren en los niños pequeños, los hacen muy aptos para recoger del aire, ó directamente de un enfermo, los esporos del *achorion* y ayudar su implantacion, su germinacion y su desarrollo al calor de su vida exuberante.

Se ha observado también que en el sexo femenino es mucho más rara esta enfermedad que en el masculino, y á la verdad que tan curioso dato sólo ha podido explicarse por la mayor limpieza que generalmente se tiene con la cabeza de las niñas. De los 1.200 enfermos citados anteriormente, 954 eran varones y los restantes hembras, y en las obras modernas de dermatología que tratan del asunto encontraréis datos estadísticos que se aproximan á los nuestros.

Un temperamento linfático exagerado, una constitucion pasiva y una salud habitual endeble ó delicada parece que predisponen á la tiña favosa; pero lo que seguramente influye mucho en el rápido desarrollo del parásito vegetal son las caquexias, las diátesis ó enfermedades constitucionales y la depauperacion orgánica consiguiente ó dependiente de una enfermedad crónica. Así como las enfermedades agudas y graves detienen la evolucion del vegetal dando lugar á ese

fenómeno que hemos llamado sueño del parásito, así las crónicas por el contrario le dan más vida y alimento, viniendo á confirmar el refrán castellano de que *á perro flaco, todas son pulgas*.

La escrófula es el cortejo casi obligado de la tiña, pudiendo decirse que ambas enfermedades se predisponen mutuamente. A menudo se mezclan sus manifestaciones cutáneas y si el diagnóstico entre ellas no fuera tan fácil sería éste motivo de confusion y duda.

La falta de limpieza es muchas veces causa determinante de la tiña, pues equivale á una inoculación tolerada ó consentida.

Todas estas causas, á las que hay que añadir la acidez de las exudaciones morbosas ó de las secreciones cutáneas normales en los niños, la humedad del aire, la mala alimentación, la falta de higiene de las habitaciones, etc., etc., no pueden, sin embargo, producir por sí solas la tiña sin la existencia del germen específico ó de los esporos del *achorion*, que es la única causa eficiente del padecimiento.

Convencidos de esto, dejaremos á un lado detalles etiológicos secundarios y seguiremos en el estudio de la tiña favosa la serie de las manifestaciones morbosas, que esa causa eficiente determina segun su evolucion y el momento de su desarrollo.

En el estudio de la sintomatología de la tiña favosa podemos admitir tres períodos, que están en relacion con los períodos de la vida del vegetal. En el primero, oculto éste en el interior del folículo piloso, sólo demuestra su existencia por las alteraciones que en los pelos provoca; en el segundo, ya sale al exterior, podemos verle y apreciar sus condiciones, así como el aumento de las alteraciones del primer período; y en el tercero, cuando el vegetal exterior se desprende y el pelo cae, ya sea esto un efecto natural y espontáneo, ya resultado del arte, nada podemos ver en el pelo que no existe, ni en el favus que cayó, pero veremos las reliquias del mal y los trastornos cutáneos que todavía producen los esporos vegetales que, contenidos en el folículo, no han podido ser eliminados.

No creáis que la enfermedad *total*, y penosamente esta frase, pasa en todas sus partes de un período á otro período. En unos puntos la vereis en el primero, en algunos en el segundo y en otros en el tercero, porque la vida y el desarrollo de cada favus es independiente de la vida y desarrollo de los restantes y cuando caen en una parte se presentan nuevos en otra.

Este conjunto de lesiones parciales diferentes es precisamente lo que más caracteriza á la tiña favosa; pero como no hay más remedio que elegir un método para la descripción de los síntomas, formamos arbitrariamente estos períodos á condición de deciros y demostraros más tarde lo que se ve en la práctica, que no es nunca lo mismo que lo que se lee en los libros.

*Primer período.*—Introducidos los invisibles esporos del achorion en el folículo piloso y albiéndose á sus paredes y sobre todo al bulbo obran desde luego en estas partes como cuerpos extraños que provocan una irritación secretoria y una excitación nerviosa local poco graduadas. Teniendo que sacar su nutrición de los sitios en que se implantan obran además como verdaderos parásitos, rotando primero los elementos nutritivos destinados al pelo y apoderándose después de la misma sustancia pilosa que separan, disgregan y tal vez se apropian.

De aquí proceden todos los síntomas importantísimos de este período que se ha llamado malamente de incubación, porque el vegetal no es visible al exterior, aunque existe en el interior preparando lentamente su salida. Una ligera picazón en uno ó varios puntos de la cabeza, de la cual no hace caso el enfermo, es la sensación nerviosa preliminar que puede avisar al médico la incubación de la tiña. Esta sensación poco molesta y continua existe desde esta época hasta la terminación de la enfermedad; pero á los pocos días de su primera aparición, si se observan los pelos, se ven ya en ellos alteraciones poco perceptibles en un principio y más graduadas cada día, que pueden indicarnos con seguridad la naturaleza del padecimiento que amenaza, ó mejor dicho, que ya está en vía de desarrollo.

No en toda la cabeza, sino en uno ó varios puntos muy limitados, vereis pequeños mechones de pelo que se diferencian del sano por su color, su brillo, su aspereza, fragilidad y diámetro.

El color de los pelos atacados por el *achorion*, sin ser diferente del que tiene el pelo restante de la cabeza, es algo más bajo. El brillo oleoso del pelo normal ha desaparecido en ellos. Los vereis ásperos, quebradizos, mucho más delgados y débiles que los pelos sanos y mirándolos con un lente percibireis en su textura trastornos de importancia. Unos están desfilachados y con varias puntas, otros resquebrajados, algunos gruesos y ensanchados en dos ó más sitios y como estrangulados en las inmediaciones, y no pocos rotos desigualmente como astillas ó como secuestros.

Si sacáis uno con la pinza y le miráis al microscopio, encontrareis estos mismos trastornos más pronunciados en la raíz: algunas cadenas de esporos cubren por intervalos su superficie; esporos sueltos se habrán introducido en su espesor dislocando sus finas fibrillas y la totalidad de la raíz, comparada con otra sana, os parecerá hinchada y deforme.

En los niños pequeños, rubios y de escasa cabellera, se presenta en la piel sobre que descansan los pelos enfermos una placa eritematosa, nummular, roja, indolente, con un ligero aumento de la descamación normal; pero en los adultos ó en los niños de pelo negro y cerrado esta congestión ó sub-inflamación del dérmis es apenas visible y sólo se percibe en

una época más adelantada del mal, ó descubriendo la parte por la depilación.

Pasan algunas semanas, durante las que se hacen más quebradizos los pelos, cayendo en parte y quedando claros, decolorados y lanuginosos los restantes; se aumenta la hipersecreción epidérmica y empieza á observarse al redor de uno ó más pelos una línea amarillenta y circular que de día en día se la ve levantarse y crecer de una manera exéntrica. Es el vegetal que sale del folículo al exterior.

*Segundo período.* Esa línea circular amarilla no es, como dice Cazenave, una colección semi-líquida del sebo cutáneo que en veinticuatro horas se concreta, sino una sustancia sólida desde *ab initio*, compacta, de la dureza del queso, y constituye el cuerpo sólido cóncavo-convexo y atravesado por uno ó varios pelos que hemos llamado favus.

¿Necesitaréis que repita en este momento lo que acabo de decirlos hace poco acerca de su figura, de su tamaño, de su textura, composición y crecimiento?

Esa línea circular amarilla es el pequeño favus que, colocado entre las dos láminas del epidérmis va lentamente creciendo de una manera exéntrica en espesor y en circunferencia, hasta que adquiriendo un diámetro de uno ó dos centímetros y no pudiendo la capa epidérmica cúrcia resistir más su fuerza de dilatación, se rompe y le deja salir y crecer al aire libre.

Durante la existencia de los favus en la superficie cutánea, existencia larga pues llega á ser de muchos años, los pelos cada vez más comprimidos en los conductos de los embudos favicos, cada vez más disgregados en su sustancia por la interposición de esporos y de tubos vegetales y cada vez más atrofiados por la pérdida de sus elementos nutritivos y aún de su mismo tejido, que aquellos absorben para su nutrición, se ponen más rojizos, decolorados y tiernos, más ásperos, deslustrados y frágiles, y tan débiles y delgados que parecen el vello del cuerpo. Algunos caen, y á los pocos días los favus correspondientes les siguen en su caída; queda en el sitio que ocuparon una mancha roja de contorno irregular, que no desaparece con la presión del dedo y pasado uno ó dos meses vuelve á salir un tenuísimo pelo, engendro raquítico del medio comido folículo, y á su alrededor sale también un nuevo y pequeño favus, que en su crecimiento acaba por fin de destruir á ambos.

En este período de la enfermedad la picazón es más intensa pero no intolerable, el enfermo se rascó y destruye algunos favus, dando lugar á arañazos y erupciones artificiales vesiculosas y pustulosas próximas. Si por el desaseo y la incuria se ha criado miseria, la picazón es más terrible, los arañazos más cruentos, las erupciones consecutivas más grandes y la afección parasitaria puede complicarse con otras que la oscurezcan.

El olor característico de la tiña, rancio, urinoso, especial y



nauseabundo se percibe bien en este periodo, sobre todo si hay muchos favus rotos, ó lo que es lo mismo, si hay mucha materia favosa al descubierto.

En los casos complicados con erupciones artificiales estruensas se mezcla con el olor de la putrefacción de las costras y de las exudaciones húmedas de la cabeza y se hace insostenible. Llega con esto, andando el tiempo, en toda ó en la mayor parte de la cabeza el

*Tercer periodo de la tina favosa*, y en él caen definitivamente los pelos, porque el folículo está ya destruido; algunos días ó semanas después caen los favus rotos y poco más tarde los íntegros, pues caído el pelo y obturado el folículo, les falta el terreno alimenticio necesario para su vida. Entonces se ven sembradas aquí y allá calvas deformes, de contorno irregular, algo hundidas, rosadas y lustrosas, separadas entre sí por pequeñas islas de pelos sanos ó enfermos, pero que todavía viven por estar menos adelantada la enfermedad.

Estas calvas rosadas van perdiendo el color hasta que quedan blancas y sin pigmentum, como las manchas del vitiligo, ó las de la tina pelada, de que os hablaré en una lección muy próxima y la alopecia resultante y definitiva, rara y deforme porque no es igual en toda la cabeza, sino por placas separadas ó irregulares, dá á la fisonomía un aspecto ridículo fácil de comprender.

Tal es, en resumen, la sintomatología de la tina favosa relacionada en sus periodos con los periodos de la vida del vegetal; pero hay algunas modificaciones en ella, segun las variedades de forma ó de asiento de la enfermedad, que conviene que conozcáis.

Siguiendo en esto á Bazin, que es el dermatólogo que mejor ha estudiado las tinas, admitiremos con él en las variedades de forma la *urceolar* ó *alveolar*, la *escutulata* ó *nummular* y la *esquarrosa* ó *monticulada*, y en las variedades de asiento la *del cuerpo* y la *de las uñas*, además de la de la cabeza, que es la estudiada como tipo y á la que nos referimos siempre en la descripción sintomática.

La *urceolar*, *alveolar*, *focosa* ó *lupinosa* es también el tipo de la tina favosa y á la que puede referirse principalmente la descripción que acabo de haceros. En la primera lámina del grupo de dermatosis fito-parasitarias de nuestro atlas está bien representada, y en la enfermería habéis visto hoy mismo algunos casos. Es la única que puede presentarse en el cuerpo, porque estando en éste los folículos y los pelos muy separados, dan siempre lugar al desarrollo perfecto del favus, sin obstáculos laterales que le estorben ó modifiquen en su figura ó conformación externa.

Es también la que con más frecuencia vereis en la cabeza, sobre todo en el principio de la enfermedad y en el tercer periodo de la misma cuando ya hay poco pelo en ella por haberse destruido la mayor parte.

Nada tengo que añadir á lo que ya sabéis respecto á la

tina urceolar de la cabeza, cuya sintomatología y curso espontáneo es el de los tres periodos que acabamos de estudiar juntos, y como no quiero repetirme, pasaré á las demás variedades, en las que hay algo de especial digno de conocerse. Una cosa debo advertiros, sin embargo, para que no confundáis una forma de la tina urceolar, que se ha llamado coherente, con la escutiforme ó nummular de que os hablaré en seguida.

Cuando los favus de la cabeza ó del cuerpo están próximos, al llegar á cierto grado de crecimiento sus circunferencias se tocan, pareciendo la placa en que se hallan colocados un empedrado ó tablero de damas cuyos peones se tocasen por un punto; pero así como en este ejemplo quedaria entre cada tres piezas un espacio triangular de bordes cóncavos, lo mismo, aunque no con tanta regularidad, pasa con los favus de la tina urceolar, lo que ciertamente no se observa en la tina escutiforme ó escutulata, en la cual se confunde la sustancia favosa de toda la placa vegetal.

En la tina urceolar *coherente* se ven siempre los bordes de los favus más elevados que su centro, se percibe su ombligo y su embudo y nada de esto existe en la escutiforme, á pesar de ser debida al mismo vegetal *achorion* que determina la primera.

La abundancia de pelo que en la escutiforme hay en el origen de la enfermedad, contrasta además con el claro del pelo del tino que padece la urceolar coherente.

La tina *scutulata* ó *nummular* es propia de los adultos ó de los que tienen, al ser contagiados, un pelo muy cerrado y espeso. La observareis casi siempre en sujetos robustos, nada linfáticos ni escrofulosos y la vereis empezar por placas eritematosas, nummulares ó redondas, sobre las que se forma durante muchos días una descamación epidérmica muy considerable y adherente, que acompaña á una alteración de los pelos menos notable y más lenta en sus progresos que la que se observa en los favus urceolares.

Las placas eritematosas son algo dolorosas y elevadas, determinan picazon y á veces pústulas fugaces; pero su secreción constante es esa descamación blanquecina y algo húmeda que forra los pelos en un estuche semi-gomoso parecido al del herpes tonsurante.

Al salir el vegetal al exterior del conducto, como no encuentra intacto el epidérmis sino roto y resquebrajado por la descamación que forma, se va mezclando con ésta y dándola poco á poco su color amarillo hasta que la sustituye por completo.

En este momento la sustancia favosa no constituye ese cuerpo llamado favus, sino una gran placa redondeada, elevada dos ó tres líneas sobre la superficie de la piel y atravesada en la totalidad de su masa por numerosos pelos. Esta placa no tiene los embudos del favus ni sus bordes elevados, pero es también sólida, seca, granujenta, salta en pedruzcos



blanco-amarillentos cuando se la frota y al inocularse en el cuerpo desarrolla la tiña urecolar.

Más ó menos cerca de ella hay otra ú otras placas, y creciendo todas de un modo excéntrico pueden juntarse y formar una que ocupe la mayor parte de la cabeza.

Avanzando la enfermedad van destruyéndose y cayendo los pelos y después la masa del vegetal; pero cuando éste vuelve á salir, como ya hay pocos de aquellos y están separados, la tiña toma la forma urecolar. Lo mismo sucede cuando se hace una sola depilación y se deja reproducir el mal por suspensión del tratamiento parasitocida.

La variedad de tiña favosa que hemos llamado con Bazin escurrasa ó monticulada es á veces un momento avanzado del favus urecolar desarrollado al exterior, pero á veces también se presenta desde luego, porque roto el epitelio por arañazos ú otras causas, no se forma aquél con igualdad y la materia favosa que en la variedad escutiforme se desarrolla en superficie, crece aquí desigual é irregularmente en altura, dando lugar á montones ó montecillos deformes, irregulares, resquebrajados y anfractuados parecidos á los que otros vegetales parásitos determinan en la corteza de los árboles viejos ó enfermos.

Levantadas las costras con lavatorios, baños ó cataplasmas y dejando reproducir la enfermedad se presenta la forma urecolar á sustituir á la monticulada, porque hemos dejado tiempo para que se forme nuevo epitelio y evitado el que éste se encuentre roto á la salida del vegetal.

De modo, señores, que las diferencias que entre sí tienen las tres variedades de tiña favosa que acabamos de estudiar, dependen de la confluencia mayor ó menor de los pelos y de estar intacto ó roto el epitelio; pero no de que sea diferente su esencia, es decir, el vegetal *Achorion* que á todas las dá origen. Estudiemos ahora entre las variedades de asiento la del cuerpo y la de las uñas.

La tiña favosa del cuerpo se presenta por lo común durante el curso y en un período avanzado de la tiña favosa de la cabeza, siendo las uñas del enfermo las conductoras del germen contagioso y las encargadas de inocularle ó trasplantarle.

En algunas ocasiones, aunque muy raras, puede empezar la enfermedad en el cuerpo, deteniéndose en él y limitando á uno ó varios puntos su desarrollo, si se trata convenientemente, ó propagándose, por el contrario, á la cabeza, si se descuida el uso de los sencillos y eficaces medios que para curarlo exige.

Hace muy pocos días que se presentó en mi consulta una señora anciana con tres favus casi imperceptibles en la aróla del pezon de la mano derecha. Tendrían el tamaño de una cabeza de alfiler y estaban atravesados por el vello fino de esta región.

A esta señora, cuya madre murió de un cáncer de la glán-

dula mamaria, pero que jamás había tenido granos ni erupciones de ningún género, le chocó ver salir en su pezon, sin exudación previa ni formación de pus, unas costras secas, cenicientas y circulares, que crecían en diámetro, pero que en vez de levantarse se deprimían; y teniendo miedo por el padecimiento de su madre, vino á consultarme ántes de que tomase creces el mal.

Se los enucleé con la punta de una tarjeta, saqué los tres pelillos enfermos, toqué las fosas fávicas con aceite de enebro y la dije que podía darse por curada, insistiendo algún tiempo en los toques.

Al pronunciar el nombre de tiña, á pesar de que su cabeza estaba sana, recordó que un pequeño nieto suyo, al que recibí en sus brazos algunas veces, tenía costras en la suya, y fué preciso avisarla de que la naturaleza de su enfermedad era seguramente la misma.

Os cito este caso, primero por su rareza y también porque si no hubiera visto nunca nacer los favus me hubiera sido difícil conocerlos. Este diagnóstico, que para mí fué sumamente sencillo, hubiera sido imposible para el que no haya asistido mucho tiempo á una clínica dermatológica, con lo cual quiero decirlo, que no hasta leer los libros ni oír las explicaciones de un profesor, si no se acostumbra vuestra vista á percibir y diferenciar todo lo objetivo de las enfermedades cutáneas.

Ahora no existe en la clínica ningún tiñoso del cuerpo, pero en las láminas del atlas teneis dos buenos ejemplares, sólo que en ambos la afección coexistía en la cabeza, siendo en un caso la enfermedad generalizada y limitada en el otro á la espalda.

Como podeis ver en esas láminas, la forma urecolar aislada es la que predomina; pero también en algunos puntos existe la urecolar coherente y en algunos la escurrasa ó monticulada, porque la rotura del epitelio ha dejado crecer en libertad á la planta favosa.

La tiña favosa del cuerpo no toma nunca la forma escutiforme; tiene sus períodos mucho más rápidos, porque los pelos son de suyo escasos y débiles; dura ménos y tiene ménos gravedad, porque desaparece espontáneamente ó se cura más pronto; pero en cambio si se generaliza, puede determinar la caquexia y la muerte por la falta de la respiración y demás funciones de la piel.

Puede presentarse primitivamente en sujetos sanos y robustos como el de la señora que os he citado, pero lo común es que aparezca, como consecuencia de la tiña de la cabeza, en sujetos demacrados y miserables y en niños escrofulosos y enclenques. Bazin se fija mucho y con razón en los caracteres prodrómicos, ó que se presentan en la piel que aloja los favus ántes de que éstos salgan al exterior, para diferenciarlos de los que proceden al herpes tonsurante ó circinado, y poder por ellos adivinar cuál de estas enfermedades es la que

ha de venir ó la que va á presentarse; caracteres prodrómicos que por sí solos tienen una especial significación.

Las manchas ó anillos eritematosos sobre los que se presentan los favus son pequeños, de poco diámetro como las picaduras de pulga, al paso que los anillos del herpes ó tiña tonsurante son grandes, de uno ó dos centímetros de diámetro y crecen rápidamente de una manera escéntrica. Como pueden coexistir las dos tiñas, es conveniente conocer este dato para predecir con acierto.

El *favus unguis* ó la tiña favosa de las uñas es bastante rara; nosotros no hemos tenido ocasión de observarla más que una sola vez á pesar de los infinitos tiñosos que han pasado á nuestra vista, y no nos extraña por eso que haya sido desconocida por la mayor parte de los autores.

El caso á que nos referimos se presentó en un enfermo que padecía de muchos años atrás una tiña favosa de la cabeza, propagada al cuerpo y generalizada al venir á nuestra enfermería.

La enfermedad por un lado, la piojera por otro y el gran desaseo y suciedad del enfermo, que de seguro no se había lavado en un año, le obligaban á rascarse con sus largas y encorvadas uñas, verdaderas garras humanas, y en dos dedos de la mano derecha se observaba bien la enfermedad, que ya había perforado las uñas y se presentaba al exterior como la tiña monticulada de la cabeza.

Muy sensible es que no mandásemos á la sazón copiar el aspecto de aquellas uñas rotas y engarabilladas, porque es difícil daros una descripción completa de su estado.

Según el enfermo, la dolencia empezó por engordar y levantarse las uñas en su centro, lo que se acompañaba de ligero dolor y cosquilleo. Mirando al trasluz esta joroba unguis, veía en ella y á través de la uña una sustancia oscura, cenicienta, que parecía un grande cuerpo extraño. La joroba unguis fué creciendo lentamente, la uña adelgazada empezó agrietándose por varios puntos y terminó rompiéndose al mes y medio ó dos meses del origen del mal dando salida por esas diferentes grietas á la sustancia favosa. Las puntas de las dos largas uñas enfermas, que hasta entónces eran rectas, se encorvaron sobre su eje, tomaron la forma de una S, se desfilacharon y rompieron por algunos puntos de sus bordes, y mientras tanto el favus creciendo, unió todas las grietas en una sola abertura desigual y algo redondeada que pudimos apreciar nosotros al hacer la avulsión de la uña.

Tales son, señores, las variedades principales de la tiña favosa respecto á su forma y al asiento que ocupa.

Permítame ahora algunas palabras sobre el curso, la duración, complicaciones y terminación de esta cruel enfermedad, no tanto en lo que se refiere á las condiciones naturales que deben tener y que conocéis bien por todo lo que hemos dicho hasta aquí, sino por las modificaciones frecuentes que el tratamiento habitual imprime en ellas.

GRACIA PÉREZ.

El curso natural y espontáneo de la tiña favosa es lento, muy crónico y continuo, es decir, que el mal no desaparece y vuelve á aparecer como en las dermatosis constitucionales, sino que se estaciona cuando más dejado á sí propio. Puede desaparecer de una manera aparente, si alguna enfermedad intercurrente aguda y grave á ello le obliga, dando lugar á ese fenómeno llamado *sueño del parásito*, pero en la convalecencia se presenta otra vez con doble fuerza y sigue su curso progresivo.

Si el tiñoso no padece enfermedad grave intercurrente el mal avanza siempre, porque ántes de que en un punto haya llegado á su tercer período se ha verificado el contagio en los pelos próximos y salen nuevos favus en ellos, siendo á su vez, y andando el tiempo, reemplazados por otros.

Como la enfermedad vive mientras halle sustento en los pelos de la cabeza, su duración puede ser de diez, veinte y más años, pudiendo acontecer también que el tratamiento paliativo que prescinde de la depilación y de los parasitocidas enérgicos ayude la mayor persistencia de la enfermedad en vez de favorecer su término; pero cuando el arte interviene con su racional terapéutica el curso y la duración de la tiña favosa se modifican notablemente.

El tratamiento racional elimina primero los favus, elimina después los pelos, deja practicable por este medio la abertura de los folículos pilosos, hace llegar á su interior el veneno que debe destruir el oculto parásito que los devoraba y deja por lo tanto á la glándula libre de su enemigo y apta para continuar funcionando de una manera fisiológica, reproduciendo los pelos, que fueron arrancados por el arte.

Cuando el mal á fuerza de tiempo hace caer el pelo y obtura la cavidad del folículo la calva es permanente y el pelo no vuelve á salir; pero cuando el arte lo arranca pronto, ántes de que la lesión folicular sea muy grande, el pelo no sólo brota, sino que brota sano.

Jugad por estos datos el curso, la duración y la terminación de la tiña favosa bien tratada. El parásito detiene bruscamente su desarrollo y la enfermedad por lo tanto se para también en su camino, desapareciendo sus síntomas propios para dejar lugar á las lesiones sustitutivas que determina el tratamiento: la duración del mal queda limitada á la duración necesaria del plan curativo, que varía entre dos y diez meses, según la extensión y antigüedad del mal, según las complicaciones que hayan podido sobrevenir y según la precisión, perfección, rapidez y modo de emplear los remedios. La terminación, finalmente, será la curación completa, sin calvas ó alopecias permanentes en los puntos en que han llegado á tiempo los recursos de la ciencia.

Las modificaciones sintomáticas que el tratamiento racional determina en el curso de la tiña favosa no las vereis descritas en los libros y tienen, sin embargo, un grande interés para el diagnóstico, puesto que muchos enfermos se nos presentan

25



en épocas más ó ménos avanzadas de su tratamiento y tenemos que conocer el mal cuando faltan los favus y aún los pelos.

Por esta razon, es conveniente cuando entreis en la enfermería de tiñosos que coloquais juntos delante de vosotros cuatro ó cinco enfermos en diversos momentos ó períodos del tratamiento. Recordad, para que os sirvan de ejemplo, algunos casos de los que habeis visto hoy conmigo en la sala 6.ª ó de San Matías.

Sea el primero aquel niño alcarreño con su pañuelo á la cabeza, que os he puesto como tipo de la tña urceolar al principio de la leccion. En él podeis apreciar todos los caracteres de la enfermedad sia las modificaciones de los remedios, puesto que acababa de entrar en el Hospital.

Colocad á su lado el núm. 6 de la misma sala, aquel muchacho casi raquítico que entró en ella hace seis dias y que ha sido tratado con cataplasmas emolientes para dejar caer las costras ó favus que cubrian toda su cabeza.

Las cataplasmas han limpiado de costras todo el sitio enfermo, y su cabeza presenta un aspecto muy diferente del que tiene el enfermo anteriormente citado.

Calvas pequeñas como de un centímetro, unas blancas, otras rojas, de forma ó contorno irregular y en número de treinta ó cuarenta, están separadas entre sí por mechones de pelo fuerte en unas, débil y descolorido en otras, y aglutinado en todas por la masa pegajosa de la cataplasma que no se levanta facilmente por los lavatorios. Dos favus que han quedado en el pelo de las cejas sirven para delatar la enfermedad conservando sus caracteres.

El núm. 11 de la misma sala lleva ya un mes de tratamiento; se dejaron caer los favus con el mismo medio, se le cortó el pelo á la distancia de un centímetro de la piel, y despues de limpiar perfectamente su cabeza practicaron una depilacion completa, dejando sólo algunos pelos en la region occipital y en una linea correspondiente al borde superior del frontal, porque en ella estaban buenos y separados bastante de los puntos enfermos. Se le ha locionado despues de la depilacion con la disolucion de sublimado y se le ha dado por las noches la pomada de la misma sustancia durante los últimos dias.

Si os fijais en la cabeza de este enfermo observareis: 1.ª Que parece toda ella limpia de pelo, pero mirándola de costado se percibe un vello finísimo que se ha olvidado extraer ó que no ha visto el depilador. Esto, que sucede siempre, sirve para daros razon de la necesidad que hay de prescribir dos ó tres depilaciones para la curacion de la tña. 2.ª No existen ya en la cabeza de ese niño favus, costras ni fosas ó depresiones fávicas. 3.ª La piel del cráneo lisa y reluciente tiene su color natural y se ve la sombra de los pelos que salen en las partes sanas, mientras que en las que han tenido favus, el color de la piel es rojo encendido, con contornos irregulares y no desaparece por la presion del dedo.

Al lado de este enfermo hay otro en iguales condiciones;

se hizo en él la depilacion hace un mes, pero por circunstancias especiales (un golpe que le produjo una herida en la cabeza) hubo necesidad de suspender las lociones y unturas de la pomada de sublimado, y en él podeis ver cómo se reproduce la enfermedad. Prescindiendo de la herida y fijádoos en los demás puntos depilados vereis la piel seca, árida, cubierta de una descamacion blanca y en muchos sitios amarillenta, formando algunos pequeños favus que seguirian creciendo si se les dejase.

En el enfermo núm. 20, que lleva dos meses y medio en la sala y que acaba de sufrir hace unos dias la segunda depilacion, preséntase una complicacion curiosa que conviene que conozcais.

Su cabeza ántes de esta segunda depilacion estaba limpia, roja en los puntos enfermos y con los pelos nuevos que en ellos retoñaban, delgados, quebradizos, pálidos y enfermos; pero sana su piel y normal su pelo en lo restante. El depilador ha debido ser poco hábil, apoyar la pinza mucho en la piel, tirar mal de los pelos ó sacar muchos á la vez y ha dado lugar á una erupcion de piústulas discretas, en número de diez ó doce, planas, redondas ó circulares con un punto negro y deprimido en el centro, que por esto y por su color amarillo parecen nuevos favus.

Se han formado, sin embargo, en veinticuatro horas, están llenas de pus, de lo que podreis convenceros pinchando una de ellas, y están rodandas de una inflamacion crinitomatosa del dérmis craneal que rodea el orificio ú orificios de los folículos pilosos.

Bueno es que conozcais esta erupcion que puede confundirse con los favus y que no es otra cosa que un eczema artificial ó provocado por la depilacion.

Finalmente, señores, para terminar vuestro juicio fijaos bien en el enfermo núm. 24 que sale hoy con alta despues de seis meses de tratamiento y tres depilaciones hechas por su vecino el núm. 23. Las placas rojas, que todavia quedaban en su piel despues de la segunda depilacion, han desaparecido con la tercera, el pelo retoña fuerte, excepto en algunas pequeñas calvas que serán permanentes por no haber llegado á tiempo en ellas el remedio, no hay descamacion de ninguna clase y podeis afirmar que la enfermedad está curada y que no volverá á presentarse sin un nuevo contagio.

Tal es el curso de la tña favosa cuando interviene el arte para su curacion con los remedios apropiados; cinco, seis, ocho meses bastan para curarla. Comparad esta duracion y esta favorable terminacion con la duracion de la enfermedad dejada á sí propia y con la terminacion por calvicie permanente; estudiad ó recordad ahora la naturaleza del mal y comprendereis como yo, por qué en las tñas no se ve la espontaneidad curativa ni la fuerza medicatriz del organismo y en cambio se ve la poderosa accion de los remedios.

Las complicaciones más frecuentes de la tña favosa son

las demás tiñas, la piojera; las erupciones artificiales que por ellas y por los arañazos del enfermo pueden ocasionarse y las erupciones constitucionales que comunmente se presentan por la disposicion del individuo y la ocasion que el parásito les ofrece.

Mucho pueden modificar el aspecto de la tiña favosa cada una de estas complicaciones.

La piojera ó pitiriasis es la más frecuente por el desaseo personal que acompaña generalmente á los tiñosos. Innumerables piojos recorren la cabeza del enfermo, se anidan en las circunvoluciones de los favus, rompen el epidérmis que los cubre y sujetan, mueven los pelos, convierten en monticulada la tiña urceolar, desprenden la sustancia favosa, que se separa de la piel y se enreda entre los pelos en forma de copos ó de costras aisladas, y el paciente al rascarse, para mitigar la picazon, solo consigue dar más movimiento al ejército parásitario, romper más los favus, hacerse arañazos cruentos, ulceraciones sanguinolentas y erupciones artificiales húmedas que mezclan su exudacion con los productos de la enfermedad y la oscurecen ó confunden.

La tiña pelada y las tiñas epidérmicas es muy raro que se mezclen con la favosa y la compliquen; pero en cambio es tambien muy frecuente la coexistencia de la tiña tonsurante en los puntos intermedios y con los caracteres propios que os daré á conocer en la próxima conferencia.

Las erupciones artificiales que se provocan en la cabeza de los tiñosos por la enfermedad ó por las uñas del enfermo, se reducen á erosiones y arañazos que se cubren de costras secas y sanguinolentas, á eritemas agudos y flemones erisipelatosos circunscritos que terminan por supuracion, á píustulas de ectima ó de impétigo que determinan costras húmedas y que rodean ó se mezclan con los favus y á lesiones dérmicas, en fin, variables en su forma elemental segun el grado y la intensidad de las causas excitantes que las provocan.

Las escrofulides benignas, húmedas ó exudativas (el eczema ó el impétigo), y algunas secas como la pitiriasis, se presentan complicando á la tiña favosa, y en este caso vemos mezcladas sus costras húmedas y sus numerosas erosiones con la sustancia amarillenta desprendida de los favus ó con los favus íntegros: se apelotonan los pelos por la exudacion glutinosa de la escrofulide; la picazon es mayor; la sangre trasuda fácilmente y forma costras irregulares y negruzcas; los ganglios próximos se inflaman y los parásitos ó pseudo-parásitos se aglomeran en el dérmis descubierto y aumentando rápidamente su prole dan lugar á trastornos de importancia.

Llegamos con esto al diagnóstico de la tiña favosa, y preciso será demostraros ántes de entrar en detalles diferenciales, que en ocasiones es muy difícil aun para dermatólogos ilustrados y prácticos eminentes. Suponed que os presentan un favoso de un mes ó dos de enfermedad con el pelo cortado al

rape y desprendidos días atrás los favus con cataplasmas, lavatorios, unturas, etc., y como no tendréis á la vista los caracteres principales dudareis y con razon ántes de decidirlos, ó esperaréis para formar vuestro juicio á que pase el tiempo necesario para su retorno.

En el caso contrario, cuando están visibles y son fácilmente apreciables todos los caracteres específicos y patognomónicos del mal, el diagnóstico puede hacerse por el método que hemos llamado absoluto.

Si el mal es debido al contagio; si los favus se presentan con todos sus caracteres, con su forma circular, su depresion central, su color amarillo de azufre; si son secos desde que empiezan á salir y á crecer, si el pelo que les atraviesa está alterado y si en algun punto ha determinado ya calvas permanentes ninguna duda debeis abrigar de que se trata de la tiña favosa, sobre todo si el microscopio os demuestra la existencia del achorion Schoenleini.

Pero hay ciertas enfermedades de la piel de la cabeza, llamadas por los dermatólogos pseudo-tiñas, que pueden simular algunos de estos caracteres y conviene que sepais distinguirlas.

Todas ó casi todas las pseudo-tiñas son escrofulides benignas exudativas, es decir, eczemas ó impétigos escrofulosos. Pues bien, en su periodo de declinacion pueden tener costras secas y amarillas, pueden haber determinado calvas y alteraciones nutritivas de los pelos que comprimen; pero si reparais bien, no vereis en las costras la umbilicacion ni la forma circular, no las vereis tampoco hundidas en la fosa fávica ni las podréis enuclear; la alteracion de los pelos es consecutiva al mal ó á la caída de las costras que los arrancan y no precede á su brote como pasa en el favus; las calvas no son permanentes ni parecen cicatrices planas como en la tiña favosa y, en fin, si observais al microscopio nada vereis de parásitario y si inoculais no obtendréis resultado.

En su origen ó en su periodo de estado, el modo de brotar rápido de la escrofulide sin alteracion del pelo, el color amarillento, la humedad y la forma de las costras, la inflamacion y picazon que las acompaña impide el que podais confundirla con la tiña favosa tan lenta, insidiosa y callada en sus primeras manifestaciones.

Las escrofulides, herpétides ó reumatides secas ó escamosas (pitiriasis y psoriasis capitis) pueden tambien confundirse con el momento de reproduccion de una tiña favosa que se ha tratado con cataplasmas ó lavatorios, ó con la tiña que hemos llamado escutulata.

Recordad siempre para estos casos que en las tiñas precede y coincide siempre la alteracion del pelo, mientras que en las afecciones escamosas de la cabeza se presenta despues de muchos meses de enfermedad; que las dermatosis escamosas no se elevan mucho sobre la piel, mientras que la placa nummular de la tiña escutulata, siempre más circun-



crita y mejor limitada que aquellas, se eleva dos, tres y á veces cuatro líneas y en fin, que el color amarillento de azufre de la tiña es diferente del blanco nacarado de las escamas.

No es posible que confundais la tiña con las sífilides crustáceas de la cabeza. La alopecia que éstas determinan es debida á la ulceracion y sus costras húmedas y negruzcas tapan ulceraciones profundas llenas de una supuración espesa, saniosa y fétida, cosas que, como sabéis, no se hallan en la afección fito-parasitaria.

La alopecia sífilítica, que no es lo mismo que la alopecia ó las calvas consecutivas á las sífilides ulcerosas de que acabamos de hablar, es general en toda la cabeza, no presenta costras escamosas ni erupción de ninguna clase, es temporal, cede á los remedios internos antisifilíticos y no va acompañada como la tiña de enrojecimiento (en placas) de la piel del cráneo, de picazón ni de alteraciones profundas de la sustancia de los pelos.

Lo mismo sucede con la alopecia de los leprosos.

El diagnóstico entre las diversas especies de tiñas dérmicas es fácil cuando las tres se presentan á vuestra observación con los caracteres típicos de su periodo de estado. La tiña tonsurante presenta en la cabeza, como manifestación eruptiva ó parasitaria, una placa circular ligeramente escamosa, sobre la que se desarrollan pequeñas vesículas; el pelo en estas placas ó tonsuras cae de pronto, cortado por el vegetal á poca distancia de la piel y el trozo de tallo piloso que queda se ve rodeado del estuche blanco que le forma el parásito. Nada se ve de favus ni de color amarillo, tampoco se eleva la placa tonsurante como la placa favosa escutiforme, ni del centro de la tonsura salen pelos largos aunque enfermos como del centro del favus ó de la placa nummular ó escutulata. Los pelos que en la tiña favosa se extraen con facilidad, se rompen al cogerlos con la pinza en la tonsurante. Finalmente, observándolos al microscopio se encuentran en ellos, en vez del achorion, el trichophyton tonsurans, vegetal muy diferente por sus caracteres, como os haremos ver en la próxima conferencia.

La tiña pelada ó pórriigo de calvas se distingue mejor del favus porque carece absolutamente de erupciones ó costras. Los pelos caen en ella de pronto y sin que el enfermo pueda sospecharlo en mechones que dejan al descubierto placas redondeadas ó angulosas de piel, que aparece á vuestra vista lisa, reluciente, pálida ó decolorada, sin vestigios de pelo, costras, inflamación ni alteración congestiva apreciable; pasado algun tiempo se presenta otra calva en algun otro punto distante y este curso, al parecer intermitente, que en nada se parece al de las dos tiñas anteriormente citadas, es debido al desarrollo de otro vegetal distinto, el microsporon Audouinii, cuyos caracteres difieren bastante de los del achorion y trichophyton.

Las variedades de la tiña favosa, siquiera no importe mucho su distinción para el tratamiento, ni para el conocimiento de la naturaleza del mal y de su causa, se diferencian fácilmente por los caracteres objetivos de que hace poco nos hicimos cargo y no es justo que por repetirlos alarguemos esta conferencia que va resultando demasiado extensa.

El pronóstico de la enfermedad que nos ocupa no es tan grave hoy como lo era hace pocos años, cuando se desconocía la naturaleza del mal y no estaba legislada su terapéutica; pero no deja de tener cierta gravedad, sino para la vida, para la belleza.

Aunque el tratamiento bien empleado por una parte y la poca extensión é intensidad del mal por otra nos permitiesen dar escasa importancia al padecimiento, al fin y al cabo se trata de una enfermedad contagiosa y repugnante, cuyo solo nombre asusta, y tiene, mientras dura, intranquila á una familia que teme, y con fundamento, que el mal se propague á todos sus individuos. Habrá que establecer separación entre ellos, entre sus camas, ropas y útiles diversos que ántes eran de uso común, y esto, que puede servir para evitar el contagio, aumenta en cambio la intranquilidad y el estado moral de las familias.

Los casos de tiña generalizada son los que mayor gravedad tienen, porque indican que la enfermedad ha durado ya muchos años y ha encontrado circunstancias que han favorecido su desarrollo, miseria, desaseo y depauperación orgánica, caquética ó escrofulosa.

Si ésta no se halla tan adelantada que sea imposible detenerla, aún podemos esperar la curación en diez ó doce meses, no sólo de la tiña, sino de la caquexia que la acompaña, dando á las familias, al mismo tiempo que la noticia de su gravedad relativa, la esperanza de su curación. Si la enfermedad está limitada á la cabeza no ofrecerá nunca peligro para la vida, pero será tanto más grave para la belleza ó para el ornato natural de la cabeza cuanto más antigua y extensa sea, pues en este caso es imposible que dejem de quedar calvas permanentes más ó menos grandes. Si la enfermedad reciente y circunscrita se ataca desde luego con el plan conveniente, se puede esperar su curación en mes y medio ó dos meses, sin que deje señales muy perceptibles de su existencia. Si la enfermedad está limitada al cuerpo, su curación es tan rápida que podéis en pocos días darla por terminada, sin dejar tampoco señales ó cicatrices de ningún género. Finalmente, si se trata de una tiña ungual, la gravedad es mucha para la tiña que hay que arrancar y como siempre acompaña á la misma afección generalizada ó muy extendida en la cabeza, hay que agregarla la gravedad particular de éstas.

Respecto á la gravedad relativa de las variedades de forma de la tiña favosa, puede decirse que es la misma, pues aquellas dependen, como sabéis, de condiciones extrínsecas al

padecimiento, que no influyen para nada en la eficacia de la terapéutica.

Recordaréis por lo dicho en nuestra primera conferencia las indicaciones que hay necesidad de llenar en el tratamiento de las enfermedades parasitarias. Todas ellas pueden reducirse á una, que es la eliminación y muerte del parásito; pero como esto no puede hacerse instantáneamente sino en varios tiempos, habrá necesidad de subdividir las según ellos.

Combatir las complicaciones, las erupciones artificiales que se presentan y las constitucionales que pueden presentarse, y mejorar el estado general del enfermo, casi siempre alterado por discrasias ó por caquexias, son las demás indicaciones accesorias que añadir debéis á la principal.

La eliminación y muerte del parásito, se hace casi siempre en dos tiempos: el primero destinado al parásito extrafoliocular, y el segundo al intrafoliocular.

Primer tiempo.—*Eliminación de los favus ó del vegetal que se halla fuera de los folículos.* Puede hacerse por varios medios: por la enucleación individual de cada favus, por los lavatorios ó baños, por las unturas oleosas, ó por las cataplasmas.

La enucleación es fácil, posible y preferible ó conveniente cuando los favus existen sólo en el cuerpo, ó cuando existen en la cara, cejas y bordes de la región de la cabeza que está cubierta de pelo, siendo éste poco abundante y aquellos en corto número.

El ángulo de una tarjeta fuerte, ó el borde de una espátula, son los instrumentos de que nos valdremos para ejecutarla. Rómese para esto el epidérmis que sostiene adherida la circunferencia de los favus, y pasando de plano el instrumento ó la tarjeta por debajo de ellos, salen generalmente íntegros y con facilidad. Cuando les rodea mucho pelo, como sucede en el centro de la cabeza, no es posible hacer bien la enucleación, y se acude á los demás medios.

El *rape* es una operación previa y de necesidad, si los cabellos son muy largos. Cortados éstos á un centímetro de longitud, ó ménos si es posible, no se oponen al desprendimiento de los favus hecho por el agua, por las grasas ó por las cataplasmas.

El desprendimiento por las lociones es lento, es algo más rápido el de las unturas con aceite ó manteca y mucho más el de las cataplasmas de polvos emolientes.

Cuando la tiña es generalizada, es decir, ocupa el cuerpo y la cabeza, nosotros preferimos dar al enfermo tres ó cuatro baños calientes: con el primero y segundo los favus se hinchan y se rompe el epidérmis que los sujeta; y con el tercero y cuarto se desprenden todos y se limpia la fosa que los alojaba. Este medio fácil y extenso como el mal lo exige, puede auxiliarse con unturas de manteca fresca, que se dan por la noche ó algunas horas antes del baño.

Si el mal ocupa sólo la cabeza y es muy limitado ó circuns-

crito, bastarán tres ó cuatro unturas con manteca fresca ó con ungüento mercurial para conseguir el mismo resultado; pero si es muy extenso, debéis apelar á las cataplasmas de polvos emolientes con manteca y agua, remudadas cada cuatro ó seis horas. Los favus caen al segundo ó tercer día, y sólo os resta hacer que se laven los enfermos bien la cabeza con agua jabonosa para empezar con el segundo tiempo de la eliminación del parásito.

Todos los medios referidos, pero principalmente las cataplasmas, han sido combatidos enérgicamente por algunos dermatólogos, que creen que se ayuda con ellos la propagación, extensión ó contagio de la enfermedad á los puntos sanos inmediatos; por eso nosotros limitamos el uso de las cataplasmas á las tiñas extensas de la cabeza, en las que tendrá que ser general la depilación, y nos limitamos á lociones emolientes ó unturas con la pomada de brea y glicerina si la placa favosa es pequeña y limitada.

En estos casos puede también prescindirse del primer tiempo de eliminación y pasar desde luego al

Segundo tiempo.—*Eliminación y muerte del vegetal intrafoliocular ó profundo.* Para eliminar la porción del *achorion* que se halla dentro del folículo rodeando al pelo y en el espesor de la sustancia de éste, «no hay mejor remedio que practicar la depilación ó avulsión de los pelos enfermos, poniendo así al descubierto el fondo ó el interior de la glándula para hacer llegar á él los remedios convenientes.»

Se ha intentado, sin embargo, por muchos evitar la depilación ensayando para conseguirlo infinitos tópicos, que nosotros también hemos ensayado para poder juzgar con conocimiento de causa; pero lo más seguro, repetimos, y lo mejor para conservar los cabellos que aún no han enfermado es la depilación seguida inmediatamente de unturas parasitocidas.

Se ha intentado hacer que el pelo caiga espontáneamente, es decir, sin necesidad de tirar de él, y se han llamado polvos, pastas y pomadas, ó remedios *depilatorios*, á los que se han recomendado con este objeto.

Pasaremos revista, ántes de entrar en detalles sobre la depilación, á estos diversos métodos de eliminación, ó mejor dicho de matar el vegetal colocado en el interior de los folículos y en el espesor de los pelos.

La acción que el ácido acético puro tiene sobre las células orgánicas haciendo más transparentes sus paredes, indujo seguramente á un práctico, cuyo nombre no recordamos en este momento, á ensayar contra el favus, y no quisiéramos calumniarle al decir que aseguraba la curación de la enfermedad sin necesidad de depilación y en poco tiempo. El ácido acético puro dado sobre los favus los hincha y reverdece, pero no los deja caer en mucho tiempo; aplicado sobre la fosa fávica, después de enucleado ó desprendido el favus, obra como un cáustico doloroso. ¿Curará la enfermedad insitiendo el tiempo necesario? Nosotros no hemos tenido paciencia su-



ficiente para esperarlos por las razones que vais á saber.

No es posible dudar que los cáusticos fuertes curen la tiña radicalmente; pero la curación la consiguen destruyendo, al mismo tiempo que el parásito, el folículo piloso y toda la piel que tocan. El pelo por este tratamiento no puede retoñar, las calvas artificiales, que podríamos también llamar terapéuticas, son tan permanentes como las de la tiña, y francamente no encontramos la lógica en que se fundan los que prefieren la cauterización á la depilación, que al fin y al cabo deja la esperanza de una curación sin calvicie.

Por esto suspendimos nuestros ensayos con el ácido acético, que no hemos tenido valor de continuar después, y si hemos empleado otros ácidos, han sido diluidos convenientemente ó en estado gaseoso, como el fénico, sulfuroso ó hiponitrico. Estos dos últimos gases son difíciles de manejar hoy con el objeto indicado por carecer todavía de un aparato conveniente que siempre será incómodo.

El ácido fénico diluido en agua puede ser útil en lociones, pero su volatilidad por un lado, y por otro la dificultad de que penetre en el folículo sin la avulsión de los pelos, nos han inclinado á usarlo exclusivamente después de la depilación, en cuyas circunstancias presta mayores y más seguros servicios.

Se ha recomendado, después de la caída artificial de los favus, tocar el punto que ocuparon con el subacetato de plomo líquido; pero la enfermedad se reproduce en seguida que se suspende el remedio.

El amoníaco diluido en agua (al 2 ó 3 por 100), lo mismo que la sosa y la potasa á menor concentración, tal vez serían útiles si pudieran llegar al folículo y empleándolos largo tiempo; pero tienen el inconveniente de que levantan el epidermis y producen vesículas ó ampollas lo mismo que la pomada de Goudret. Ya sabéis, sin embargo, que se recomienda como eficaz para la salida y crecimiento del pelo.

Lociones con soluciones alcalinas (de borax, carbonatos alcalinos, etc.), lavatorios con la disolución de sublimado al 1 ó  $\frac{1}{2}$  por 100 de concentración, con la del yoduro potásico, con el agua de breja, y otras mil han sido ensayadas sin éxito radical, siendo así que pueden determinarle si son precisas de la depilación.

Cazenave emplea mucho la pomada de yoduro de azufre (al 20 por 100), que nosotros hemos ensayado también; pero la enfermedad se reproduce ó los favus reaparecen pocos días después de suspenderla, y si se concentra más, irrita mucho la piel del cráneo.

«La creosota, la trementina, la breja y el aceite de enebro sobre todo pueden llegar á ser, bien manejados, remedios que consigan la curación de la tiña sin hacer previamente la depilación.»

Decimos esto: 1.º, porque los esporos mueren y se destruyen pronto á su contacto; y 2.º, porque hemos adquirido la evidencia de que estas sustancias mezcladas con un aceite

cualquiera ó puras penetran sin necesidad de extraer el pelo, no sólo en el interior y fondo del folículo, sino en el interior del mismo pelo y entre sus fibras.

Empleando el aceite de enebro es como puede comprobarse mejor lo que decimos, porque oscurece más el pelo que la trementina y la creosota, y el microscopio nos demuestra pronto la penetración de esta sustancia en el espesor del bulbo y de consiguiente en el folículo.

En la tiña favosa no le hemos empleado sin recurrir á la depilación; en cambio podemos asegurar que en la tonsurante (primer período) se basta, sin necesidad de la avulsión del pelo, para curar pronto la enfermedad.

Nuestros ensayos no son suficientes para legistar este método de tratamiento, por lo que recomendamos á los dermatólogos que insistan con nosotros en ellos para conseguirlo.

\* Las cuatro sustancias mencionadas son y serán siempre los mejores remedios con que podemos contar, no sólo contra las dermatosis parasitarias, sino contra todas las afecciones cutáneas crónicas y manejándolas bien podemos esperar mucho de su aplicación terapéutica.

En un enfermo de *pérrigo decalvans* (tiña pelada) en que prescribimos el aceite de enebro, hicimos la extracción de algunos pelos sanos que rodeaban la calva característica del mal á los dos días de tratamiento y vimos con el microscopio que estaba ya impregnada del aceite y oscura su raíz, opaco y negro el tubo central de su tallo, lo que no podía depender de otra causa que de la penetración del aceite, pues en los pelos adonde éste no había llegado se veía claro y trasparente el tubo del tallo y no era negruzca su raíz.

Malagot pretende curar la tiña favosa en ocho minutos con las aplicaciones del sulfuro de calcio mezclado con cal recientemente apagada y sin necesidad de la depilación ni de otros remedios auxiliares.

Basta para ello, según dice, mezclar partes iguales ó cantidad suficiente de sulfuro de calcio y de cal recientemente apagada y en cuanto se forma una pasta semilíquida y casiente coger con un pincel una pequeña porción y colocarla sobre el favus, lavando á los ocho minutos la parte con bastante agua.

Ya Cazenave había recomendado la pomada de sulfuro de calcio contra la tiña (8 granos por 30 de manteca), pero sin quitar su importancia al remedio de Malagot y deseando que se insistiera en experimentarlo, creemos exagerados sus asertos.

Si sólo se tratase de desprender los favus, en pocos segundos puede hacerse también con una espátula ó con una loción ó cataplasma; si lo que se quiere es destruirlos químicamente, puede hacerse igualmente con los álcalis ó con los ácidos concentrados; pero para destruir lo que hay en el folículo y entre las fibras de la raíz del pelo es necesario extraer éste, ó llegar á aquél con una sustancia parasitocida que no perjudique ó cauterice á todo lo que toque.

Para conseguir estos fines sin apelar á la depilación por los métodos usuales se han inventado infinitos polvos y pomadas que se han llamado depilatorios y que debían llamarse mejor rasuratorios, pues cuando más, sirven para sustituir á las navajas de afilar: destruyen ó cortan el pelo por su acción química; pero no penetrando siquiera en el conducto pilífero, pronto se ve retomar aquel con más fuerza que antes.

La cal, la sosa, la potasa y el arsénico, son la base de todas estas preparaciones, que no dejan de tener inconvenientes si se usan por largo tiempo ó con falta de precaución (1).

A los polvos y á la pomada alcalina de los hermanos Mahon, cuya composición se sospecha, aunque no se sabe, se atribuía la acción de facilitar la avulsión del pelo, que estos curanderos hacían con los dedos; pero lo probable es que su acción fuese análoga á la de los depilatorios conocidos, y que

la curación de la tiña se debiese más que á ellos á la habilidad de los dedos de Mahon.

La avulsión de los pelos considerada y con razón por los antiguos como necesaria para la curación de la tiña la practicaban de un modo bárbaro y cruel con unos parches de pez que llamaron *calotas* de los que tiraban sin compasión cuando se habían adherido á los pelos, arrancándolos por este medio en masa y de una vez y determinando dolores terribles y á veces lesiones graves en la piel del cráneo. En la mayor parte de los pueblos de España se usaba hasta hace poco este remedio cruel y en el Hospital de San Juan de Dios de Madrid se desterró hace solamente doce años, cuando nos encargamos nosotros de las enfermerías de cutáneos.

En algunos hospitales de provincias están secuestrados y como desterrados los tiñosos, siendo monjas ó hermanas de la caridad las encargadas de curarlos, no sólo con la calota y

(1) Nota de los principales depilatorios:

#### PASTA DE SULFIDRATO DE CAL.

##### Depilatorio Bontiger.

Sulfidrato de cal.—Se toma cal viva recién apagada, con la que se hace una lejía espesa; pásease por ella una corriente de hidrógeno sulfurado, agitando el todo constantemente; así se obtiene una pasta espesa de color verdoso y de olor muy penetrante, que se conserva debajo del agua que sobrará; para usarla se decanta el agua y se aplica la mezcla, que ha de levantarse al cabo de diez minutos.

##### Depilatorio Bontiger, modificado por Rivell.

Sulfidrato de cal en pasta bien exprimida..... 20 gramos.  
Glutarato de almidón..... 10 »  
Almidón..... 10 »  
Esencia de limón..... 20 gotas.

##### Polver depilatorio simple.

Cal viva..... 125 gramos.  
Nata de lino pulverizada..... 45 »

##### Depilatorio Brodet.

Sulfidrato sódico..... 3 gramos.  
Cal viva en polvo..... 10 »  
Almidón..... 10 »  
Mielrosa.

Para aplicarse se disuelve en un poco de agua, y al cabo de tres ó cuatro minutos produce el efecto apetecido.

##### Depilatorio Louvier.

Sosa..... 60 centigramos.  
Cal apagada..... 4 gramos.  
Mantequilla..... 120 idem.

##### Pomada de los hermanos Mahon.

Mantequilla..... 80 gramos.  
Sosa del comercio..... 15 »  
Cal apagada..... 10 »

Los polvos que también empleaban como depilatorios, se componen, según Piquet, de 100 partes de cenizas de madera nueva y 50 de carbon pulverizado.

##### Reuma de los heros.

Cal viva..... 8 gramos.  
Oropimente..... 1 »  
Mielrosa.

Para usarla, se disuelve en un poco de clara de huevo y de lejía de jaboneros;

aplicado á la piel, se deja secar lentamente y después se lava la parte con mucha agua.

##### Depilatorio Fleck.

Cal viva..... 16 gramos.  
Almidón..... 10 »  
Oropimente..... 1 »

Úsase haciendo una pasta clara, para lo cual se agrega en el acido de sésico de di un poco de agua, aplicándola así á la parte que se quiere depilar; después de seca, lávase con agua.

##### Depilatorio Collip.

Cal viva..... 30 gramos.  
Nitrato potásico..... 4 »  
Lejía de jaboneros..... 125 »  
Oropimente..... 12 »  
Azufre..... 4 »

##### Depilatorio Delorin.

Cal viva..... 30 gramos.  
Cena pulverizada..... 60 »  
Oropimente..... 4 »

##### Depilatorio Gélis.

Oropimente..... 1 gramo.  
Sulfuro sódico..... 4 »  
Agua..... 6 c.

Para formar una pasta que se aplica disolviendo una porción en nueva cantidad de agua; échese después la parte mojada con una capa de hidrato de cal.

##### Cena Parisiana.

Cal viva..... 60 gramos.  
Oropimente..... 15 »  
Polvo de sésico..... 8 »

##### Pomada de Turquia perfumada.

Cal viva..... 375 gramos.  
Oropimente..... 30 »  
Polvo de jabón perfumado..... 125 »

##### Depilatorio Lafont.

Morrea..... 60 gramos.  
Oropimente..... 30 »  
Litargirio en polvo..... 30 »  
Almidón..... 30 »

Hácese pasta agregándole jabón y mantequilla, cubriéndose después la parte en que se ha empleado con pomada de ecrasoles, á fin de evitar la irritación.

##### Extrato depilatorio.

Cal viva..... 60 gramos.  
Oropimente..... 30 »  
Sal de nitró..... 8 »  
Nata de lino..... 60 »  
Lejía..... 500 »



ciertas unturas de cardenillo, sino con sus oraciones y alguna práctica religiosa, que por lo raro hace recordar los tiempos de la alquimia y de la quimancia.

Las calotas, que empezaron por ser simples parches de pez negra, que se aplicaban calientes sobre la cabeza previamente rapada del tífoso, se modificaron después mezclando aquella sustancia con otras de poca importancia y con algunas útiles por su acción parasitocida; pero como las arrancaban á los tres ó cuatro días, no podían obrar en este sentido el tiempo necesario.

La pez de Borgoña, la trementina, la resina blanca, la harina de trigo, el cardenillo y el vinagre blanco, han sido las sustancias que con más frecuencia se han mezclado á la pez negra en las infinitas fórmulas que de las calotas encontraremos en los autores antiguos, y que no son nada para las que han inventado el vulgo y los curanderos (1).

Perdonados su enumeración en obsequio á la manera absoluta con que rechazamos un remedio que puede ser sustituido por la depilación poco dolorosa de la pinza, más limpia y segura que la que con los dedos hacían los afeitados curanderos conocidos en Francia por «los hermanos Mahon».

La depilación por medio de la pinza, se hace más fácil y mucho menos dolorosa dando una ligera untura de aceite de enebro dos horas antes de practicarla, cosa que os recomendamos en la práctica civil, pero en los hospitales no es necesaria, porque los depiladores son hábiles y extraen los pelos en toda regla.

Conviene sacarlos uno á uno, sin apoyar los extremos de

la pinza en el cráneo del enfermo, y tirando de ellos en el sentido de su dirección.

Los niños encargados en nuestra enfermería de tífosos de la depilación de sus compañeros se sientan en el suelo, ó en una silla, cubren sus muslos con un mandil blanco y haciendo que el enfermo se eche en el suelo ó se arrodille colocan su cabeza entre sus muslos y encima del mandil.

Buscando la mayor comodidad posible en semejante postura ponen abierta su mano izquierda en la cabeza del enfermo, cogen la pinza con la derecha como una pluma de escribir y al agarrar uno ó dos pelos y cerrar la pinza, les basta un ligero y rápido movimiento de báscula para extraerlos y volver á repetir la misma operación haciéndole en sentido contrario.

En un par de horas depilan algunos media cabeza; pero los que empiezan á aprender, tirando mal del pelo, ó apoyando las pinzas en el cráneo dan lugar á erupciones pustulosas agudas que obligan á suspender la operación.

Esta operación, á la que tanto horror tienen las familias, la piden en nuestra sala los mismos enfermitos, pues con ella se ven curados, y haciéndola un buen depilador no es dolorosa.

Generalmente se necesitan para curar la tiña favosa generalizada en la cabeza dos ó tres depilaciones completas, hechas con el intervalo de mes y medio ó dos meses, tiempo que tarda en retoñar el pelo, salga enfermo todavía, ó salga ya sano.

Después de desprendidos los favos en el primer tiempo del tratamiento y de sacar los pelos por cualquiera de los métodos conocidos, resta para llenar la indicación causal, matar

(1) He aquí algunas de estas fórmulas:

1.ª	Almidón.....	110 gramos.
	Pez de Borgoña.....	220 »
	Resina blanca.....	100 »
	Trementina.....	50 »
	Vinagre blanco.....	1250 »
	M.º s. e.	

2.ª Pez negra..... 1350 gramos.  
Pez de Borgoña..... 250 »

Se licúa á calor suave, agitando bien á fin de que se mezcle, y se añade:

Harina de trigo..... 1250 gramos.

Agítase también, y vuelve á añadirse:

Vinagre blanco..... 7,500 gramos.

M.º s. e.

Esta mezcla se extiende sobre pedruzcos de tela.

3.ª Disuélvase en un bato á onzas (125 gramos) de harina de centeno en un litro de vinagre blanco, reduciendo de agua continuamente la mezcla mientras se bala al fuego; añádale media onza (15 gramos) de destilado de coque en polvo; lácese hervir suavemente por espacio de una hora, agregando en seguida 4 onzas (125 gramos) de pez negra, 4 onzas de resina y otras 6 de pez de Borgoña. Cuando el todo está fundido, agréguese al emplasto 6 onzas (150 gramos) de estopa azucarada finamente pulverizada, agítase la mezcla hasta que tenga una consistencia conveniente, y se extiende sobre tela en poco fuerte, cuidando antes de aplicarlo de hacerlo algunas veces á fin de que no formen pliegues ó arrugas y pueda fácilmente arrancarse. Aplíquese la calota después de haber reblandecido las cejas por medio de cataplasmas y haber cortado el pelo por medio de tijeras lo más bajo posible. Al cabo de tres ó cuatro días se levántala bruscamente el emplasto á contra-pelo; aplíquese en segundo, que se arrancha también al cabo

de tres ó cuatro días; renovábase el emplasto de dos en dos días, teniendo cuidado de raspar el pelo cuando se crea necesario. Al levantarse arráncanse mayor ó menor cantidad de pelos.

Fórmula de H. Odierne de Saint-les-Laurier-Moron, modificada por M. Hamard.

Pulver de almidón.....	110 gramos.
Pez de Borgoña.....	224 »
Pez rosada.....	95 »
Trementina.....	48 »
Vinagre blanco.....	1250 »

Tíñase pedruzcos de tela casi nueva en vendaditos. Si la tiña es general, se dá á cada vendadito la forma de un triángulo alargado, cuya base se coloca hacia abajo, correspondiendo el vértice á la parte superior de la cabeza, de manera que la calza exactamente. Si la tiña es purulenta, colocáse los vendaditos en dos ó tres sitios, de modo que sean solamente atacados los espacios enfermos. Extiéndase el tipo con la ayuda de una espátula, de modo que se cubra cada pedruzco de tela de una capa bastante gruesa, y después de haber previamente cortado los cabellos con tijeras, procédase á su aplicación. Al siguiente día la tela se bala de tal modo albedrío al como cabellito, que es imposible separarla sin levantar todos los cabellos; esta operación no es muy dolorosa, operando la depilación al cabo de dos ó tres días. Levántase la tela con el auxilio de una espátula ó cuchillo no cortante, haciéndolo con rapidez, quitando con la misma pasada que queda adherida: cada dos días aplíquese de nuevo los vendaditos, dejando los intermedios off tipo algún tiempo: cuando se quite el depilatorio fágase la parte con aceite de olivas, cubriéndola con un papel de seda impregnado en esta misma sustancia; continúese aplicando alternativamente el depilatorio y el aceite hasta que el cuero cabelludo adquiere la firmeza de la piel en su estado normal. En la generalidad de los casos bastan quince aplicaciones del emplasto para curar; en otros ocasiones, sin embargo, han sido precisas cincuenta. El término medio de duración, según M. Hamard, es de cinco meses, según observaciones hechas en 50 enfermos. (Bibliothèque de médecine pratique, t. 8,º, art. Favos.)

el parásito intrafolicular con las lociones y pomadas parasitocidas.

Las lociones parasitocidas deben darse inmediatamente después de la depilación para que no se obture con el tiempo el conducto folicular y pueda el remedio líquido penetrar en su interior.

Las disoluciones acuosas de sublimado al 4 por 1000 ó por 500 de concentración son las que usamos de preferencia con este objeto; como remedio ménos expuesto y casi tan útil, prescribimos la loción algunas veces con el agua de brea *fenicada* (5 del ácido por 100 del agua). La fórmula de Lafargue (sulfato de cobre y sublimado, de cada cosa 4 gramos; agua destilada 250 gramos) es demasiado enérgica y determina irritaciones cutáneas.

Pasado el momento inmediato á la depilación las lociones deben ser de agua jabonosa.

Las pomadas parasitocidas tienen el objeto de hacer que permanezca el remedio de un modo más estable sobre la parte enferma y se componen generalmente de sales de cobre y de mercurio ó de sustancias pirogenadas, como la miera, la brea ó la creosota.

Nosotros empleamos de preferencia en el hospital la pomada de sublimado (4 gramos por onza de manteca); pero en las casas particulares ponemos en vez de manteca pomada de rosa y una corta cantidad de aceite de enebro.

Hé aquí nuestra fórmula:

Sublimado.....	3 gramos.
Aceto de enebro.....	2 sacúpulos.
Pomada de rosa.....	Una onza.

Con estas pomadas hacemos fricciones todas las noches en la cabeza del tífoso ya depilado y esperamos la salida del nuevo pelo para volverle á extraer, locionar su cabeza con las disoluciones antedichas y repetir las fricciones con aquellas pomadas.

Bazin emplea de preferencia las fórmulas siguientes:

- 1.ª Turbit mineral (sulfato de mercurio)..... 50 centigramas.  
Glicerina y aceite de almendras dulces ss..... 2 gramos.  
Manteca..... 15 »  
Mésclese.
- 2.ª Asmita de enebro..... 2 gramos.  
Manteca..... 20 »  
Mésclese.
- 3.ª Acetato de cobre..... Un gramo.  
Manteca..... 30 gramos.  
Mésclese.

Hardy recomienda la siguiente:

Azufre.....	2 gramos.
Manteca.....	30 »
Mésclese.	

RECETA TAFIA.

Pinel prescribía esta otra, que aunque complicada no dejaba de producir buenos efectos.

Óxido rojo de mercurio.....	10 gramos.
Carbonato de sosa seco.....	16 »
Sulfato de zinc.....	6 »
Túcia.....	4 »
Flores de azufre.....	16 »
Manteca.....	325 »
Mésclese.	

Huet prefiere entre los preparados de cobre el carbonato, y le formula así:

Carbonato de cobre.....	20 gramos.
Manteca.....	100 »
Mésclese.	

Añadid á estas pomadas las alcalinas de carbonato de potasa (4 ó 6 gramos por 30 de manteca), recomendadas por Cazenave, las de yoduro de azufre del mismo, las de brea, creosota, etc., de que os hemos hablado anteriormente, y tendreis el conjunto de todos los medios que hoy existen para destruir el *achorion* Schoenleini, y combatir por lo tanto la cruel enfermedad que nos ocupa.

La extension y antigüedad del mal pueden modificar algo la forma ó el procedimiento de aplicación de todos estos remedios.

Si se trata, por ejemplo, de un favus reciente que ocupa una extension muy limitada de la cabeza, bastará depilar el sitio enfermo y un círculo de 4 ó 2 centímetros al rededor para aislar el mal y por conveniente precaucion; pero si existen muchos favus diseminados en la cabeza, no hay más remedio que depilarla toda en tres ó cuatro sesiones separadas entre sí por 24 ó 48 horas.

Si se retrasan más, hay el inconveniente de que no retornará á un tiempo el pelo nuevo, y la segunda depilación tendrá que retrasarse más de mes y medio.

Las demás indicaciones que hay que llenar en el tratamiento de la tiña favosa consisten, como hemos dicho, en combatir las complicaciones que puede haber, las erupciones artificiales que á menudo se presentan, prevenir ó curar las constitucionales que pueden tambien presentarse, y mejorar el estado general del enfermo, casi siempre alterado por la miseria, por la diátesis ó por la caquexia.

Las complicaciones con las demás tiñas no cambian ni modifican la indicacion porque á todas conviene el mismo tratamiento y especialmente á la tonsurante, que es la que más á menudo acompaña al favus, pues la pelada ó pórigo decalvans rara vez le complica.

Las erupciones artificiales que se presentan en el curso de la tiña favosa, ya dependen de la irritacion provocada por el parásito, ya de la accion de las uñas del paciente, de las



unturas, ó de la depilacion hecha de mala manera coden rápidamente con lociones ó cataplasmas emolientes.

Las dermatosis constitucionales escrofulosas de forma benigna ó exudativa (escrofulides benignas de Bazin, impétigo, eczema impetiginoso y pórriago larvalis de otros autores), que coinciden y á veces proceden y siguen á la tiña favosa, deben tratarse por el yoduro de hierro al interior, solo, ó mezclado con el aceite de higado de bacalao y los toques á la erupcion con el aceite de enebro ó la pomada de brea, sustancias ambas que convienen en la enfermedad que nos ocupa.

Finalmente, la depauperacion orgánica consecutiva á estas

diátesis, á la mala alimentacion y falta de buenas condiciones higiénicas, se combatirá proporcionando éstas al enfermo del mejor modo posible.

El sol, el campo, el vino, una alimentacion tónica, el juego en los niños, el ejercicio, etc., conseguirán en poco tiempo restablecer un organismo depauperado por ellas y por el parasitismo, que no es la menor causa debilitante en estos pobres enfermos.

Algo más debiéramos decir acerca de algunos detalles excepcionales del tratamiento de la tiña; pero podeis deducirlo de lo dicho y he molestado ya vuestra paciencia demasiado en esta larga conferencia.

## LECCION QUINTA.

De la tiña tonsurante (herpes circinado del cuerpo; herpes tonsurante de la cabeza).—Noticia histórica de la enfermedad y del descubrimiento del *trichophyton tonsurans*.—Descripción de este vegetal parásito.—Su distinción del *achoria* y demás plantas microscópicas.—Acción del vegetal sobre la piel, el pelo y el folículo piloso.—Deducciones que para la explicación filosófica de los síntomas pueden sacarse de esta acción, del modo de crecer, extenderse, transmitirse, implantarse, evolucionar y morir el *trichophyton tonsurans*.—Sintomatología de la tiña tonsurante.—1.ª forma, que á veces es el primer período: Herpes circinado.—Su descripción, es curso, duración y terminaciones.—2.ª forma, que á veces constituye el segundo período, pero que también se presenta primitivamente: Herpes tonsurante ó Tiña tonsurante propiamente dicha.—Curso de sus síntomas.—3.ª forma ó consecuencia: Sicosis parasitaria.—Curso de sus síntomas y su terminación.—Resumen general de los síntomas de la tiña tonsurante y su explicación filosófica.—De la *Etiología* de la tiña tonsurante.—Del contagio y de los varios medios de efectuarse.—De la transmisión de la enfermedad de los animales al hombre y vice-versa.—¿Se transforma el *trichophyton* en el *achoria*, ó en otros vegetales microscópicos?—Del curso, duración y terminaciones de la tiña tonsurante considerada en general, ó sea en el conjunto de sus afecciones.—De su diagnóstico y de los nuevos medios que hoy existen para conocer y distinguir el vegetal característico.—Del pronóstico y del tratamiento de la tiña tonsurante.

### SEÑORES:

La enfermedad de que vamos á ocuparnos es una afección fito-parasitaria, producida por el vegetal llamado por Malmsten *Trichophyton tonsurans*, y caracterizada principalmente por la rotura espontánea de los pelos á poca distancia ó al nivel de la piel; por el desarrollo en su raíz y en su tallo del vegetal parásito, que se presenta unas veces rodeándole en forma de estuche blanquecino, y otras extendido en placas blancas luminosas, mezcladas con vesículas y escamas furfuráceas, formando círculos concéntricos sanos en el centro ó elevaciones numulares cubiertas en totalidad de furfuraciones; y en fin, por la inflamación de los folículos pilosos, que se manifiesta por tubérculos ó tubérculo-pústulas, seguidos de fungosidades y calvicie, difícil de impedir cuando la enfermedad ha llegado á este grado de su definitiva evolución.

Semejante definición descriptiva os indica ya, por lo complicada, que la enfermedad tiene varias formas, aunque la causa sea única, y así es en efecto, pues se comprenden en ella tres afecciones diferentes por su sintomatología y por el sitio que ocupan: el *herpes circinado* (que ocupa el cuerpo), el *herpes tonsurante* (la cabeza) y el *sicosis ó mentagra* (la barba).

Separadas ántes en diferentes puntos del cuadro nosológico, se las agrupó en las dermatosis fito-parasitarias en cuanto

se descubrieron por Gruby los vegetales que las originan; pero más tarde, cuando los trabajos de Malmsten, Lebert y Bazin demostraron que no eran distintos vegetales sino uno sólo en diverso período de su evolución, el que daba lugar á las tres enfermedades, se las confundió también en una, que se ha llamado *tiña tonsurante*.

La tiña tonsurante es más frecuente que la favosa, y más fácil, por lo tanto, de encontrar en el hombre y en los animales domésticos, que muy á menudo la transmiten por contagio á la especie humana.

Es una enfermedad insidiosa, de poco aparato en su origen, pero que destruye el pelo rápidamente, y que se contagia con más facilidad que las otras tiñas.

Los antiguos la conocieron, aunque la confundían con la tiña pelada ó *pórrigo decalvans* (área).

El sicosis de los antiguos tiempos, que se transmitió tanto entre los romanos porque los hombres se saludaban besándose mutuamente en la cara, á pesar de los horribles caracteres que le asigna Plinio en su magnífica descripción, no puede ser otro, atendiendo á su contagio, que el sicosis trichofítico que constituye un período ó una forma especial de la tiña tonsurante.

Villan y Battenan describen sólo el herpes circinado del



cuerpo; Mahon en 1825 y Alibert en su segunda obra (1835), describen ya la tiña tonsurante; Bielt la coloca entre las pústulas; Cazenave en 1840 *descubre el contagio* de una enfermedad, para él nueva, á la que llama *herpes tonsurante*, la cual se propagó rápidamente en todos los niños de un colegio que tuvo ocasion de visitar; pero ninguno de estos autores conoció el vegetal que la determina, ni trató de explicar por otra causa el contagio de la enfermedad.

El año 1844 se descubrió el vegetal parásito que la produce, y desde entónces, no sólo cambia la nosología, sino todo el estudio de estas diversas afecciones.

Guensbourg, Gruby y Malmsten pueden disputarse la prioridad de este descubrimiento.

Guensbourg, en una Memoria remitida á la Academia de Ciencias de París, el año 1843, sobre el descubrimiento de un micodermo que parece constituir la enfermedad llamada *Plica polaca*, describe el vegetal *trichophyton tonsurans*, que tal vez incidentalmente se encontraba envuelto en la materia viscosa que aglutina los pelos en esta enfermedad; y dos años más tarde, en 1845, publica en los *Archivos alemanes de Anatomia y Fisiología* de Müller, no sólo detalles descriptivos, sino láminas que representan el vegetal indicado.

Gruby en 1844 encontró en la mentagra un micodermo al que denominó *microsporion mentagraphites*, pero sus caracteres todos eran los del *trichophyton*, como se probó más tarde por Malmsten, Lebert, Robin y por el mismo Gruby.

Malmsten en 1846 es el primero que demostró la identidad del vegetal descrito por Gruby y del que se encuentra en el herpes circinado y en el tonsurante, y dándole el nombre de *trichophyton*, que se conserva en la ciencia, indicó el verdadero camino que debía seguirse en el estudio de esta multiforme dolencia.

Desde esta época empiezan con efecto á progresar los estudios clínicos de la tiña tonsurante al lado de los microscópicos, siendo Robin y Bazin los que más han contribuido á los adelantos de la ciencia.

Bazin empezó por considerar como una tiña ó enfermedad fito-parasitaria al herpes tonsurante descrito por Cazenave; después, viendo que el herpes circinado y el herpes iris del cuerpo estaban sostenidos por la acción local é inmediata de un mismo vegetal parásito, confundió ó redujo á una sola las dos enfermedades; más tarde, y viendo tambien que en muchas mentagras ó sicosis se encontraban constantemente esporos del *trichophyton*, las incluyó en el estudio de la tiña tonsurante; observando por último en años posteriores que estos *sicosis parasitarias* iban siempre precedidos del herpes circinado ó del tonsurante, que casi siempre tambien mediaba entre ambas afecciones la *pitiriasis alba*, y que el exámen microscópico del vegetal en estos cinco estados morbosos, aunque demostraba el mismo parásito, dejaba ver algunas diferencias, creyó que podía explicarlas por la diversa edad

del vegetal, jóven en el herpes y viejo ya en la mentagra.

Robin, con su gran práctica y habilidad en el manejo del microscopio y con sus vastos conocimientos de organografía é histología vegetal, comprobó, lo mismo que Lebert, todo lo expuesto por Bazin.

Bacrensprung (de Berlin) y otros muchos autores y micrografos alemanes han hecho suyas las ideas del ilustre dermatólogo francés, y hoy están admitidas en la ciencia por la mayor parte de sus colegas, exceptuando Gilbert, Devergie y Cazenave, que no admiten el sicosis parasitario, y les cuesta trabajo, especialmente al último, admitir la naturaleza parasitaria del herpes tonsurante.

Hardy considera como parasitarias las enfermedades de que nos ocupamos; las cree producidas por el mismo vegetal, pero no explica sus diferencias por la edad del parásito, sino por las diversas condiciones anatómicas del punto en que se implanta, por las circunstancias de los folículos pilosos, mayores y más agrupados en la cabeza y en la barba que en lo restante del cuerpo, y por el tamaño, fortaleza y grueso de los pelos, variables tambien segun el sitio que ocupan.

Queriendo dar un nombre genérico á estas dolencias, las estudia á todas bajo la denominación de *Trichophytia*, dividida en *circinata*, *tonsurante* y *sicósica*, segun ocupe la enfermedad el cuerpo, la cabeza ó la barba, y siempre que además tenga cada una de éstas los caracteres propios de su especie.

Después de las obras clásicas de los autores citados se han publicado numerosos folietos, encaminados la mayor parte á comprobar los asertos de Bazin, y muchos tambien á probar la trasmisión de esta enfermedad ó del vegetal parásito que la produce, del hombre á diversos animales y vice-versa; pero su importancia es bastante secundaria, y sólo los citaremos con el nombre de sus autores cuando venga á cuento en el curso de esta conferencia.

Observad ahora el microscopio ántes de que posemos al estudio clínico de la tiña tonsurante, esa preparacion del *trichophyton*, procedente de un enfermo que todavia existe en nuestras salas.

Clasificada esta planta por Robin entre las criptógamas artrosporias, tribu de las Toruláceas, género *trichophyton*, especie *T. tonsurans*, tal vez tenga que cambiar de sitio en el cuadro nosológico en vista de que numerosas observaciones posteriores han modificado las opiniones que se tenían acerca de su organizacion. Considerada por el ilustre micrografo como de organizacion elemental, es decir, como compuesta simplemente de esporos, con exclusion de tubos esporóferos y de mycelium, se ha visto después y podeis observar en esa preparacion, que aunque escasos y muy distantes unos de otros, existen delgados tubos de mycelium bien perceptibles á 800 diámetros de aumento. Bazin, Mahaux y el mismo Robin recientemente han confirmado este hecho; pero habiendo

también observado que en épocas adelantadas de la enfermedad, ó lo que es lo mismo, cuando es más viejo el vegetal no existe el mycelium, han creído que éste desaparece con la edad, que es propio de los primeros tiempos del parásito ó de su período de crecimiento, pero que no existe en su período de estado ó de completo desarrollo.

Sea de esto lo que quiera, el caso es que el trichophyton tiene, como el achorion, tubos de mycelium; pero tan delgados, pequeños, escasos y fugaces, que no pueden confundirse con el tejido compacto que forman en el favus.

Sus esporos son también muy pequeños, de 3 á 7 milésimas de milímetro de diámetro, numerosos, incolores, redondos ó ovales, muy refringentes y de contenido homogéneo, aunque á veces se ve una mancha en su centro que parece una estrangulación. Aislados y separados unos de otros, se reúnen á veces como las cuentas de un rosario ó como las uvas en un racimo, pero la unión no es íntima y se separan fácilmente, á no estar encerrados en el conducto piloso ó cubiertos por una capa epidérmica. En la preparación que teneis á la vista existe un pequeño rosario esporífero y un racimo adherido á la salida del tallo del pelo, que todavía se conservan intactos, á pesar del tiempo que llevan preparados.

El mycelium está formado, cuando existe, por filamentos flexuosos y no ramificados, estrangulados en varios puntos, colocados paralelamente al eje del pelo, de tres á cuatro milésimas de milímetro de diámetro, y longitud variable que nunca pasa de 60 milésimas. Su poder refringente es igual al de los esporos, y por eso los vereis muy claros y brillantes en el centro. En el herpes circinado, según Mahaux, son tan abundantes los filamentos del mycelium, que constituyen la mayor parte de la planta; pero en el tonsurante son escasos, y en el sycois no existen.

El trichophyton se aloja casi siempre en el interior de la raíz y del tallo del pelo, en donde le encontraréis separando y rompiendo sus fibras á poca altura del nivel de la piel: también se encuentra entre las células del epidérmis, mezclado con las furfuraciones de la pitiriasis alta que sigue al herpes tonsurante, y con la descamación y exudaciones del herpes circinado. Rara vez se adhiere, como el achorion, á las paredes laterales del folículo; pero en los primeros tiempos del sycois debe existir en ellas para determinar la inflamación supuratoria y vegetante que á su vez le destruye y le hace desaparecer á nuestra inspección con el microscopio.

El trichophyton tiene un crecimiento regularmente excéntrico, extendiéndose por igual al rededor del primer punto de implantación, de modo que sus manifestaciones van formando círculos ó placas redondeadas ó numulares cada vez mayores: se propaga de un pelo á otro corriéndose por entre las células epidérmicas, se implanta en la superficie del pelo, se mete por penetración entre sus fibras y desciende hasta su

raíz, haciéndole por esta circunstancia frágil y quebradizo hasta la rotura espontánea ó sin nueva causa externa. Se transmite de un individuo enfermo á otro sano con mucha facilidad, generalmente por contacto directo ó indirecto; pero pudiendo sus esporos flotar en la humedad atmosférica lo mismo que los del achorion, es posible su transmisión por el aire. La inoculación es también un medio artificial de transmitir este parásito y la enfermedad que determina.

Como del conjunto de observaciones recogidas hasta hoy resulta que, en los últimos períodos de la enfermedad de que tratamos, faltan los tubos de mycelium que existen en los primeros, se cree que el vegetal envejece cuando los pierde y queda constituido exclusivamente por esporos, y que muere cuando avanzando el mal se inflamándose los folículos pilosos, deja de tener el alimento que necesita y es arrastrado por la supuración al exterior.

El trichophyton se distingue fácilmente del achorion: primero, por la escasez ó ausencia del mycelium y de los tubos esporíferos que tanto abundan en el achorion; segundo, porque sus esporos son la mitad de pequeños, están casi siempre más aislados y tienen un poder refringente de que carecen los que habeis visto en el favus; y tercero, porque la forma de estos esporos, siempre circular ó muy redondeada en el trichophyton, es variable en el achorion.

No es tan fácil su distinción de los *microsporum* y de otros vegetales microscópicos colocados en el último tramo de la escala botánica.

Sin embargo, el vegetal que determina la tiña pelada y al cual estudiaremos próximamente con el nombre de *microsporum Audouini*, se compone de numerosos y largos filamentos ondulados y ramificados; y sus esporos, todavía más pequeños que los del trichophyton, están colocados en la extremidad de las ramificaciones de dichos filamentos.

Lo mismo sucede con el *microsporum furfur* de la pitiriasis versicolor: sus esporos, más refringentes también que los del trichophyton, están colocados en la terminación de los filamentos, y todo además se halla íntimamente mezclado con las células córneas del epidérmis.

Estudiemos ahora la acción especial que ejerce el trichophyton sobre la piel, el pelo y el folículo piloso para que deduzais algunas consecuencias ligadas con la explicación filosófica de los síntomas en el herpes tonsurante.

Al implantarse en la piel del hombre los esporos del trichophyton, no ejercen sobre ella acción química de ningún género; se adhieren simplemente como la planta al terreno que ha de nutrirla, y en cuanto un esporo lo ha conseguido, empieza su evolución generadora; los nuevos esporos que se forman y los tubos micélicos que por vez primera aparecen, se mezclan y entrecruzan con las células córneas del epidérmis, penetran hasta la capa reticular de Malpighi y la irritan; los extremos de los conductos sudoríparos y sebáceos que no per-



miten por sus secreciones continuadas el paso al parásito, se irritan también y determinan una erupción artificial que forzosamente ha de estar mezclada con el vegetal y con las descomposiciones del epidermis; pero llega el vegetal á tocar el tallo de un pelo, y como éste constituye su verdadero alimento, á él se adhiere de preferencia.

Los esporos de los vegetales criptogámicos comprendidos en las plantas toruláceas, además de su pequeñez que les permite encajarse en cualquier orificio por pequeño que sea, tienen una dureza capaz de atravesar por presión los tejidos orgánicos, y uniéndose ambas propiedades á la necesidad de nutrirse del pelo, se explica bien que le atraviesen; que colocándose en su interior, disocien sus fibras, se apropien su sustancia, crezcan ascendiendo por el tallo, y descendiendo por la raíz hasta romperlo y destruirle, y, en fin, que faltos de alimento, emigren á la vecindad, ó se extiendan á los pelos próximos.

El folículo se escapa casi siempre de la acción de este cuerpo extraño y vivo, porque prefiere como hemos dicho la sustancia córnea para nutrirse; pero cuando los esporos abundan en la raíz, y ésta les dá paso, inflaman el saco secretorio del pelo, y la observación ha demostrado que esta inflamación que mata y elimina el parásito, no sólo determina supuración, sino que además es vegetante.

Recordando ahora todas las circunstancias ya indicadas, os explicaréis y conoceréis *à priori* la mayor parte de la sintomatología, el curso y las terminaciones de la enfermedad que vamos á estudiar.

Convencidos de que se trata de un vegetal parásito que vive con preferencia de la sustancia del pelo, ¿os extrañará que le altere, destruya, debilite y decolore? ¿No explicaréis bien su rotura al ver esa preparación microscópica, en la cual se observan grandes masas de esporos que separan y truncan algunas fibras del pelo? Viendo tan disociados los elementos anatómicos de la planta, que se extienden en superficie y jamás se amontonan ó entretejen como en la sustancia del favus, ¿no comprenderéis su mayor aptitud contagiosa, su mayor facilidad para emigrar de un punto á otro más ó menos próximo y el crecimiento más rápido de la enfermedad? ¿Qué mucho que determinen una erupción vesiculosa y un infarto del dermis si obran en él los esporos como un cuerpo extraño y vivo que absorbe sus jugos y le irrita? ¿Os chocará que sea tan tenaz un padecimiento que necesitando la depilación, la entorpece por la fragilidad del pelo que se rompe fácilmente al quererle coger con la pinza?

Todas estas y otras muchas deducciones anteriormente indicadas, así como algunas que podríamos todavía sacar, se han venido de seguro á vuestra inteligencia al pensar en los datos que acerca del trichophyton hemos presentado á vuestra consideración; pero como hemos de volver sobre ellos,

no insistiremos más, entrando desde luego en la descripción de la enfermedad y en los detalles clínicos necesarios acerca de su sintomatología.

Varios ejemplos hay en la enfermería de la tiña tonsurante y del herpes circinado del cuerpo.

Recordad aquel niño pequeño que ocupa el ángulo de la sala 6.ª; y cuya cama, si no estamos equivocados, lleva el núm. 45.

Hace un mes que vino al Hospital desde el asilo del Pardo, y aún nos parece estar viendo la notable disposición de sus placas eruptivas.

El cuello, el tronco, las muñecas y los dedos de la mano derecha estaban salpicados aquí y allá de unas manchas rojas y elevadas como un milímetro, redondas ó ovales, y con un borde circunferencial perfectamente limpio, limitado y más alto que el centro de la placa eritematosa. Sobre algunas existían pequeñas vesículas intactas; pero la mayor parte estaban cubiertas de escamas furfuráceas blancas.

Llevaba un mes de enfermedad, y la atribuía á su roce con otro niño que dormía á su lado en el Asilo, y que tenía granos y calvas en la cabeza. Hoy le veis ya curado. Han bastado los toques con el aceite puro de enebro, que al principio hizo más aguda la inflamación de las placas, para que en este corto tiempo haya todo desaparecido.

En la otra fila de la misma sala, y casi enfrente de este niño, hay otro enfermito con herpes circinado en el lado derecho del cuello: no sabe á qué atribuir su enfermedad, pero recuerda que un perro que tiene en su casa padece una erupción semejante.

La placa trichophytica es ovalada y se eleva cerca de una línea sobre el nivel de la piel. Está casi sana y pálida en un punto central; pero su borde rojo encendido y saliente se halla cubierto de pequeñas costras blanco-amarillentas y de escamas. Dentro de poco tiempo el aceite de enebro, que hoy se le prescribe, terminará la enfermedad si es que ya no existe contagio en algún otro punto de la cabeza ó del cuerpo. En las láminas del grupo de afecciones parasitarias de nuestro atlas podéis consultar también un notable ejemplo de herpes circinado casi generalizado, puesto que no bajaban de 80 las placas herpéticas y algunas, propagándose á la cabeza, determinaban ó constituían ya el herpes tonsurante.

En el mismo atlas encontrareis un caso de tiña tonsurante bien caracterizado con la observación microscópica y la figura representativa de un pelo alterado por el trichophyton, y en el núm. 4 de la sala 6.ª el enfermo que nos sirve hoy de pretexto para la conferencia y en el cual debéis fijaros bien

porque es el tipo más perfecto de la enfermedad que vamos á estudiar y á describirlos inmediatamente.

*La primera forma* de la tiña tonsurante, que casi siempre es el primer período de la misma, se conoce con el nombre de *Herpes circinado*, porque su forma elemental consiste en pequeñas vesículas ó vesículo-pústulas colocadas circularmente sobre un eritema redondeado *numular* ó *anular*.

La enfermedad generalmente empieza por una ó varias manchas pequeñas como picaduras de pulga, acompañadas de ligera picazon que poco á poco va aumentando, cuando aquellas crecen, convirtiéndose en una sensacion de quemadura y de pinchazos. Sobre las manchas se desarrolla pronto una descamacion blanquecina furfúrea y sin lustre, ya primitivamente, ya consecutiva á la desecacion de vesículas imperceptibles.

Las placas ó discos eritematosos crecen rápidamente en los primeros dias. Su crecimiento es excéntrico; es decir, que se extienden por su circunferencia formándose al rededor del borde que las limita una serie lineal de vesículas, de pústulas ó de escamas.

A veces la enfermedad ó la placa eritematosa que gana terreno hacia afuera, va sanando en su centro, y aparece á nuestra vista como un disco ó un *anillo*, pero es más frecuente verla toda cubierta por escamas ó pequeñas costras, aunque más deprimida y más seca en los puntos centrales.

El tamaño que generalmente llegan á tener estas placas ó anillos es el de una peseta: es muy raro que lleguen al de un escudo, y mucho más raro el que tengan dos y tres pulgadas de diámetro, como dicen algunos autores.

Cuando llegan á un tamaño regular, el crecimiento de la enfermedad se hace más que de un modo local, por propagacion á otros puntos, y las placas viejas se descaman, se deshinchan y desaparecen *lenta y espontáneamente* al cabo de dos, tres ó cuatro meses de existencia.

No siempre la lesion anatómica que se forma sobre el eritema es una vesícula ó una escama; puede ser una serie circular de pápulas (líquen circunscrito de algunos autores), varios círculos concéntricos de pústulas en diverso período de su desarrollo, lo que las dá distinto aspecto y coloracion y á veces algo de irrisacion por la reflexion de la luz sobre una superficie humedecida y saliente (*herpes iris*); ó, en fin, un conjunto de pápulas, vesículas, tubérculos, pústulas y escamas irregularmente mezclados y confundidos en el centro y en toda la extension del eritema.

Esta mezcla, que es más frecuente en la verdadera tiña ó herpes tonsurante de la cabeza, es muy rara en el herpes circinado, y sólo se observa en los círculos eritematosos colo-

cados en regiones muy velludas ó en los puntos de union del cuello y de la piel de la barba ó de la cabeza pollada de pelos.

Mirando con un lente de aumento la superficie enferma se ven los finísimos pelos que constituyen el vello del cuerpo, cubiertos de una capa blanquecina, rotos, resquebrajados y acodados, y si se raspa la superficie de la placa con un cu-chillete y se coloca lo recogido en el porta-objetos de un microscopio se ven los esporos y el mycelium del trichophyton mezclados con células epiteliales ó epidérmicas. Si se pone una gota de cloroformo ó de la solucion de potasa cáustica sobre el conjunto de esta mezcla, todas las células se disuelven y desaparecen, quedando el vegetal limpio y más visible.

Ibáñiz hace mencion de un síntoma que no deja de ser curioso y el cual hemos visto comprobado en nuestras observaciones. La picazon que acompaña al herpes se aumenta durante la digestion de un modo más notable y perceptible, que durante la noche, en cuya época tiene tambien algun ligero aumento.

La propagacion del herpes de un punto á otro del cuerpo se verifica generalmente por contagio, siendo las uñas del enfermo las encargadas de trasportar el gérmen parasitario; pero en ocasiones basta el desprendimiento natural de los esporos y su caída en un punto más ó menos distante del sitio enfermo para dar origen á nuevas placas. El roce de las ropas de la cama ó del traje puede igualmente influir en el contagio y propagacion de la enfermedad.

El curso del herpes circinado está limitado en cada una de sus placas al crecimiento y extension periférica de la erupcion que, dejada á sí propia dura tres ó cuatro meses y termina por la curacion espontánea, resolucion del infarto cutáneo y desaparicion del vegetal; pero en el conjunto de todas ellas se encuentra sometido á las circunstancias de su número y sitio de implantacion del parásito.

Fácilmente se comprende que si las placas se propagan sin cesar, la enfermedad puede hacerse casi interminable; pero lo que sucede siempre en estos casos es, que el herpes circinado termina propagándose á la cabeza y trasformándose por consiguiente en el herpes tonsurante, cuya sintomatologia, curso y terminaciones, son muy distintos.

*La segunda forma* de la tiña tonsurante, que á veces constituye el segundo período de la enfermedad, si es consecutiva á la propagacion del herpes circinado del cuerpo; pero que muchas otras se presenta primitivamente constituyendo el primero, se conoce con el nombre de *Herpes tonsurante*, porque determina la rotura del pelo de la cabeza en placas redondas como las tonsuras de los sacerdotes.



La enfermedad comienza por la picazón característica en uno ó varios puntos de la cabeza, y lo primero que se observa es que un mechón circular de pelos está más descolorido, seco, deslustrado y frágil que todo lo restante.

A los pocos días se rompe el pelo al nivel ó á varias líneas de distancia de la superficie cutánea; simulando una tonsura sacerdotal de uno á dos centímetros de diámetro, y se ve debajo un círculo de piel elevado de media á una línea y recubierto de una escamilla blanco-sucia y pulverulenta. Entre las escamillas se perciben á veces ordenadas en círculos, á veces en desorden, ya muchas, ya en corto número, vesículas pequeñísimas que al romperse humedecen la parte, y en ocasiones pustulitas que determinan costras muy pequeñas también y de un color más amarillento.

Dejando el mal á su curso espontáneo y siempre lento, veis crecer ó aumentarse el diámetro de las tonsuras por la rotura de los pelos circunferenciales y crecer al mismo tiempo, tanto en elevación como en extensión, la placa eruptiva sobre la que descansan.

Las escamillas se reproducen y aumentan en ella, la humedad de las nuevas vesículas que salen y se rompen las aglutina con los esporos del vegetal, y el todo rodea á los tallos pilosos y sube por ellos formándose un estuche blanco mate y gelatinoso.

El pelo cada vez más tierno, delgado, decolorado y deformado, se rompe nuevamente en puntos más próximos á la piel dejando mejor al descubierto la superficie rugosa de la placa eruptiva tonsurante, y si queremos extraer alguno con la pinza, raro será que salga entero.

Colocándole bajo el campo del microscopio se pueden observar las graves alteraciones de textura que sufre: la raíz comida y rota en astillas, el tallo hueco, hinchado en algunos puntos, separadas sus fibras, por entre las cuales se ven salir cadenas de esporos pequeños y brillantes, y en su exterior el estuche blanquecino ya referido y formado en gran parte por los elementos vegetales del trichophyton tonsurans: tales son las lesiones que habéis podido apreciar en esa preparación microscópica y que teneis bien representada en la lámina de nuestro atlas.

En ésta podréis apreciar también el aspecto de la placa tonsurante que mide el diámetro de pulgada y media, y cuyo color, elevación, forma, composición y demás condiciones están bien representados en la figura.

El curso de los síntomas del herpes tonsurante tiene pocas variantes. La placa, después que ha llegado á su maximum de crecimiento, se estaciona y sólo se perciben en ella los cambios de las costras nuevas que se forman, de las escamas que se reproducen y de los pelos que en totalidad desaparecen.

Como la picazón, los pinchazos y la sensación de ardor ó quemadura que la acompañan obligan al enfermo á rascarse,

es común ver arañazos y sangre que se mezcla con erupciones artificiales, generalmente pustulosas y crustáceas, que rodean la placa tonsurante ó que la ocultan y cubren dificultándonos el diagnóstico.

Los parásitos que acuden donde no reina la limpieza se anidan en las costras putrefactas, y pronto hay que añadir sus molestias y las erupciones artificiales que pueden producir á las propias de la enfermedad.

Pero antes de que la placa vegetal haya destruido todo el pelo que contiene, se inician en los alrededores una ó varias pequeñas placas tonsurantes, y en ellas se reproducen los mismos síntomas que en la primera, pudiendo así, enlazándose las lesiones, durar muchos años la enfermedad y terminar sólo espontáneamente cuando no queden pelos en la cabeza.

Aun en este momento, cuando las tonsuras reunidas dan lugar á una calva extensa ó general, todavía el vegetal continúa viviendo del epitelio y del folículo piloso con los restos del bulbo que en él suelen quedar, y la enfermedad se transforma según se sitúe, bien en la pitiriasis alba húmeda, bien en el sycosis parasitario, tercera de las formas principales de la tina tonsurante.

La pitiriasis alba de la cabeza, consecutiva al herpes tonsurante, es más húmeda que todas las pitiriasis crónicas dependientes de reuma y del herpetismo ó de otras causas, es, por lo tanto, más sucia, sus escamas son menos blancas, carecen de brillo y están mezcladas con algunas píustulas y tubérculos sycóticos.

El frote que con facilidad hace desprender las escamas de otras pitiriasis, no deja caer éstas, que se levantan sólo con el peine ó á la fuerza, y si precede ó acompaña al sycosis pronto vienen á complicar esta afección las inflamaciones dérmicas y foliculares que caracterizan á la mentagra.

La tercera forma de la tina tonsurante es siempre consecutiva á la segunda, y constituye la enfermedad que se ha denominado *Mentagra trichophytica*, ó mejor Sycosis parasitario, pues no es preciso que la afección se presente exclusivamente en el mentón ni en la barba, como indicaría la primera palabra.

Así como el herpes circinado tiene por asiento el cuerpo y el tonsurante la cabeza, el sycosis se presenta en la barba ó en los puntos del cuerpo, que como las axilas ó el pubis se hallan cubiertos de pelos fuertes y enroscados. También se presenta en la cabeza por transformación *in situ* del herpes tonsurante, y de esto, aunque es raro, tenemos en nuestra práctica particular un notable ejemplo que ofrecer á vuestra consideración.

El sycosis empieza por lo comun del modo siguiente:

En un sujeto que lleva padeciendo algun tiempo el herpes tonsurante de la cabeza, aparecen en la barba y en la base de los pelos varios puntos rojos que se cubren de descamacion furfuracea primero, y despues, de una capa blanca y gelatinosa que asciende por el tallo formándole una vaina ó estuche constituido exclusivamente por esporos del trichophyton. La inflamacion cutánea que rodea el punto de salida del pelo se va aumentando, se forman tubérculos indurados grandes, rojos, y despues tubérculo-pústulas que dan lugar á costras deformes, debajo de las cuales existen ulceraciones fungosas, vegetantes, que crecen, se extienden y juntan entre sí, exudando todo una supuracion sanguinolenta y saniosa.

Esta superficie fungosa ó granulosa como la fresa ó la fram-buesa, de un color rojo vivo, que parece brotar sangre y que al menor roce determina su salida, se halla atravesada por pelos enfermos, quebradizos y decolorados, que cada dia son ménos en número, porque su caída es rápida y pronto se hace completa y definitiva á consecuencia de la inflamacion supuratoria de todos los folículos pilosos, que con facilidad elimina los poros que resisten al parásito. Las sensaciones que produce en el enfermo la avulsion de los pelos, pueden indicarnos la antigüedad del sycosis. En su principio es muy dolorosa y dá lugar á una hemorragia pequeña que sale del fondo del folículo; sólo tocar el pelo determina dolores de pinchazo, y en realidad pinchazos son, pues los tallos pilosos deben considerarse en todas las mentagras como espinas clavadas en el dérmis inflamado; pero en un período avanzado de la dolencia la extraccion ni es dolorosa ni dá salida á gotas de sangre, sino á gotas de pus.

Suele acontecer que la inflamacion folicular se trasmite á las aréolas del dérmis ó al tejido celular subcutáneo, y entónces se forman diviesos, flemones y abscesos que mezclan sus lesiones y sus productos con los tubérculos fungosos, las costras y demás lesiones y productos propios del sycosis parasitario.

Despues de algun tiempo de tan tremenda erupcion los pelos muertos se desprenden y caen espontáneamente, porque la supuracion ha destruido las inserciones foliculares de su bulbo; las paredes inflamadas de la glándula pilosa, una vez eliminado el cuerpo extraño que las separaba, se adhieren; la supuracion profunda se agota; los pezonillos carnosos de los tubérculos fungosos se aplastan, igualan y secan; se cicatriza su superficie y la induracion dérmica va lentamente desapareciendo.

Si á los pocos meses veis al enfermo, encontraréis como reliquias incurables de la enfermedad cicatrices deformes, hundidas y blancas, en las cuales falta el pelo, el cual no volverá á retoñar á pesar de todos los recursos de la ciencia y de todos los secretos de los charlatanes.

El sycosis no se propaga ni crece de una manera exén-

trica formando círculos cada vez mayores, como sucede en las dos primeras formas de la tiña tonsurante; se extiende indistintamente por cualquier punto de la circunferencia del primer sitio afecto, y salta á veces á un punto distante de la barba ó de la cabeza.

Cuando ocupa esta última region puede ser de un diagnóstico difícil por las complicaciones de las erupciones artificiales ó constitucionales que sobrevienen en su curso. Os citaremos á este propósito un caso notable de nuestra práctica civil, que sentimos no haber podido conseguir que figure en la coleccion de retratos de nuestro atlas.

Hará unos ocho años próximamente que vino á consultarnos desde Pamplona una señora con una niña de doce años, para que pusiésemos el plan conveniente á esta última que sufría una erupcion rebelde en la cabeza.

La niña, evidentemente escrofulosa, lista y precoz por consiguiente en sus facultades intelectuales, lloraba sin cesar porque la curasen pronto la horrible enfermedad que tenia en la cabeza, pues además de su aspecto repugnante y de sus molestias, veía perdida su cabellera en el principio de la edad pretenciosa.

Llevala ya más de un año de sufrimientos, cuya historia era la del herpes tonsurante primitivo, complicado con erupciones artificiales que tomaron el tinte escrofuloso; pero cuatro meses ántes de decidir su venida á Madrid, empezaron á brotar entre las costras de su cabeza tubérculos dolorosos, y en su ápice se formaron primero pústulas y despues ulceraciones fungosas.

En tal estado se presentó á nuestra observacion. Toda la parte superior de la cabeza, en la region biparietal y en una extension como de tres pulgadas estaba cubierta de grandes placas fungosas parecidas á las vegetaciones sexuales aglomeradas y antiguas, y exudando como éstas una supuracion saniosa y fétida. Faltaba ya en ellas mucho pelo, pero todavia existian atravesándolas algunos de variable color y fortaleza. Rodeando las fungosidades habia una erupcion formada por costras húmedas y amarillas de impétigo escrofuloso que se repartian además por entre el pelo restante de la cabeza y en los puntos próximos del cuello y de las orejas.

Los infartos glandulares de la region cervical indicaban bien por su gran tamaño y poca dureza, la naturaleza de esta última erupcion, y hasta nos hicieron dudar de la naturaleza parasitaria de la primera, pero examinando varios pelos al microscopio, vimos muchos destruidos por la supuracion, algunos roídos en su raíz y destilados, y no pocos de la circunferencia con innumerables esporos del trichophyton.

La practicamos una depilacion casi completa, la dimos unturas parasiticidas de aceite de eucalipto, y desaparecieron como por encanto las fungosidades y las costras; prescribimos entónces la pomada de sublimado, y en poco tiempo (tres meses) quedó curada de su enfermedad, aunque con algunas



pequeñas calvas, que se tapaban bien con el hermoso pelo de los alrededores.

Por si nos quedaba alguna duda acerca de la naturaleza del padecimiento, hicieron traer los padres desde Pamplona otra hermana pequeña que también padecía una erupción en la cabeza, y tuvimos la satisfacción de curarla al mismo tiempo un herpes tonsurante contagiado por la hermana mayor, antes de su venida á Madrid.

Esté dato que parece insignificante, nos probaba dos cosas: primera, que la enfermedad era contagiosa y parasitaria, y segunda, que á pesar de presentarse en una niña bajo la forma sycósica y en la otra bajo la tonsurante, la enfermedad era la misma.

Acerea de esta cuestión conviene que sepais algunos hechos que confirman semejante unidad morbosa separada para su más clara descripción en tres formas, que son ni más ni ménos que tres épocas distintas del desarrollo de un vegetal parásito. El herpes tonsurante inoculado en la cabeza determina otro herpes tonsurante: inoculado en el cuerpo dá lugar al herpes circinado; pero inoculado en la barba no produce desde luego el sycosis sino el herpes tonsurante, el cual, andando el tiempo, puede ó no convertirse en el sycosis. Inoculando el sycosis en el cuerpo resulta el herpes circinado, y en la cabeza ó en la barba el herpes tonsurante; pero tampoco resulta desde luego otro sycosis, de lo cual se ha deducido que esta forma es siempre consecutiva, ó lo que es lo mismo, que el vegetal necesita ser más viejo para producirla.

No creemos como algunos autores que sea forzoso el que preceda el herpes circinado al tonsurante, pero sí que éste preceda al sycosis, pudiendo también preceder al circinado en muchas ocasiones.

Resumiendo, señores, la sintomatología de tan protótipo parasitismo, podemos decir que la enfermedad comienza por picazon ligera en uno ó varios puntos del cuerpo ó de la cabeza, en los que al poco tiempo se manifiestan manchas rojas, que se van elevando y cubriendo de vesículas ó escamas. El parásito en este período está empezando su germinación entre las células córneas del epitelio.

Las manchas crecen por su circunferencia y se convierten en placas numulares de borde saliente ó en discos sanos en el centro, y el pelo que las cubre se decolora y rompe fácilmente formando al poco tiempo la tonsura.

El parásito se encuentra en este período en el interior del tallo piloso cuyas fibras disgrega y además formando al pelo que permanece adherido á la piel un estuche blanquecino ó ceniciento, que se propaga por la superficie de la placa mezclándose con las vesículas, escamas, pústulas y costras pequeñas que en ella se forman.

Las tonsuras crecen invadiendo el vegetal los pelos y la piel de la circunferencia; los pelos son invadidos en su raíz y caen definitivamente, determinando calvas casposas circulares

ó numulares, ó bien propagándose la enfermedad á la barba é inflamando los folículos, dá lugar á tubérculos dolorosos atravesados por los pelos, á fungosidades anchas y aplanadas que exudan un pus fétido, y á la supuración profunda del dérmis, que destruyendo la raíz de aquellos los expulsa unidos á los esporos del vegetal.

Propagándose la enfermedad á los sitios próximos reproduce en ellos los tubérculos, las úlceras fungosas y las costras que alternan ó se mezclan con las cicatrices, hundimientos y elevaciones, calvas deformes y pequeñas de los primeros puntos afectos, hasta que pasado un tiempo indeterminable y caídos todos los pelos, se aplanan y secan las fungosidades, se desprenden todas las costras y termina el padecimiento, habiendo dejado en la cabeza y en la barba crueles vestigios y reliquias incurables.

El parásito en este último período se aloja en la raíz del pelo y en el interior ó en las paredes del folículo piloso, á las cuales inflama de una manera especial.

Las protóicas manifestaciones de la dolencia que estudiamos las podeis explicar perfectamente, primero por el sitio que ataca el vegetal, ó lo que es lo mismo, por las condiciones anatómicas de la parte afecta, y segundo por la antigüedad del padecimiento, que también puede significar la edad diversa del parásito ó sus condiciones diferentes de organización. (Con qué facilidad se explica todo, cuando se conoce la causa de las cosas!)

Estudiaremos, sin embargo, más esta causa, porque aún hay puntos de doctrina discutibles, y hablaremos de algunas concausas y de algunos hechos clínicos y de experimentación curiosos por más de un concepto, para que tengais todos los detalles apetecibles y necesarios acerca de la Etiología de la tiña tonsurante.

Confundida esta enfermedad por los antiguos, y aún por el mismo Alibert que ya la llamaba tiña, entre los acorras, las gurnas y demás afecciones húmedas ó exudativas de la piel del cráneo, y siendo no sólo propia de la niñez sino de los niños linfáticos y escrofulosos, no es de extrañar que se haya creído dependiente por unos de la escrófula ó del linfatismo, y por otros del herpetismo infantil considerado siempre como distinto en sus manifestaciones y en su tratamiento del herpetismo de la edad adulta.

Hay una prueba concluyente de que la escrófula no es la causa eficiente de la tiña tonsurante en la ineficacia de los remedios antiescrofulosos para detener el padecimiento.

Dad á estos niños tíanos, aunque sean escrofulosos y tengan manifestaciones cutáneas coincidentes de esta enfermedad, todo el aceite de bacalao y el yoduro de hierro que puedan soportar, durante mucho tiempo, y el herpes tonsurante seguirá su curso imperturbable, aunque la erupción escrofulosa desaparezca, siempre que no uséis tópicos parasitocidas como el aceite de enebro, la breva ó las pomadas mercuriales.

No puede dudarse, sin embargo, que la niñez y la escrófula son las dos causas predisponentes que más influencia tienen en el desarrollo del germen parasitario que ha de producir la enfermedad, y se comprende que así sea, pues constituyen el terreno abonado y preparado en que aquél se siembra. La abundancia de jugos de la niñez, la acidez que les comunica la escrófula y la debilidad y tenuidad ó finura del tejido cutáneo en los niños, y sobre todo en los escrofulosos, son el mantillo con que se cubre la planta que con cuilado sembramos, esperando que así prenda mejor que en la mala tierra ó en la que no está bien preparada para ello.

La suciedad ó falta de limpieza ayuda porque no evita, y puede considerarse también como poderosa concausa. Un niño de pelo corto, y al que lave su madre todos los días la cabeza, contraerá difícilmente la tiña tonsurante, porque antes de que los esporos del trichophyton se hayan podido adherir á las células epidérmicas, serán arrastrados por el agua de la locion; pero el que tenga el pelo largo y nunca se le lave ni peine, no desperdiciará ningún contagio al que se exponga.

Hay algunas otras causas que adivina el sentido común, cuanto más el sentido científico, por lo que nos creemos dispuestos de enumerarlas, y en cambio hay algunas que es risible considerarlas como á tales imitando á ciertos autores.

¿Qué le importará al trichophyton, por ejemplo, el sexo del paciente, su idiosincrasia, su predisposición morbosa hereditaria ni el temple de su organismo? A pesar de ellos, con ellos y sin ellos, germinará si tiene abonado terreno. ¿Qué le importará el clima, la estación, las circunstancias exteriores todas que rodean al enfermo, su género de alimentación, de abrigo y de costumbres morales y sociales, si la limpieza no se opone al contagio y éste llega á verificarse?

Dejemos esto á un lado y estudiemos este contagio, que es la verdadera causa de la enfermedad.

El trichophyton, lo mismo que el achorion, puede transmitirse por contacto directo, por contacto indirecto ó mediato, por el aire y por inoculación ó trasplantación artificial.

El contacto directo se observa á menudo entre personas de la misma familia que duermen juntas, en las peinadoras ó en las personas que peinan á los que padecen esta enfermedad, y en los mismos enfermos que con sus uñas la trasportan de un punto á otro de su piel.

Siendo los animales domésticos, como el gato, el perro, el ratón, el caballo, el burro, el buey, etc., los que padecen con más frecuencia la tiña tonsurante, puede el contagio directo con estos animales transmitirse al hombre la enfermedad.

Una perrilla inglesa que nos regalaron hace poco tiempo contrajo esta tiña, probablemente por sus juegos con un gato pequeño que en casa había, y que los criados decían que tenía lamparones ó calvas cerca de las orejas. Era excesivamente sobona y cariñosa, y pronto propagó la placa tonsurante que tenía en su cabeza á una persona de la familia, que

á su vez la transmitió á dos de sus nietos. Tanto en éstos como en su abuela, la enfermedad se manifestó por varias placas de herpes circinado en la cara y en las manos de todos ellos.

El contagio por contacto indirecto es tal vez más frecuente y nos explica bien todas las presentaciones mal llamadas espontáneas, ó de contagio inexplicable (mejor dicho inaverguado) de la tiña tonsurante. Dormir en una casa de huéspedes, ó en otra que no lo sea, pero en una cama cuyas almohadas ó cuyas sábanas hayan servido para un tifooso; meter la mano en una ratonera en la que hayan andado, aunque sin caer, ratones con herpes tonsurante; ponerse inadvertidamente el sombrero ó la gorra de otro que padezca la enfermedad tal vez sin saberlo él mismo, cuanto más el que se expone á contraerla; estos y otros mil motivos de contagio que después de mucho tiempo se han averiguado, han debido pasar desapercibidos para todos en un principio.

Hoy que los médicos se fijan en esto y hacen fijarse á los enfermos, hoy que las enfermedades parasitarias de los animales domésticos van estudiándose con esmero, la espontaneidad del mal desaparecerá y se encontrarán para explicarla infinitos y variados modos de contagio indirecto.

Uno de ellos, y el más misterioso sin duda, es el contagio por el aire, sin que pueda decirse que es por infección, puesto que el trichophyton no obra por su absorción en la sangre, sino por su implantación en la piel.

Probado por el procedimiento de Lemaire que los esporos del trichophyton se hallan en el aire, lo mismo que los del achorion, ¿podrá causarnos sorpresa el que se detengan sobre la cabeza descubierta de un transeunte y determinen la enfermedad?

Pero el medio de contagio que más luz nos ha dado acerca de la transmisión de esta enfermedad, ha sido la inoculación practicada en los animales y en el hombre mismo.

Estos estudios experimentales que empezaron hace ocho ó diez años, y que todavía continúan, han venido á demostrar la naturaleza de la enfermedad, su identidad en todas las especies de animales que pueden padecerla, incluso el hombre, su periodo de incubación y todos los detalles que acerca de su curso, de su diagnóstico y de su tratamiento pudieran parecer oscuros.

No siempre la inoculación es intencionada y precisamente la que sin intención determinan los barberos con las navajas de afeitar, que han recogido en anteriores rasuras esporos del trichophyton, es la causa más frecuente de la propagación de la tiña tonsurante.

Esta forma de la tiña tonsurante inoculada por la rasura tiene un aspecto especial que conviene que conozcáis, porque se confunde fácilmente con otras enfermedades.

Al día siguiente de afeitarse siente la persona contagiada un picor ardoroso en diferentes puntos de la barba, y bien pronto le brota en ellos una erupción de vesículas ó vesiculopústulas numerosas, pero diseminadas y rodeadas de una



pequeña aréola crítenato-escamosa. La picazón se aumenta con la erupción, el enfermo se rasca y la erupción se extiende y generaliza en toda la barba, simulando un eczema ó una nectagra artificial, que debieran desaparecer con los emolientes. Pero no sucede así; por el contrario, los emolientes exacerban el mal, siguen saliendo nuevas vesículas, el pìcor y la tension inflamatoria aumentan, la piel se infarta y se endurece, se pone de un color oscuro formando placas redondeadas escamosas, y si mirais los pelos, vereis ya en ellos el estuche blanquecino formado por el trichophyton y las alteraciones características de su tallo, perceptibles con el microscopio y á veces á simple vista.

Despues de este momento su historia clinica es la de un herpes tonsurante de la barba, que andando el tiempo podrá ser un sycoisis, pero hasta él, podreis sospechar cualquiera otra diferente dermatosis. Al eczema simple de la barba es al que más pudiera parecerse, puesto que las vesículas están en su mayoría intercaladas entre los pelos y no en su base, pero mirando bien, vereis tambien algunas en este último punto. El curso subsiguiente del mal, y sobre todo su rápido crecimiento, os harán comprender pronto de lo que se trata.

Las inoculaciones artificiales ó intencionadas han sido practicadas ó promovidas por la observacion de esta enfermedad en los animales, y por los ejemplos de contagio entre los animales y el hombre, que en su principio no se creian y necesitaban confirmacion. Estéril, por no decir inútil, sería hacer alarde de erudicion, refiriéndonos esta parte de la historia de la ciencia con las observaciones de Saint-Cyr, Droper, Gerlach, Mahaux, Fox, Letenneur, Demons, Rollet, Bazin, Boerensprung, Hebra, Reynald, Hallier, Muller y otros mil médicos, botánicos y veterinarios de todas las naciones, especialmente alemanes y franceses, que han observado contagios y practicado inoculaciones para comprobarlos.

Básteos saber que de todas ellas pueden deducirse los siguientes corolarios:

1.° Los animales que con más frecuencia padecen el herpes tonsurante, son, por su órden de mayor á menor, el raton, el bucy, el caballo, el gato, el perro, el cerdo, la oveja y el gallo.

2.° La enfermedad que padecen es siempre la forma tonsurante de esta tiña, no siendo posible la circinata ni habiéndose observado nunca la sycoisis.

3.° El vegetal que la produce es el trichophyton tonsurans, idéntico en sus caracteres, en su tamaño y en sus efectos al que se encuentra en el hombre.

4.° Hay ejemplos bien observados de haber todos estos animales propagado su enfermedad al hombre. Tambien los hay de haberla propagado entre ellos, como del raton al gato, de éste al perro, etc.

5.° La evolucion y el curso de la enfermedad son iguales en todos.

6.° El hombre á su vez puede contagiar el herpes tonsurante á los animales domésticos.

7.° Las inoculaciones intencionadas se han practicado con lanceta ó despegelando el epidérmis de los animales por un cláustico ó vejigatorio. De cualquier modo la incubacion de la enfermedad ha sido corta, de cuatro á ocho dias, en los casos numerosos en que ha dado resultado.

8.° Nunca se ha visto que inoculado el herpes tonsurante resulte el favus, ni vice-versa.

9.° Inoculando esta tiña en un fruto, debajo de su película cortical, se desarrolla el penicillium más rápidamente que en los demás puntos que se pudren.

Estas dos últimas conclusiones las hemos puesto para constatar á las aseveraciones de Hebra, Hallier, Stark y otros que, como en otra ocasion os hemos dicho, pretenden que todos los vegetales productores de las diversas tiñas, el achorion, el trichophyton y el microsporon son uno mismo, pero modificado en sus condiciones, en su aspecto y en sus efectos por el terreno en que se implanta y de donde se nutre.

Otras razones clinicas poderosas hay además en contra de semejantes opiniones, bastando citar la de que en un mismo enfermo pueden coexistir el favus y el herpes tonsurante, y en este caso cada enfermedad sigue su curso especial é independiente.

Es verdad que en ciertos momentos (periodo escamoso ó pitiriasico) tienen un aspecto muy semejante ambas enfermedades, y que la inoculacion del favus produce una erupcion abortada muy parecida á la placa tonsurante, pero dejando pasar un tiempo no muy largo, se van marcando los caracteres diferenciales de ambas dolencias.

Respecto á la trasformacion del trichophyton en el penicillium y vice-versa, la cuestion puede variar porque el penicillium parece ser el tejido vegetal generador de muchos otros; pero como es el vegetal más extendido en la atmósfera y el que determina la putrefaccion de todos los frutos vegetales, podia ser coincidencia, y á ello nos inclinamos mucho, la presentacion de este micrófito en el sitio inoculado con el trichophyton, puesto que lo mismo sucede inoculando el achorion y pinchando simplemente la manzana para que se ponga en contacto del aire ambiente y se pudra más pronto.

Cuestiones son ambas que deben estudiarse mucho, experimentalmente y con severa lógica, pues áun están por resolver y tienen positiva importancia, no sólo para esta cuestion concreta, sino para otras más generales y abstractas, para las graves cuestiones de la filosofia de la ciencia.

Dejando á un lado estas teorías, volvamos á la enfermedad para decirnos algo de su curso, de su duracion y de sus térmi-

naciones considerando á la tiña tonsurante, no en cada una de sus formas, sino como unidad morfológica en el conjunto de todas sus afecciones cutáneas.

El curso natural ó espontáneo de la tiña tonsurante, dejada la enfermedad á sí propia y sin tratamiento de ningún género, es el que dejamos apuntado en cada una de sus formas, poniéndolas en sistemática correlación. La duración de la enfermedad dejada también á sus impulsos naturales es larga, pero no tan larga como quiere Bazin, que la hace mayor que la de la tiña favosa.

Es un error en que ha incurrido queriendo hablar sin duda del curso intervenido ó modificado por los recursos del arte.

La tiña tonsurante es mucho más aguda que la favosa, destruye más pronto el pelo y puede producir la más completa alopecia en cuatro ó seis años, desapareciendo después porque el vegetal carecerá de su preciso alimento. ¿Cuántas tiñas favosas en cambio se ven pertinaces durar diez, doce y más años sin que pueda todavía presumirse la época de su espontánea terminación?

Su terminación espontánea es siempre la curación, pero después de destruir el pelo todo de la cabeza, de la barba y de otros puntos en que abunda. Sin embargo, á veces termina sin emigrar del primer punto afecto, y en algunos casos es forzoso que así sea, como en los niños que no tienen barba: entónces la duración es más corta, de dos á cuatro años, si el niño es pequeño y su pelo escaso y débil; mayor en circunstancias opuestas.

Pero como es difícil que no se haga nada para combatir la enfermedad aunque sea de una manera empírica ó inconsciente, como no hay madre tan mala que deje de hacer algo para curar á un hijo, como la limpieza por sí sola es un recurso higiénico poderoso para combatir el padecimiento, resulta que el curso completamente espontáneo del mal, más bien le presumimos que le vemos, y en cambio el que vemos siempre en diversos grados de modificación, es el curso intervenido, unas veces bien y otras mal; pero al fin distinto del que naturalmente tiene la tiña tonsurante.

Tratada la enfermedad convenientemente en su origen y en su forma circunscrita, el padecimiento aborta, la placa ó el disco herpético desaparecen en quince ó veinte días y todo lo que podría venir detrás se detiene. Si la enfermedad ha llegado al período tonsurante, si está en la cabeza y hay una sola placa que tratamos desde el primer día con acierto, todavía podemos aislarla, y evitando su propagación á lo restante del pelo, limitar el curso del mal al curso de dicha placa siempre largo (cuatro, seis meses y á veces más), pero mucho más corto sin duda que si el padecimiento fuera más extenso ó generalizado.

En este último grado de desarrollo es donde se confirma la opinión de Bazin, acerca de la mayor duración del herpes tonsurante, respecto de la que tiene la tiña favosa, ambas

convenientemente tratadas por la ciencia; lo que sencillamente se explica por las mayores dificultades que hay en la primera para llevar á cabo el tratamiento necesario, igual en ambas y muy fácil en la favosa.

Así es que vemos tardar en curarse el herpes tonsurante extenso diez, doce y más meses, mientras que el favus, que cuanto más viejo es mejor se cura, tarda seis, ocho, y á veces tres ó cuatro.

La terminación á que conduce la terapéutica racional es también la curación, pero sin calvicie ó alopecia definitiva, lo cual no es indiferente, y merece pensarse para no descuidar la enfermedad, sobre todo en las niñas que necesitarán más tarde su cabellera para poder vivir en sociedad.

La desaparición brusca de la erupción durante el curso de una fiebre grave ó de una inflamación visceral, puede simular una curación ó una metástasis, pero no es uno ni otro, y al volver la salud, el vegetal dormido ó mortecino revive y se extiende con rapidez; la piel, que entra en las condiciones normales de su vida, dá signos ostensibles del antiguo padecimiento que retoña y no hay motivo alguno para desligar lo actual de lo pasado, considerando aquello como una crisis y esto como una metástasis.

El diagnóstico de la tiña tonsurante sería siempre fácil si se presentase en todas las ocasiones la enfermedad con el conjunto de sus caracteres fundamentales y sin las complicaciones que tanto pueden oscurecerla á nuestras investigadoras miradas. La tonsura, que es su carácter clínico fundamental, sólo puede confundirse en ciertos períodos con la calva de la tiña pelada ó con la placa escutiforme favosa; pero de la primera la distinguirán pronto la erupción escamosa y los pelos rotos, cuya ausencia caracteriza á la pelada, y de la segunda la consistencia del pelo que permite en ella extraerle entero y con raíz, y el color azufrado de la costra, que si á simple vista no se percibe, se podrá observar con la lente de aumento y una buena iluminación. Su carácter microscópico fundamental, que es la falta del mycelium en la forma tonsurante y sycoidea, no se encuentra en las demás afecciones parasitarias con que pudiera confundirse. Pero á pesar de la importancia de todos estos caracteres, hay momentos en que no existen (sycoidea antiguo), y el diagnóstico se hace mucho más difícil, sino imposible, por las erupciones de otra índole que pueden complicar y hasta ocultar la enfermedad de que tratamos.

Por esto conviene atender siempre al conjunto de caracteres, no sólo de actualidad, sino anamnésticos, y seguir en cuanto sea posible el método inductivo para llegar á la verdad.

Si por los datos recogidos hemos llegado á averiguar que



la enfermedad se adquirió por contagio, que la historia y el aspecto ó los caracteres de la que padecía el sujeto contagiante eran los de un herpes tonsurante adquirido tambien por contagio, y en fin, si la inspeccion microscópica de los pelos del sujeto contagiado dá por resultado la existencia de esporos vegetales, podremos afirmar que la enfermedad que tenemos á la vista pertenece al grupo de las phyto-parasitarias, y el diagnóstico quedará reducido á distinguirla de las tiñas dérmicas, favosa y pelona, y de las tiñas epidérmicas ó pitiriasis parasitarios, incluidos en dicho grupo nosológico.

De la favosa la distinguiremos facilmente: Primero, por los caracteres microscópicos del vegetal, pues el trichophyton de la forma tonsurante sólo tiene esporos, y si tiene mycelium en la forma circinada, es en corta cantidad, faltando siempre los tubos esporóferos, mientras que el achorion se compone en todos sus periodos evolutivos de esporos, de mycelium y de tubos esporóferos. Segundo, por las costras amarillas redondas y umbilicadas del favus que no se ven en la tonsurante. Tercero, porque en cambio en la tonsurante se forma rodeando á los pelos una vaina ó estuche blanquecino que no se ve en la favosa. Cuarto, por la tonsura que no existe tampoco en la favosa, puesto que en ésta aunque el pelo se altera, no se rompe al nivel de la piel ó á poca distancia. Quinto, porque la depilacion puede hacerse facilmente en la favosa, mientras que en la tonsurante el pelo se rompe al cogerle con la pinza depilatoria y es la operacion de avulsion muchas veces ineficaz ó imposible. Y sexto, porque la historia y el curso de las dos tiñas es completamente distinto, como recordareis por lo dicho en la conferencia anterior y en la presente.

De la tiña pelada ó pórigo decalvans la distinguiremos tambien facilmente. Primero, porque en esta enfermedad no hay verdadera tonsura con pelo cortado, sino calva perfecta sin pelo alguno ni señales de él. Segundo, porque en esta calva, que no suele ser redondeada como la tonsura, no hay señales de erupcion vesiculosa ni escamosa, ni estuche blanco gelatinoso que rodee el pelo y cubra la placa, sino una piel fina, limpia y más blanca que lo restante de la cubierta cutánea. Tercero, por los caracteres del vegetal que se compone de esporos colocados en el extremo del mycelium. Y cuarto, por el curso de los síntomas que es completamente distinto, segun veremos en la conferencia inminente.

Finalmente, de las tiñas epidérmicas ó pitiriasis parasitarias, con sólo saber que no atacan ni alteran el pelo, tendremos hecho el más seguro diagnóstico.

Aunque siguiendo el camino recto de la induccion, no es necesario el diagnóstico diferencial, podeis aquilatar más con él los grados de vuestra certidumbre, viendo los caracteres que separan á la tiña tonsurante de otras afecciones cutáneas de distinta naturaleza que pudieran tener aspecto parecido,

sino con el conjunto de afecciones que constituyen la enfermedad, con alguna de sus formas ó con alguno de sus periodos.

Las placas numulares del herpes herpético, pudieran ser tomadas por las placas del circinado, pero aquellas son dos ó más colocadas simétricamente, pican mucho, sobre todo por la noche, no tienen el borde más elevado ni en rodete, son muy húmedas porque sus vesículas se reproducen sin cesar, recidivan en épocas determinadas del año y se acompañan de la historia y coincidencias morbosas del herpetismo; nada de lo cual existe ó pasa en el herpes circinado parasitario.

Los eritemas anulares ó circinados y los numulares, sintomáticos por lo comun del reuma ó de un estado discrásico parecido al escorbuto ó á la púrpura, se distinguen del herpes parasitario porque no tienen descamacion ni erupcion alguna encima de la mancha vinosa que los constituye, porque duelen y tienen un curso crónico intermitente, apareciendo y desapareciendo varias veces antes de su terminacion definitiva.

Los eczemas circunscritos herpéticos ó escrofulosos no tienen la forma circular del herpes y son más húmedos y costrosos que el herpes circinado. Las sífilides anulares, son casi siempre escamosas ó pústulo-crustáceas, no pican, empiezan siendo desde luego múltiples y tienen la historia y las coincidencias naturales del curso de la sífilis.

El psoriasis circinado herpético ó escrofuloso, además de su mezcla con el psoriasis difuso ó con el guttata y numular, se compone de escamas secas adherentes y nacaradas que nunca se ven en el herpes circinado.

Las pitiriasis agudas ó crónicas, herpéticas, reumáticas ó escrofulosas son siempre difusas ó por lo menos no están tan perfectamente limitadas como el herpes parasitario por su rodete circunferencial.

Si del diagnóstico del herpes circinado passis al del herpes tonsurante con estas mismas enfermedades, podeis añadir á todos los caracteres diferenciales antedichos el que ninguna de ellas altera y corta el pelo, determinando tonsuras y descamaciones furfuráceas compuestas de esporos del trichophyton.

En el sycosis, el diagnóstico puede ser mucho más difícil, no tanto comparándole con los sycosis herpéticos y reumáticos, sino con el sífilico ó con una sífilide tubérculo-pústulo-crustácea, que siendo primero resolutiva se convierte despues en ulcerosa.

En ninguno de ellos, sin embargo, se forman las escrescencias fungosas que en el parasitario; los dos primeros (herpético y reumático) no determinan úlceras, y el último (el sífilico) cuando las forma, las dá el tinte especial de las úlceras sífilíticas consecutivas (trebrantes ó serpiginosas.)

El sycosis parasitario que ocupa la cabeza, las axilas, el

púlsis, etc., pudiera confundirse con ciertas escrófulas ulcerosas que empiezan siendo tuberculosas, y este caso, como el de la niña de Pamplona citado anteriormente, es sin duda el más árido que puede presentarse, tanto más si las dos afecciones existen al mismo tiempo. La historia del modo de aparecer y de crecer el padecimiento ó los padecimientos, será en esta ocasion el mejor signo diagnóstico.

En estos últimos tiempos se ha recomendado el cloroformo como reactivo para conocer, distinguir y separar el vegetal que produce la tiña tonsurante, de las costras, escamas, epidermis, pus y demás exudaciones que pueden ocultarle y confundirnos acerca de la naturaleza de la enfermedad que tenemos á la vista.

El cloroformo disuelve todas estas sustancias y deja limpio el trichophyton, que podemos recoger y clasificar con el microscopio, y como no hace exactamente lo mismo con el favus, á no penetrar en el fondo de su tejido micético porque le disgreguemos antes, resulta que tambien puede servir para diferenciarle del achorion hasta cierto punto.

Es un medio nuevo de diagnóstico que podeis utilizar, empleándole en los casos dudosos.

La potasa en disolucion acuosa concentrada hace algo semejante, pero no queda tan visible el trichophyton como cuando se emplea el cloroformo.

El pronóstico de la tiña tonsurante no es grave para la salud general ó la vida del individuo, puesto que casi nunca dá origen á fenómenos generales; tampoco es siempre fatal para el pelo á no seguir sus tres periodos, puesto que hasta el último no ataca al folículo; pero las dificultades del tratamiento en las dos formas tonsurante y sycósica implican la dificultad de la curacion, y por consiguiente una gravedad indudable y una duracion larga acompañada de molestias repugnantes.

En el primer periodo, y aún en el principio del segundo, el padecimiento es leve, porque el tratamiento dá resultados sin ser impracticable ni demasiado molesto.

La duracion que algunos autores como Bazin conceden á esta enfermedad, es á todas luces exagerada; pero si en algun caso excepcional existiera, la gravedad será suma, no sólo por la molestia local, sino por su influjo en la generalidad y en el estado moral y repugnante del desdichado paciente.

No seremos tan prolijos como en la tiña favosa al hablarlos del tratamiento de la tiña tonsurante.

Las indicaciones que hay que llenar son las mismas, y los medios indicados muy parecidos ó idénticos.

Eliminar y matar el parásito en todos los puntos en que se le halle, llegando hasta ellos con el veneno parasitocida y haciéndole permanecer en contacto con aquél el tiempo suficiente; combatir las complicaciones artificiales ó constitucionales que existan con los medios apropiados; mejorar ó sostener el estado general del paciente si es linfático ó está depauperado por cualquier causa, y evitar el contagio ó la propagacion de la enfermedad; todo esto, que es lo que exige el tratamiento de la tiña favosa, es lo que tenemos que hacer en la tonsurante.

Vayamos, sin embargo, por partes, para que no hagais más de lo necesario en ciertos casos que necesitan poco.

El herpes circinado se cura simplemente con las unturas parasitocidas, sin apelar á otros recursos de mayor monta.

Toda la sustancia que inflame fuertemente la piel sobre que descansa el herpes circinado, obrará como parasitocida; los cáusticos, el calor intenso, el vegigatorio, etc., pueden ser remedios eficaces contra esta forma de la tiña tonsurante; pero sin tanto dolor ni molestia, y sin causar supuracion ni dar lugar á cicatrices obran las pomadas mercuriales, las eúpricas, la breva y sobre todo el aceite de enebro.

Con la pomada de sublimado al 2 por 100, la de turbit al 4 por 100 ó la de acetato de cobre al 4 por 100 de concentracion, se detiene primero, el crecimiento de la placa circinada, evitando su propagacion á otros puntos, y despues se la ve palidecer y chafarse, hasta que desaparece en un mes ó mes y medio de untura diaria.

Con el aceite de enebro la curacion es más rápida. La placa se inflama algo con los primeros toques, pero á los pocos dias la inflamacion cede y todo desaparece en quince ó veinte. Si la inflamacion es mucha, solemos retrasar los toques un día sí y otro no, alternándolos con unturas de manteca, y la duracion y los efectos son los mismos.

En el principio del herpes tonsurante cuando sólo hay una pequeña tonsura todavía, podemos apelar á este último medio con esperanzas de éxito y sin apelar á la depilacion.

Las pomadas mercuriales no dan resultado sin ella, pero el aceite de enebro, se pega tanto al pelo y se embebe tanto en la piel, que penetra sin duda en el interior del folículo y detiene el curso invasor del parásito que va, como sabeis, de fuera á dentro.

No hace mucho tiempo nos consultó un distinguido profesor del Hospital de Incurables para un hijo suyo que tenia dos pequeñas placas de herpes tonsurante, una en la region témporo-parietal derecha y otra en el sincipicio. Asustado por los resultados que pudiera tener el mal, reclamaba de mí los remedios más eficaces y seguros aunque fuese la depilacion; pero desecando no molestar al niño y comprobar anteriores observaciones le prescribí simplemente los toques con el aceite, y las lociones con agua de colonia unos dias y otros con agua fenicada, y al mes y medio tuvimos el gusto de verle



completamente curado y retoñando en gran parte el pelo de ambas tonsuras.

Cuando el herpes tonsurante lleva algun tiempo de residencia en la cabeza, las tonsuras son grandes, las placas gruesas y elevadas y el pelo se ha cortado espontáneamente varias veces, no debemos fiarnos en la accion exclusiva del aceite de enebro, sino apelar tambien á la depilacion en cuanto sea posible ejecutaria.

Ya sabeis que el pelo se parte al cogerle con la pinza; pero algunos salen, y sobre todo, lo principal es aislar la placa contagiante, sacando todos los que la rodean en una extension de uno á dos centímetros para evitar el crecimiento y propagacion circunferencial.

Hecho esto, debeis lavar ó empapar la parte con una solucion de sublimado al centimo, y dar todas las noches la pomada de la misma sustancia, ó la de turbit y aceite de enebro mezcladas durante un mes ó mes y medio. En esta época debeis prescribir una segunda depilacion, y despues de otro mes y medio otra tercera, si hace falta, en todos los puntos en que el pelo no salga bueno y fuerte ó de buen color.

Si empleais el aceite de enebro en toques ó en pomada mezclado con el turbit ó con el sublimado, es difícil que el enfermo no se halle completamente curado, á pesar de lo que dice Bazin, más temeroso de lo que acostumbra al combatir esta enfermedad.

Todos los demás medios recomendados contra la tiña tonsurante, el yoduro de azufre, el ácido acético, el acetato de plomo, el nitrato de plata, el sulfuro de calcio, la pasta de sulfhidrato de cal, etc., etc., son inferiores en sus resultados á la depilacion y al aceite de enebro, y creemos inútil insistir en su recomendacion ni en sus ensayos.

¿Podría evitarse la depilacion, que siempre es molesta, pesada y repugnante, lavando la parte con cloroformo y dando despues fricciones con el aceite de enebro?

El papel que representan los alcoholes en los lavatorios de agua de colonia, alcohol fenico, etc., es un papel secundario, ó podría ser principal legislando bien el modo de usarlos de un modo exclusivo, constante y frecuente?

Tal vez en la contestacion favorable que nosotros damos á estas preguntas estriba el porvenir más halagüeño del tratamiento de la tiña tonsurante en todos sus períodos.

Desearíamos que nuestros colegas de los Hospitales nos auxiliasen con sus ensayos y experimentos en la empresa humanitaria de abreviar y mejorar el tratamiento, hasta hoy pesado, de esta enfermedad, siguiendo el camino que indicamos, ó buscando otro mejor.

Dispensad, señores, que os hayamos molestado tanto tiempo; y puesto que ya no nos queda el suficiente para tratar de otra curiosísima dermatosis phytoparasitaria, lo dejaremos para la conferencia próxima.

## LECCION SEXTA.

De la tiña pelada, *pelona* ó *périgo decalvans*.— Su definición.— Historia y naturaleza de la enfermedad.— Del *microsporum Audouini*.— Su descubrimiento.— Su descripción.— Modo de propagarse el vegetal y contagio de la enfermedad.— De otras afecciones de la tiña pelada.— Síntomas de la tiña pelada.— Variaciones que se admiten por los autores.— Explicación fisiológica de los síntomas.— Curso, duración y terminaciones.— Del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de La Pelona.— De las tiñas epiteliales ó *pítriasis parasitarias*.— Definición.— Historia de las dermatosis comprendidas en este grupo.— De la etiología de las *pítriasis parasitarias*.— Del *microsporum ferfer*, su descubrimiento, descripción y efectos que determina en la piel del hombre.— Sintomatología de las dermatosis varias á que dá lugar.— Su curso, duración y terminaciones.— Su diagnóstico, su pronóstico y su tratamiento.

### SEÑORES:

En la conferencia de hoy vamos á ocuparnos de una de las enfermedades más curiosas de la patología cutánea. Su modo de presentación y el curso de sus síntomas es tan raro como insidioso, y su esencia tan misteriosa como controvertida en todos tiempos: ataca el pelo, le hace caer con rapidez, y buscando en el sitio alguna lesión que nos lo explique, nada se ve en apariencia; destruye el pigmentum en puntos limitados, y ningún síntoma precursor nos lo avisa; salta de un punto á otro de la cabeza ó del cuerpo, y nada fenomenal, nada aparente, la acompaña en su movimiento. El dérmis se deja destruir, sin dar señales de reacción ni resistencia, nada ménos que en dos partes constitutivas de su organización, el pigmentum y los folículos pilosos, y ninguna erupción acompaña ni responde á tal mutilación.

En España llamamos á esta enfermedad *La Pelona*; en Francia, *Pelada*; en Inglaterra, los partidarios de Batteman, *Périgo decalvans*; y en Alemania, *Alopecia areata*.

La tiña decalvante y acromatosa con cuyos nombres tambien se conoce á *La Pelona*, es una afección phytoparasitaria, evidentemente contagiosa, producida por un vegetal parásito llamado hasta hoy *microsporum Audouini* (1), y caracterizada

por la caída brusca, instantánea é inesperada de mechones del pelo ó del vello del cuerpo en placas de forma irregular, sin erupción previa ni subsiguiente, y sin otras reliquias que la decoloración ó acromia de las superficies calvas, y la calvicie definitiva ó la pérdida total del pelo del cuerpo.

Si buscáis este padecimiento en los libros antiguos, le encontrareis bajo el nombre de *area*, de *alopecia* ó de *Ophiasis*. Celso, que es el que le estudia con esta última denominación, le llama así por su parecido con una culebra; y nos le describe, en efecto, diciendo « que es una calva que, principiando en el occipucio, se dirige despues longitudinalmente á derecha é izquierda hácia las orejas ó hácia la frente, en donde pueden juntarse ambas ramas, rodeando toda la cabeza como una cinta *ondulante* y sin pelo, parecida por su forma á un ofidio. »

Sauvages dió á esta enfermedad el nombre de *alopecia areata*, que han aceptado los alemanes, pero no se detiene mucho en su descripción ni en su tratamiento, reducido á la rasura desde la época de Celso.

Villan y Batteman describen perfectamente la enfermedad, pero la incluyen entre los pórrigos ó pústulas, que nunca se han visto en ella; Alibert la confunde con la tiña tondante ó tonsurante de Mahon; Cazenave la considera como un vitiligo; pero en 1843 descubren Gruby y Audouin un fitodermo que al principio no encuentra Robin (si bien despues le des-

(1) Decimos hasta hoy, porque en estos momentos se cree que la forma decalvante es producida por una especie de trichophyton llamado *decalvans* por Bazin, para distinguirla del *audouini*.



cribe con prolijos detalles en su obra de los *vegetales parásitos del hombre*, advirtiendo que no se ha visto nunca en los folículos ni en los pelos, sino en la superficie de la piel; y desde esta época se incluye á La Pelada entre las afecciones fitoparasitarias.

Bazin, en su primera obra sobre la *naturaleza y tratamiento de las tiñas* (1853), describe dos formas de La Pelada: la *acromatosa*, producida por el *microsporón Audouini*, y la *decalvante* por el *microsporón decalvans*; pero en su segunda obra sobre las *dermatosis parasitarias* (1858), confunde en una las dos enfermedades, por haberlas visto juntas en varios individuos y en uno los dos parásitos, por no creer que sus diferencias sean esenciales: desgraciadamente, para aumentar la confusión del que empieza con fe sus estudios, vuelve en 1874 á su primera idea en un artículo del *Diccionario de Ciencias médicas*, incluyendo la forma decalvante en la tiña tonsurante, aunque admitiendo para ella un vegetal distinto, el *trichophyton decalvans*, y dejando la forma acromatosa como verdadera pelada producida por el *microsporón Audouini*.

Hebra, que en su principio consideró á esta enfermedad como parasitaria, en su última y reciente obra se arrepiente, y no sólo niega el parasitismo, que tampoco aceptan Berensprung, Neumann, Wilson, Bock y Scherenberg, sino que forma juicio definitivo clasificando á la enfermedad como una *trofaneurós*, é incluyéndola en su grupo de *atrofias cutáneas*.

Hardy y Devergie aceptan el parasitismo y describen el vegetal; Cazenave sigue en estos últimos años tan terrible antiparasitista como en los primeros; y por último, Malassez, distinguido micrógrafo, Laillet, médico del Hospital de San Luis, y Courreges, en un folleto sobre *La Pelada*, publicado por este último en 1874, encuentran un vegetal, que no es el *microsporón Audouini*, tal como le describió Bazin, sino otro más simple, compuesto exclusivamente de esporos y colocado superficialmente en la piel, sin penetrar en el pelo ni en el folículo, y al cual dan un papel secundario en la producción del mal, buscando una teoría ingeniosa, por lo ecléctica, para explicar la enfermedad.

Veid, señores, por este breve relato de la historia de La Pelada, la confusión y las dudas que reinan acerca de la naturaleza de tan curiosa enfermedad, dudas que reinarán mientras en su estudio no busquemos un criterio experimental, como se ha hecho en las dos tiñas anteriormente descritas.

Aunque sea adelantar ideas el entrar en una discusión de principios y en un análisis de hechos que debieran venir después de conocido el padecimiento, permitid que os expliquemos nuestro modo de juzgar tan diversas opiniones y el camino seguro de llegar á la verdad.

La primera dificultad con que los observadores tropiezan, es con que el enfermo, cuando se presenta á su vista, tiene

ya las calvas y no trae recogido el pelo que en ellas hubo para que le observen al microscopio. El paciente se ha quedado muy sorprendido al verse de pronto con un sitio limpio de pelo y decolorado, á pesar de no sentir molestia de ningún género, y de seguro no se le ha ocurrido recoger el pelo caído para que otros le vean.

¿Es en estos pelos donde los observadores que niegan el parasitismo han hecho su análisis microscópico? ¿Es en los folículos de estos pelos caídos donde nada parasitario han visto? No. Todas sus observaciones se refieren á los pelos circunferenciales que no han caído, á la piel próxima, ó á uno ó varios pelos que continuán por casualidad íntegros y fijos en el centro de la calva.

La observación, por lo tanto, no es positiva, ni puede dar seguridades en pró ni en contra. Si el parásito en los alrededores se encuentra superficial, no es razón que demuestre que también lo era en las calvas; por el contrario, podía decirse que por esto precisamente en los alrededores no ha caído el pelo.

Es, pues, forzoso observar al microscopio el pelo caído de esas calvas, para poder afirmar que en él no existe el parásito que sospechamos.

Hebra, que con Borensprung y otros alemanes niegan hoy el parasitismo, y miran á la enfermedad como una trofaneurós consecutiva á padecimientos morales ó á neuralgias repetidas de los nervios que se distribuyen por los puntos afectados, no han procedido tampoco con el detenimiento debido, y, ó caminan de mala fe negando hechos evidentes, ó no han analizado bastante los que á su observación se habrán presentado.

En estos casos clínicos, habrán visto, como nosotros, que la enfermedad es *contagiosa*; y las neurós, las neuralgias ni las atrofias pueden serlo (1).

Si hubieran procedido con un criterio experimental, habrían visto también, como nosotros, que la enfermedad, no sólo era contagiosa, sino *inoculable* en los animales de pelo fino y corto como el ratón, y no creemos á Hebra, á Cazenave ni á ninguno capaces de conseguir la inoculación de las neurós del hombre, en los animales ni en los demás hombres.

Las alopecias parciales de la lepra y las generalidades de la sífilis no tienen parecido ninguno con la enfermedad de que tratamos, y el citarlas en comprobación de su idea es fuera de ocasión, tanto más, cuanto que estas alopecias ni son contagiosas, ni inoculables, ni decoloran la piel, ni alteran el pelo, que cae simplemente por atonía folicular, leprosa ó sífilítica.

La duda que podría haber es si la enfermedad es la misma

(1) No hemos visto en la obra de Hebra que habla del carácter contagioso de La Pelada, y esto es importantísimo y también indispensable en su enter acir, siquiera conociese los elementos de su nomenclología respecto á esta enfermedad.

tiña tonsurante, producida por el trichophyton, aunque modificado por alguna circunstancia intrínseca ó extrínseca, es decir, dependiente del terreno en que se implanta; puede dudarse, asimismo, si no es uno, si no dos, el número de vegetales parásitos que determinan las varias formas del mal, ó si sucede con el fitodermo de La Pelada lo que con el trichophyton, que se modifica con la edad, cambiando la sintomatología en las diversas formas del mal, sin que aquel haya dejado de ser el mismo; hasta es aceptable la teoría de Courreges y de Malassez, que no encontrando al parásito en el pelo ni en el folículo y sí en los alrededores de la placa alopecica, miran al vegetal como el *agente ocasional* de una alteración nutritiva de la piel, que atrofia el folículo y deja caer el pelo; pero considerar la enfermedad como una neurósis ó como un vitíligo simple, siendo contagiosa é inoculable, no lo comprendemos en autores tan prácticos, tan filósofos, y en realidad tan eminentes.

Para nosotros es evidente que la enfermedad es fitoparasitaria, no sólo porque es contagiosa é inoculable con los esporos vegetales aislados, y esto bastaría, sino porque el parásito no es el único que puede explicar su sintomatología, su curso, su terminación espontánea, y los efectos del tratamiento que puede llegar á curarla, deteniendo su evolución é impidiendo su contagio y su propagación á otras personas.

Esto último no es indiferente para las familias ni para la sociedad en general, que tiene derecho á exigir del médico como dato higiénico importante, el que le diga si debe ó no tomar precauciones para librarse de una enfermedad contagiosa, y por eso, firmes en nuestras convicciones, debemos atacar duramente las ideas contrarias, sean de quien fueren.

En más de cincuenta casos bien caracterizados de tiña pedada que hemos tenido ocasión de tratar en la práctica civil, y decimos tratar, porque hemos visto muchos pelones que ignoraban la gravedad de su mal y no querían hacer caso de él; en todos ellos hemos podido hacer constar el contagio, y ahora mismo tenéis en la enfermería un muchacho con tiña acromatosa que puede servir de palpitante ejemplo.

Antes de entrar en la enfermería, le llevó su madre con otra hermana más pequeña á nuestra casa, para contarnos su terrible desgracia y seguir nuestros consejos.

La pobre señora, maestra de escuela y dedicada á la enseñanza en un pueblo pequeño, contrajo la enfermedad hace seis años, peinándose con el peine de una parienta que después supo que tenía calvas en la cabeza.

Empezó á ver caer mechones de pelo de la parte posterior de la suya, sin erupción previa ni sintoma alguno de molestia, empezó á ver sus calvas, que se reprodujeron en otros puntos, y á los dos años, sin hacer remedios por miedo de que la vieran las niñas de su colegio ó de que lo supiesen las familias, tuvo el sentimiento de ver atacados también de esta rara alopecia á sus dos hijos, con los cuales dormía algunas

veces alternando, y sin precaución, por no creer contagiosa su enfermedad.

Su desconsuelo fué grande, porque ella no podía abandonar su puesto y venirse al Hospital con sus dos hijos, y nos dejó al varón en la enfermería, llevándose á la niña y prometiendo hacer en el pueblo todo lo que la prescribimos.

Uno de nuestros más acreditados pintores, con cuya amistad nos honramos, nos enseñó un día una gran calva de pelada que tenía oculta por su melena en el occipucio, y pudimos comprobar ambos al día siguiente que una niña suya, con quien dormía, tenía otra en el mismo sitio, y la hermanita mayor de ésta varias repartidas en la cabeza. Del colegio adonde iban, trajo la mayor la enfermedad que después contagió á su padre y á la hermana menor.

Como estos son todos los casos clínicos que poseemos, incluso el fotografiado en el atlas, que podéis consultar; pero sería abusar de vuestra bondad enumerarlos todos, y estamos convencidos de que tenéis fé en la veracidad de nuestra palabra. Además, en el curso de vuestra práctica tendréis ocasión de comprobar este evidente contagio en la mayor parte de los enfermos que observéis con la atención necesaria.

¿Cómo explicar que este hecho tan importante y tan averiguado haya pasado desapercibido para Hebra, Berensprung, Neumann, Wilson y otros médicos alemanes é ingleses?

La inoculación de La Pelada podréis conseguirla fácilmente, como nosotros la hemos conseguido en una rata, haciendo lo siguiente: esquiladla el lomo, dejando un círculo central con pelo; raspad varias veces con una lanceta los alrededores de una calva reciente de pelada en un enfermo, y pasad el borde de aquella ó haced picaduras epidérmicas que no den sangre en la circunferencia del círculo piloso de la rata; no hay necesidad de que hagáis picaduras en su centro: soñad al animal, sin vendaje ninguno, en un cuarto que no pueda horadarse, con alimento suficiente para diez ó doce días, y con cajones ó cacharros en donde pueda ocultarse; permitid que le hagan compañía algunos ratones ó ratas, para que tenga su vida social y no se muera pronto; y, al cabo de ese tiempo, vereis que el círculo piloso ha desaparecido, mientras que el pelo cortado ha crecido, y hace por esta circunstancia más manifiesta la calva morbosa.

Si hubiéramos podido seguir la observación, de seguro que habríamos podido comprobar el contagio de la enfermedad en los demás animales que acompañaron en su prision á la rata que fué objeto de nuestro experimento.

¿Son necesarias más pruebas para convencer vuestro ánimo de que la naturaleza de la enfermedad es parasitaria? Pues más adelante vereis en la explicación filosófica de los síntomas todas las que aún nos restan para conseguirlas.

Estudemos ahora, señores, el germen parasitario que determina la enfermedad, siguiendo para ello á Robin, á Buzin y á Malassez, sin perjuicio de que además os comuniquemos



lo que resulta de nuestras escasas y poco autorizadas observaciones microscópicas.

El *microsporón Audouini*, descubierto en 1843 por Gruby que le puso el nombre que lleva, por galante y modesta deferencia á otro autor que le descubrió después, fué descrito por él en una sesión de la Academia de Ciencias de París en el año citado, con el objeto de explicar la naturaleza del pórigo decalvans, cuya denominación cambió por la de *Phytotricophytosis*.

Robin, que al principio negó la existencia de este vegetal, ha dado de él más tarde la descripción siguiente:

«El *microsporón Audouini* se compone de filamentos (*trichómata*) ó tallos ramificados y de esporos.

«Los filamentos son ondulados y dispuestos en el sentido de la longitud de los cabellos, paralelos á sus estrías; su diámetro varía entre dos y tres milésimas de milímetro: no encierran granulaciónes en su interior, y se bifurcan algunas veces bajo un ángulo de 30° á 50°, teniendo estas ramas el mismo diámetro que los tallos. Ambos forman una vaina al rededor del pelo, cuyo espesor es de 15 milésimas. Las ramas se distinguen de los filamentos ó tallos por los esporos que las acompañan, y se terminan en la superficie de la vaina cubriéndose de esporos.

Los esporos son generalmente redondos, de un diámetro de una á cinco milésimas de milímetro, y algunos hay ovales: todos son transparentes sin granulaciónes en su interior, y se hinchaban en contacto del agua (Gruby).»

Respecto á las diferencias que le separan del *trichophyton*, dice Bazin en la pág. 218 de sus *Lecciones sobre las afecciones cutáneas parasitarias*, lo que sigue (año 1862):

«El *microsporón Audouini* es la única causa determinante de La Pelada. ¿Cuáles son los caracteres particulares de este vegetal y qué alteraciones produce en la textura de los pelos que afecta? Hé aquí dos cuestiones tanto más interesantes para nosotros, cuanto que no han sido tratadas en ninguna parte, y debemos responder á ellas en este sitio por investigaciones personales apenas acabadas en este momento.

«En el *microsporón Audouini* los esporos son más pequeños y menos numerosos que en el *trichophyton*, los trichómata más numerosos.

«La disposición del vegetal con relación al tallo y á la raíz del pelo, es muy notable y diferente de la del *trichophyton*. Sobre el tallo, los esporos (del *microsporón*) forman algunas veces pequeños grupos aislados ó afectan una disposición *racemiforme*; el tallo mismo presenta de distancia en distancia abultamientos ó nudosidades esféricas ó ovoideas, constituidos por las fibras longitudinales dilatadas y encorvadas, á través de las que se percibe un montón de esporos. En los intervalos de los abultamientos el pelo no parece enfermo.

«El *trichophyton* produce otras desórdenes sobre el tallo del pelo, que está alterado en toda su extensión, espadado en sus

dos extremidades, fasciculado, ofreciendo verdaderamente el aspecto de un haz; las fibras longitudinales del cabello están separadas por los esporos, algunas veces rotas, formando aquí y allá astillas sobre el tallo.

«Esta disposición del vegetal es excepcional en el *microsporón*, y cuando existe nunca es tan pronunciada como en el *trichophyton*. En La Pelada no se demuestra la fractura sobre los cabellos enfermos, sino al nivel de las nudosidades que se rompen á la manera de un junco. Cuando la alteración *criptogámica* ha llegado al *sumum* de su intensidad, las fibras del cabello están separadas en toda su extensión por los esporos dispuestos en series lineales; pero el cabello es fino, transparente, aplanado y no fasciculado como en la tiña tonsurante.

«No son menos notables los desórdenes en la raíz; el mayor número de cabellos extraídos de las calvas de La Pelada tienen un bulbo sin cápsula, mientras que en la tiña tonsurante están rotos en sus dos extremidades.

«En La Pelada la raíz del cabello está encorvada en forma de cayado, ó derecha y en forma de maza; el cabello extraído de la circunferencia de las placas tonsurantes presenta á menudo un abultamiento enorme, que puede compararse por su forma con una cebolla ó un nabo, y si la alteración de la raíz es la mayor posible, presenta el aspecto de una horquilla ó de un tridente.

«El *microsporón* epidérmico se demuestra fácilmente examinando al microscopio el vello grisáceo que recubre las placas denudadas de La Pelada, pero siempre se encuentra un gran número de células epiteliales mezcladas con los elementos *criptogámicos*; mientras que el *trichophyton* se encuentra en el estado de pureza en los estuches blancos que rodean los pelos rotos del herpes en decamación.»

Después de los trabajos micrográficos de Robin y Bazin, ha habido en la ciencia una época de duda é incertidumbre, porque la mayor parte de los autores alemanes é ingleses no han encontrado el parásito vegetal en sus investigaciones microscópicas; pero Malassez, micrógrafo distinguido y pasante de Histología en el Colegio de Francia, presentó á la Sociedad de Biología en Diciembre de 1873, una nota detallada de sus estudios sobre este particular, cuyas conclusiones son las siguientes:

«En La Pelada existe un hongo parásito. Este hongo ocupa las partes más superficiales de la capa córnea del epidérmis; se le encuentra entre ó en la superficie de las células epiteliales de esta capa.

«Sólo accidentalmente se encuentra sobre los cabellos, y en estos casos tiene su asiento sobre las células epiteliales que provienen del epidérmis cutáneo.

«Está constituido únicamente por esporos esféricos muy pequeños, en los que pueden distinguirse tres tipos.

«Los primeros miden 4 á 5 milésimas, tienen un doble

contorno y pueden tener yemas (mamelones salientes): estos son los grandes esporos.

« Los segundos miden de 2 milésimas á 2,5 de diámetro, no tienen doble contorno, pero pueden tener yemas: estos son los esporos pequeños.

« Los terceros tienen un diámetro inferior á 2 milésimas, un contorno simple y sin yemas: estos son los esporóulos.

« Los esporos ovoides no son especiales á La Pelada, y parece que pertenecen á otra especie de hongo.

« No existen tubos, sino solamente pequeños rosarios de 3 á 6 esporos, cuando más. »

Después de fijar en lo que difieren sus resultados de los obtenidos por Gruby, añade Malassez:

« Para completar este estudio juzgamos útil presentar en un cuadro los caracteres micrográficos de los hongos que son la causa determinante del favus, de la tifa tonsurante, de la pitiriasis versicolor y de La Pelada.

ACHORUS SCHÖENLEINI.	TRICHOPHYTON TONSURANS.	MICRÓSPORON FURFUR.	MICRÓSPORON ALCIDII.
1.º Esporos que varían de 4 á 6 milésimas y media.	1.º Esporos que varían de 3 á 6 milésimas. — Término medio 5 milésimas.	1.º Esporos que varían de 4 á 6 milésimas de diámetro.	1.º Esporos que varían de 1 á 4 milésimas de diámetro.
2.º Tubos rectos ó ramificados constantes.	2.º Tubos moniliformes constantes.	2.º Tubos esporóforos constantes.	2.º Nunca tubos esporóforos.
3.º Reside en el folículo piloso ó entre las láminas del epidérmis.	3.º Reside en el interior de los pelos y les forma una vaina de 2 ó 3 milésimas por encima de la piel.	3.º Reside entre las láminas del epidérmis.	3.º Reside en la superficie del epidérmis y entre sus láminas.

He querido, señores, citaros con sus propias palabras los textos de Robin, de Bazin y de Malassez, para que podáis juzgar por vosotros mismos las diferencias que separan á estos distinguidos micrografos, no sólo respecto á la composición orgánica del vegetal, sino y principalmente al sitio que ocupa ó en el que se implanta.

Por nuestra parte os diremos, que en la forma acromatosa de La Pelada hemos encontrado varias veces el vegetal descrito por Robin y Bazin, saliendo de las nudosidades del tallo piloso, en su punto de emergencia del folículo al exterior, (y esto, no en el vello grisáceo ó decolorado que retoña en la calva, sino en algunos pelos circunferenciales, que tal vez por casualidad no cayeron en el primer momento de la formación de la calva), y formando racimos de 15 ó 20 esporos, que aunque mezclados con las células epidérmicas arrancadas por el pelo, se distinguían bien de ellas por su forma, transparencia, tamaño y organización.

Una gota de una disolución de potasa cáustica disolviendo las células epidérmicas, dejaba libres los esporos y los filamentos vegetales, que se veían mover en el líquido durante algunas horas hasta que á su vez eran disueltos ó destruidos por el álcali.

En la forma que se ha llamado decalvante hemos visto el vegetal descrito por Malassez, y no sabiendo distinguirle del trichophyton, hemos dudado de nuestro diagnóstico.

En uno de los enfermos que ántes os citaba para probaros el contagio de la enfermedad, pudimos ver varias personas los dos vegetales, ó lo que es lo mismo, en un pelo el vegetal compuesto de filamentos cubiertos de esporos en su ápice

y saliendo de una nudosidad del tallo, y en el epidérmis el vegetal formado simplemente de esporos aislados, que tomamos francamente por esporos desprendidos ó por el mismo vegetal anterior en otra época ó momento de su desarrollo.

¿No pasa lo mismo con el trichophyton? ¿No pierde con el tiempo el mycelium de su primera época? ¿Por qué esta metamorfosis no había de ocurrir también en La Pelada que tantos puntos de contacto y de parecido tiene con el herpes tonsurante? ¿O será por el contrario el verdadero trichophyton tonsurans que venía á mezclarse con el micrósporon, complicando así la tifa tonsurante á La Pelada?

Todas estas cuestiones ni las resolvimos entonces ni nos atrevemos hoy á resolverlas, tanto más cuanto que en los pelos decolorados que retoñaban en las mismas calvas, hemos visto pocas veces el vegetal; pero tratése del micrósporon modificado por la edad, por su modo de recolección ó por su modo de preparación; tratése del trichophyton tonsurans ó tratése del micrósporon decalvans ó del trichophyton decalvans, como ahora parece que le denomina un eminente dermatólogo, ello es que el vegetal existe, y que esto únicamente puede explicarnos el evidente contagio y la inoculabilidad del padecimiento.

¿Cómo se verifica este contagio?

Por contacto directo é indirecto, por el aire y por inoculación. El directo es raro, pero el indirecto es muy frecuente, por acostarse en la misma cama, usar los mismos peines, etc., etc. El contagio por el aire no está aún probado experimentalmente.

La inoculación se verifica muchas veces en las peluquerías,



donde la navaja ó la tijera hacen el papel de lanceta, y nosotros podemos producirla artificialmente cuando queramos, siempre que tengamos á nuestra disposicion una placa alopecica reciente.

¿Cómo se propaga y extiende el micrósporon de La Pelona?

Se ha creido hasta aqui que por segmentacion de los ramillos cubiertos de esporos en que se dividen los filamentos; pero de los estudios de Malassez se desprende que tambien se propaga por la formacion de yemas en la superficie de los esporos. Esto es lo más probable, sin perjuicio de que aquella segmentacion tambien exista.

Este vegetal no se extiende, al parecer, lo mismo que el trichophyton del centro á la circunferencia una vez implantado en la piel humana.

De nuestro experimento en la rata, parece más bien deducirse que se extiende de la circunferencia al centro; que necesita rodear por completo un mechón de pelos para determinar su caída; pero de todos modos, lo que más comunmente se ve, es que la enfermedad salta á puntos más ó menos distantes del primitivamente afecto, que las calvas entónces se agrandan y tienden á unirse y que su extension no es perfectamente excéntrica ó circular como se observa en el herpes tonsurante, sino irregular, angulosa, ó cuando más, redondeada.

Además del vegetal ó de los vegetales que determinan la tita pelada, hay, como en todos los parasitismos, otras concusas que favorecen su desarrollo, y que parecen algo distintas de las que favorecen el desarrollo del achorion y del trichophyton.

La niñez está ménos expuesta á La Pelona que la edad adulta, y el terreno escrofuloso no es en el que se la ve con más frecuencia; por el contrario, los jóvenes de veinte á treinta años, de temperamento nervioso ó de idiosincrasia hepática, son los que más á menudo la padecen.

Rara en los pueblos, frecuente en las ciudades, acompaña más al lujo que á la pobreza, más al que tiene una esmerada *toilette* y entra diariamente en las peluquerías, que al que se lava y se peina poco, y eso con su viejo y exclusivo peine.

Es muy comun en los peluqueros y barberos, y parece, segun Bazin, que tiene predileccion por el terreno sífilítico terciario.

Nosotros la hemos visto en muchos sífilíticos, pero éstos la han contagiado á varias personas de su familia que no lo eran.

¿Se podrán reducir todas estas causas á la mayor exposicion al contagio?

Puede ser. Los niños van poco á la peluquería, y rara vez son sífilíticos; los adultos de cierta clase social van mucho á estos establecimientos, y en su edad se adquiere casi siempre la sífilis. Excusado es decir que los dolores neurálgicos, los disgustos y las neurosis no influyen nada, á pesar de las opiniones de Hebra en la produccion de la enfermedad, y que

estas coincidencias, si existen, de lo cual no hemos visto muchos ejemplos, pueden ser como las anteriores, y cuando más, concusas dudosas de la enfermedad.

Conocidas ya las causas de La Pelona, veamos, señores, cómo se manifiesta y qué síntomas ofrece á nuestra observacion.

Si leéis los autores franceses encontrareis una relacion de síntomas previos á la caída de los cabellos, que no hemos podido apreciar á pesar de ser muy numerosos (95) los casos que hasta el presente hemos tenido ocasion de ver entre el Hospital y la práctica civil. A nosotros se han presentado siempre los enfermos cuando ya tenían las calvas formadas.

Les hemos preguntado acerca de las molestias previas que habían sentido ó de las alteraciones pilosas precursoras á su caída y ninguno ha sabido decirnos nada. El que más, ha recordado una ligera picazon pero sin caspa, erupcion costrosa, dolor, ni molestia alguna que le llamase la atencion.

Respecto á las alteraciones del pelo, ninguno se habia fijado tampoco en ellas, aunque es probable que existian, siquiera no sean perceptibles para un enfermo que esté descuidado.

Nosotros, advertidos por el contagio, hemos registrado la cabellera de las demás personas de una familia en la que habia algun enfermo de pelona, pero lo mismo que á los pacientes nos ha sorprendido la aparicion en dichas personas de las calvas, contagiadas seguramente en el punto que ménos esperábamos de la cabeza ó de la barba, y sin que á simple vista hayamos encontrado ántes nada notable en su pelo que nos lo hiciera temer. Pero como esto puede haber sido una casual desgracia, luego os indicaremos la sintomatología generalmente descrita por dichos autores.

Nuestros enfermos se han visto siempre sorprendidos de la noche á la mañana por la caída brusca, repentina é inesperada de un mechón de pelos en una extension de medio á un centímetro y á veces más, ya en la cabeza, ya en la barba, dejando como consecuencia de su caída una pequeña calva, en la cual la piel era fina, lustrosa y como barnizada, por el brillo y tersura que tenía, sin que la empuñase erupcion alguna, caspa, ni punto negro que indicase la existencia de pelo roto ó cortado. El color de este trozo calvo de piel es, por lo ménos, más pálido que el natural y en ocasiones tan sumamente blanco que demuestra la ausencia completa del pigmentum, y hasta parece como si en él faltase el riego sanguíneo que congestiona normalmente los vasos capilares cutáneos. Estas calvas se hallan rodeadas de pelo fuerte y de aspecto normal, parecen redondeadas cuando es largo y las cubre; pero levantándole y revisando la circunferencia de

aquellas, se ve que forma una línea ondulante con varias salidas de algunas líneas, lo que basta para diferenciarlas de las tonsuras ó placas numulares del herpes parasitario.

Las placas calvas de La Pelona van agrandándose por estas salidas lentamente, y al unirse todas entre sí, pueden variar la forma primitiva de aquellas, haciéndola cuadrangular, octógona, etc., pero siempre irregular.

Este pelo, que cae insensiblemente sin que el enfermo tampoco lo note, siendo el espejo el primero que le avisa que la calva ha crecido, es el que pocos días ó pocos momentos ántes parecia tan bueno, con su color, consistencia y fortaleza normales. Nosotros no hemos visto en el polvo blanco ó feculento manchando su tallo, como no le hemos visto tampoco sobre la calva.

Llega un momento en que la calva detiene espontáneamente sus progresos, pudiendo, aunque esto es raro, haber llegado á tomar grandes proporciones (dos ó tres pulgadas de diámetro) en un mes ó mes y medio; y si en esta época la mirais oblicuamente, observareis que ha salido en ella, no pelos verdaderos, sino vello finísimo y decolorado que sólo puede verse al trasluz, que no oculta la calva, que no se puede coger con la pinza ni con las uñas porque se escapa, y que se parece algo á la pelusa ó al plumon de las aves; cada uno de sus diferentes pelillos tiene distinta gradacion en el color, unos son blancos, otros rubios muy claros, otros dorados, alguno tiene varios matices, desde el blanco hasta el negro, en la corta longitud de su porcion extracutánea.

Pasa así algun tiempo de silencio sintomático, y durante él pueden ocurrir dos cosas; ó se presenta á una ó dos pulgadas de distancia (en la cabeza ó en la barba suponemos que existe solo el mal), una calva nueva, pequeña y con los mismos caracteres que la primera, ó no sale ninguna.

En el primer caso la calva nueva ó las nuevas calvas, porque pueden ser varias, dejadas á sí propias, crecen siguiendo el procedimiento de la primera, y pueden al juntarse acabar en pocas semanas con todo el pelo de la cabeza y á veces con todo el de la barba, de las cejas y, en fin, del cuerpo en general.

En el segundo caso, y esto debe siempre atribuirse á cierta limpieza (alcohólica generalmente) que los enfermos pueden usar, la enfermedad parece contenida y por entre los pelos finísimos de la calva se ven salir los pelos normales, unas veces basta en el color, pero otras, aunque fuertes y gruesos, algo decolorados.

Si el enfermo ha usado algun tratamiento racional parasitocida, quedará probablemente curada; si no al cabo de uno, dos ó tres meses aparecerá una nueva calva en el mismo ó en distinto sitio y se reproducirán las escenas referidas. Todavía despues de la segunda caída del pelo de un punto suele reproducirse en él, pero ya más claro, más débil y más raro en sus colores. Si cae la tercera del mismo punto no espereis volverle á ver retoñar.

Por esta razon, en las pelonas que llevan dos ó tres años de existencia, no ofrezcáis nada á los enfermos respecto á la salida del pelo, porque de seguro ha caído varias veces de los puntos afectos y ya los folículos están secos y no pueden reproducirlos.

Si cogéis, con fortuna para escoger el que esté enfermo, algun pelo circunferencial de una calva reciente y lo mirais al microscopio le encontrareis sano en la mayor parte de su tallo, pero en su punto de emergencia al exterior observareis un abultamiento ó nudosidad, en el cual las fibras pilosas están separadas ó rotas y mezcladas con los filamentos y esporos del micrósporon Audouini.

La parte intracapsular del mismo pelo la vereis unas veces atrofiada, otras destruida, y siempre deformada.

La vaina epidérmica folicular está tan adherida á la nudosidad del tallo, que al extraer el pelo sale rodándole y estorbando la observacion microscópica, que aclarareis con el ácido acético ó con la glicerina.

Si raspando con un bisturí los alrededores de la calva recogéis el polvo epidérmico ó algunas laminitas epiteliales y las observais al microscopio, vereis numerosos esporos, pequenísimos, mezclados con las células pavimentosas y fáciles de distinguir de ellas por su forma, tamaño y transparencia. No encontrareis muchos filamentos, pero si algunos que no pueden confundirse, á pesar de lo que dice Malassez, con las aristas de las células córneas del epidérmis, siempre opacas y nunca con el doble contorno de los filamentos.

Si sacais uno de esos pequeníos y finísimos pelos que salen en las calvas poco tiempo despues de la caída del primitivo, y que por lo mustios, descoloridos y macilentos parecen árboles sin riego, le colocais en el porta-objetos del microscopio y buskais los esporos ó los filamentos vegetales, no los hallareis porque ya no se trata de pelos infestados por el parásito, sino de pelos rudimentarios, raquíticos, pálidos y atrofiados como empiezan á estar los folículos que los segregan. Su raíz delgada y encorvada en forma de cayado ó en otras formas más raras, pálida ó de varios colores, se continúa con un tallo cuyo conducto central no existe ó no se percibe; y sólo cuando La Pelada ha de reproducirse en este sitio, ó lo que es lo mismo, cuando el parásito ha vuelto á invadir el epidérmis de la calva hallareis esporos en las hojillas epidérmicas que acompañan á todo pelo que se saca ó extrae violentamente.

A esto se reducen los síntomas y lesiones locales del padecimiento que determina el micrósporon Audouini. La acromia ó decoloracion y la atrofia que determina el parásito, invaden, no sólo el pelo, sino el folículo y la capa reticular de Malpighio en su parte pigmentifera. Los fenómenos generales que se atribuyen á esta enfermedad por Hardy y otros autores, no dependen de la influencia del parásito porque un adulto puede soportar sin enflaquecerse ni alterarse en su sangre la accion depauperante de un vegetal, que si se re-



produce con mucha rapidez, también se elimina en grandes masas; dependen del estado moral á que conduce al enfermo el aspecto ridículo que le dan sus extravagantes calvas, y el repulsivo que ofrece el infeliz que pierde todo el pelo de su cuerpo.

No hay quien deje de estar dispuesto á reirse de estos desgraciados, pero ellos tienen por lo mismo que tolerar difícilmente su cruel destino.

Hardy, Bazin y Devergie describen de otra manera La Pelada, adicionando algunos síntomas, que aunque no hemos podido comprobar, conviene que conozcáis.

Hardy admite tres grados en la enfermedad.

«En el primero los pelos se vuelven tiernos, secos y destruidos, tienen una coloración menos pronunciada y se pueden extraer fácilmente. La piel en que se implantan se decolora, se abulta ligeramente y presenta en su superficie una materia blanca ó grisácea que no es otra cosa que un polvo vegetal.

En el segundo los pelos caen, la piel de la calva resultante está abultada y como edematosa ó hipertrofiada, pero no conserva la impresión del dedo si se aprieta en ella. Encuéntrase en la piel decolorada en mayor ó menor grado un vello muy fino, sobre el cual se percibe, á contraluz, un polvo blanco champiñoso.

En el tercero los pelos han desaparecido completamente, y no se encuentra vestigios del vello; la hinchazón no existe y la decoloración se hace persistente. La piel se atrofia y la alopecia es irremediable.»

Bazin admite también tres períodos.

«En el primero ó de germinación sólo se nota un prurito moderado y alteraciones variables de los pelos, cuyo aspecto es tierno y pulverulento y su color rojizo.

En el segundo el parásito se manifiesta al exterior bajo la forma de un vello grisáceo, que es muy abundante (¿es posible que Bazin haya podido confundir los raquíticos pelos de las calvas con filamentos vegetales, ó quiere decir que en la superficie de éstos se encuentra el parásito?); el prurito aumenta, la piel se abulta é hipertrofia, los pelos se alteran más y caen y se reproducen alternativamente; pero al cabo de algún tiempo sólo se encuentran pelos de las condiciones del vello de los niños.

En el tercero los picores continúan, los pelos caen para no reproducirse, la piel se atrofia y el vello blanquizo y como feculento que constituía el parásito no tarda en desaparecer.»

El grande error de Bazin ó del que ha publicado sus lecciones consiste, señores, en no haber conocido que este vello era pelo atrofiado ó raquítico y en haber creído que constituía el vegetal ó en él se encontraba, cuando precisamente en este vello es muy raro el que exista y si en la epidermis y en los fuertes pelos que caen primero y determinan la placa alopécica.

La mayor parte de los dermatólogos no admiten más que una sola forma en la tiña pelosa, pero el últimamente citado admitía en 1862 dos variedades; la acromatosa, localizada en placas limitadas, decoloradas y de curso invasor muy lento, y la decalvante de curso y de progresos rápidos para la destrucción del pelo; pero sin acción en el pigmentum que no disminuye ni desaparece.

Hoy llama falsa pelada á esta afección, que incluye en el estudio de la tiña tonsurante, ó por lo ménos en una de sus variedades, determinada por una especie nueva del trichophyton que apellida decalvans, para distinguirla del tonsurans, cuya descripción ya sabéis.

Nada más fácil que la explicación filosófica de los síntomas descritos de La Pelosa admitiendo el vegetal parásito.

Cuando éste germina en la superficie ó en el espesor de las células córneas del epidermis, no puede producir más que ligera picazón, y si ha profundizado lo bastante para intercalarse con las células pigmentosas, superficialmente colocadas en la red de Malpighi, alguna decoloración ó acromia incompleta (discromia); pero el parásito llega á los orificios de los conductos foliculares que dan paso á los pelos, y allí los esporos superficiales se implantan en el punto de emergencia del tallo al exterior y los esporos profundos siguen por las paredes del folículo y del pelo, absorbiendo el pigmentum de las células epidérmicas y pigmentosas más profundas que ellos.

Los esporos superficiales implantados á la salida del pelo, penetran en su interior, germinan y crecen con rapidex formando un montón que produce la distensión, separación y rotura de sus fibras, formando un abultamiento ó nudosidad por donde muy pronto se rompe el pelo, que al caer se lleva la masa vegetal, pero deja la raíz debilitada por los esporos profundos. Vuelve á salir, pero si el remedio no acude pronto, vuelve á caer, y cuando llega la atrofia completa del folículo y del pigmentum, no se reproduce.

La hinchazón de la piel que los autores citan, se explica por el infarto folicular y la lucha entablada entre la vida de las células epidérmicas y pigmentarias cutáneas y foliculares y el absorbente espora que la amenaza como cuerpo extraño y como vampiro de sus jugos. La atrofia consecutiva se explicará bien, porque habiendo salido éste vencedor y destruido los pelos, el pigmentum y la cavidad folicular, lo restante de la piel, que se ha condensado, cabe en ménos espacio.

No hay hecho de esta enfermedad que no pueda explicarse bien por la existencia y condiciones del parásito, y en cambio los que admiten la atrofia y la acromia cutánea como una trífeneurosis localizada y esencial, no pueden explicar la caída y la reproducción del pelo, el contagio é inoculabilidad del mal, y la detención de su desarrollo por los remedios parasiticidas.

El curso espontáneo de la tiña pelada es por lo común lento, y aunque continuo, tiene apariencias de intermitente pues se caracteriza, como ya sabeis, por apariciones sucesivas de nuevas placas de alopecia, entre las que median dos ó tres meses, ó un tiempo variable segun circunstancias desconocidas, ó, mejor dicho, no bien estudiadas todavía. El curso, bien intervenido por el arte desde el origen de la enfermedad, es rápido porque no se presentan nuevas calvas, el pelo vuelve á salir en la que está formada, y la enfermedad se cura en algunos meses sin dejar reliquia. Cuando no se llega tan á tiempo, pueden quedar algunas calvas incurables y algunos lunares de pelos de diversos colores que afectan mucho al paciente y que no hay más remedio que tener.

Si se llega muy tarde y el pelo ha caído varias veces de la totalidad de la cabeza ó del cuerpo, ni siquiera debe intentarse la intervencion del arte, porque la terminacion espontánea del mal llega pronto con sus irremediables reliquias que ni podremos evitar ni corregir.

La mala ó desordenada intervencion del arte no deteniendo el progreso del mal, sólo sirve para hacerle de un curso más largo.

Por todas estas y otras muchas circunstancias es muy variable la duracion de la enfermedad, que puede tardar muchos años (de dos á quince) en llegar á su espontánea y poco apetecible terminacion. En algunos casos, no bien explicados y poco numerosos (á pesar de que Hebra los cree muy frecuentes) de terminacion espontánea feliz, la duracion es corta y no pasa de un año ó de algunos meses.

La curacion es la única terminacion de la enfermedad; pero la curacion perfecta, sin reliquias, es decir, sin canicie ni calvicie incurables, sólo se consigue por un tratamiento racional aplicado á tiempo en el origen del mal. La curacion espontánea sin reliquias, en Alemania será la regla, pero en España es la excepcion. Su teoría consiste en la muerte del vegetal por causas que no siendo terapéuticas, tienen que ser desconocidas.

La curacion con reliquias, y sobre todo con la pérdida definitiva de todos los pelos de la cabeza ó del cuerpo entero, tiene su explicacion en la eliminacion del parásito, porque ya no existen pelos donde pueda implantarse ni de los que pueda nutrirse.

Llegamos con esto á una de las cuestiones más importantes del estudio que hemos emprendido; al diagnóstico de la tiña pelada.

No es difícil este diagnóstico porque hay varios síntomas patognómicos, como la acromia, la caída brusca del pelo sin erupcion cutánea previa ni coincidente, la existencia del vegetal, apreciable con el microscopio y la presentacion del

BRUCHA FAVEA.

vello ó pelo atrofiado y de color variable en la piel de las calvas, que no pueden dar lugar á duda de ningún género.

Las dos tiñas anteriormente estudiadas sólo presentan calvas verdaderas como reliquia, ó lo que es lo mismo, después que han terminado al cabo de mucho tiempo por la desaparicion del vegetal y la curacion provocada ó espontánea, mientras que en La Pelada es la calva el síntoma primero y más importante de la enfermedad. Es cierto que después queda tambien como reliquia; pero en la historia del padecimiento no encontramos las costras amarillas del favus, ni las tonsuras del herpes con su descamacion y demás erupciones.

Ahora bien, las calvas resultantes de todas tres, prescindiendo de su individual historia, pueden tambien distinguirse por la acromia ó falta de color que desde luego acompaña á las de La Pelada, que no existe en las del herpes, y que para existir en las de la favosa es preciso que tengan algunos años y hayan perdido lentamente el color rojo eritematoso que conservan largo tiempo desde su origen.

Las alteraciones de los pelos son tambien muy diferentes en las tres tiñas. En el herpes el pelo cae cortado y no puede extraerse porque se rompe, en La Pelada cae entero y en la favosa persiste en el centro de los favus durante bastante tiempo.

El tallo de los pelos cortados por el trichophyton está desfilachado, tiene sus fibras separadas y es muy friable. El de la favosa pálido, débil y ensortijado, tiene sus mayores destrozos en la raíz. El de La Pelada parece sano y sólo alguna nudosidad parasitaria se encuentra en la union de su porcion intrafolicular con la extrafolicular.

Las diferencias que separan al microsporion de La Pelada, del achorion y del trichophyton las sabeis desde hace un momento por el cuadro de Malassez que os he leído; pero además el achorion le encontrareis en el favus, el trichophyton en el estuche blanquecino que rodea la base de los pelos y cubre la tonsura, y el microsporion en la película epidérmica que cubre la piel de los alrededores de las calvas.

El curso al parecer intermitente de La Pelada es continuo en las otras dos, y en ninguna de éstas aparece el vello tan característico de las placas pelonas.

Hay momentos en la favosa y en la tonsurante en los cuales la confusion puede ser muy grande y la decision difícil para el médico.

El período pitiriasico de la tonsurante, cuando apenas hay caspa y casi no queda pelo en la cabeza, puede simular perfectamente una extensa pelada, pero siempre faltará en aquella la decoloracion, y por mucha limpieza que el enfermo tenga, siempre quedará alguna caspa.

La forma decalvante de La Pelada se distinguirá pronto de la acromatosa, porque ésta tiene un curso muy lento y aquella muy rápido; en aquella es ligera, ó falta la

32



acromia que caracteriza á ésta y los caracteres del vegetal que las produce varían mucho, habiendo quien sospecha que es el trichophyton ó una de sus variedades el que determina la decalvante y el micrósporon la verdadera pelona.

El vitiligo ó acromia simple difiere tanto de La Pelada que parece imposible que Cazenave haya confundido ambas lesiones cutáneas.

El vitiligo es una decoloración parcial, congénita ó accidental de un punto de la piel y de los pelos que en ella se implantan, pero no constituye verdadera enfermedad: es una lesión estacionaria, sin curso alguno, sin caída ni atrofia del pelo, que sólo está encanecido; no se propaga á diversos puntos de la cabeza, ni se contagia, ni se inocula, ni se cura. Los pelos decolorados que hay sobre la mancha cutánea están fuertes y nada se ve en ellos ni en el epidérmis circunyacente, de parasitario ni de morbozo.

La pitiriasis crónica herpética, reumática ó escrofulosa determina, cuando se descuida, alopecias que se van formando lentamente; pero la hipersecreción epidérmica persiste aunque el pelo caiga, y siempre hay alguna humedad cuando el enfermo se rasca (que es muy á menudo porque pican cruelmente) y algun enrojecimiento de la piel afecta.

La sífilis determina dos especies de alopecia: la una que podremos llamar directa, efecto de la intoxicación general, y la otra indirecta ó consecutiva á las sífilides ulcerosas de la cabeza ó de la barba.

En la primera no hay caspa ni erupción alguna, pero el pelo se cae de toda la cabeza, clareándose primero, nunca por placas redondeadas ni de una manera brusca y repentina.

En la segunda se trata de cicatrices grandes, profundas y redondeadas, cuya causa ha destruido los folículos pilosos que conservan por mucho tiempo el color cobrizo, y al fin, perdiendo su pigmentum la piel, quedan blancas y hundidas; pero sin contar con su historia morbosa queda como signo diagnóstico que éstas no crecen, ni se extienden, ni se reproducen, no sale en ellas vello decolorado, ni en el epidérmis próximo se encuentran esporos vegetales inoculables.

La alopecia senil ó ideopática no se parece en nada por su curso y demás condiciones á esas placas decoloradas que tienen adición por la nuca, punto que siempre respetan los años.

Regla general, señores; los que tienen calva en la región occipital han sido pelones, es decir, deben esa reliquia á La Pelada, pues hasta el herpes tonsurante y el favus respetan más este sitio de la cabeza que todos los restantes, y ninguna otra enfermedad ataca los pelos de dicha región con la intensidad necesaria para destruirlos.

Por lo dicho hasta aquí, habeis podido formar una idea aproximada de la gravedad y demás juicios pronósticos que debemos hacer de La Pelada.

Es una de las tiñas más graves por la rapidez é insidiosidad con que destruye el pelo, por la rareza de las deformidades que ocasiona y que dan al enfermo un aspecto ridículo ó repugnante para la sociedad y por el grave estado moral á que puede conducirse el verse forzado á ser el *hazme-reír* de las gentes.

Es además grave por las dificultades de la terapéutica, porque generalmente se ocupan los enfermos más de encubrir el mal que de curarle, y casi siempre acuden tarde á pedir los auxilios de la ciencia.

Trátase, por último, de una enfermedad poco conocida y mal estudiada por la generalidad de los médicos, y cuya naturaleza está en litigio para muchos, y sabido es que si con brújula naufragamos, mejor lo haremos sin ella en los mares de la incertidumbre científica.

Conocida la enfermedad en su origen y tratada desde el primer momento, el pronóstico es leve; porque la enfermedad podrá detenerse, y curarse su primera alopecia, renaciendo el pelo más ó menos decolorado, pero al fin renaciendo; mas como es raro que se acuda á tiempo, de aquí que el pronóstico sea casi siempre grave para el pelo, ya que no lo sea para la salud general del individuo.

El tratamiento de la tiña pelona puede dividirse en sintomático ó empírico y en racional.

El sintomático tiende á fortalecer, por un tratamiento local excitante y por un plan tónico general, la piel y los folículos pilosos atrofiados. Así veréis recomendadas las cataplasmas de yerbas aromáticas, las lociones vinoso-aromáticas, las alcohólicas, las pomadas amoniacales y cantaridadas, las aguas ó alcoholes de quina ó de quinina, y los infinitos remedios secretos que los curanderos y los farsantes anuncian todos los días para hacer crecer el pelo.

El tratamiento racional tiende á lo mismo y se ayuda con los mismos medios, pero antes procura alejar la causa de la atrofia matando ó eliminando el vegetal parásito que la determina, y evitando por ende su propagación y el contagio de la enfermedad.

Hé aquí en breves palabras la síntesis del tratamiento que nosotros seguimos y que, llegando á tiempo, nos ha dado buenos resultados, consiguiendo la curación sin reliquias, ó conteniendo la enfermedad con las ya irremediables en el momento de emplearle.

Caso reciente. *Una sola calva.*—Depilación de los pelos circunferenciales para aislarla en la extensión de un centí-

metro por lo ménos. Untura por la noche á la calva y á sus alrededores con la pomada de sublimado (al 1 por 100) ó con el aceite de enebro.—Lavatorio por la mañana con el vinagre fénico diluido en tres partes de agua ó con agua de colonia y agua comun mezcladas en partes iguales.

El vinagre fénico que empleamos es algo cáustico, y su fórmula es la siguiente:

Ácido fénico .....	1
Alcohol.....	10
Ácido acético.....	4
Mézclase.	

Por eso le diluimos algo en agua en el momento de usarle, pero puede tambien emplearse puro lo mismo que el agua de colonia.

Al mes ó mes y medio de seguir este plan, si sale el vello de la calva, ó ántes si esto sucede, debe raparse ó rasurarse suavemente toda la parte afecta, operacion que se repetirá cada doce ó quince dias.

Desde esta época suprimimos las pomadas y empleamos solamente las lociones aromáticas ó fenicadas.

Caso antiguo. *Varias calvas ó una grande de donde ha caído dos ó tres veces el pelo.*—No pudiendo esperar otra cosa que detener el progreso del mal, debemos limitarnos á la rasura circunferencial y á las lociones dichas.—Los chorros de agua fria son un poderoso excitante que debe preferirse á las amoniacales y á las cantáridas en pomada.

Caso poco antiguo pero generalizado por el cuerpo. *Ra-sura.*—Baños generales con media onza de sublimado; lociones generales fenicadas ó aromáticas.—Unturas á la cabeza cada dos ó tres dias con las pomadas de sublimado ó de turbit.

La hidroterapia y un plan tónico general compuesto del uso de carnes, vinos, hierro, aire de campo con la cabeza descubierta, etc., conviene en todos los casos.

Para ocultar las calvas á la vista de los demás debe proscríbise la peluca.

Nosotros recomendamos frotarse la calva con corcho quemado, cuyo polvo se adhiere bien á la piel y oculta perfectamente la deformidad á poco que ayude el pelo largo de las inmediaciones.

Hemos abreviado, señores, los detalles sobre el tratamiento de La Pelada para terminar en la conferencia de hoy con el estudio de las dermatosis parasitarias, hablando el tiempo que nos reste de las tiñas epidérmicas ó pitiriasis vegetales.

Damos el nombre de *tiñas epidérmicas* ó *pitiriasis parasitarias* á varias afecciones cutáneas producidas por el vegetal *microsporon furfur*, que se interpone entre las células cór-

neas del epidérmis, y caracterizadas por manchas de color de café con leche ó más oscuras y aún negras, que se propagan ó extienden á las partes próximas y que van acompañadas de una descamacion adherente y furfurácea, formada en parte por el vegetal y en parte por el detritus epidérmico.

A diferencia de las tiñas dérmicas nunca se implantan en los folículos pilosos ni en el interior de los pelos los esporos de su vegetal propio, por lo que aunque los rodee, no los destruye ni determina calvicie ó alopecia. Tampoco destruye el pigmentum.

Estas tiñas son conocidas desde muy antiguo, pero se consideraban como manifestaciones herpéticas ó como síntomas de una afeccion del hígado, y de aqui el nombre de *manchas hepáticas* de una de sus variedades. Tambien se confundieron y aún hoy se confunden con las efélides, lentigos y otras discromias cutáneas, y con las sífilides maculosas ó manchas sífilíticas; pero de todas ellas las separa, como luego vereis, un carácter importantísimo, que es el contagio y la descamacion.

Cuando se formó la especialidad en el siglo pasado por Villan y por Batteman se las colocaba, ya entre las manchas, ya entre las escamas, y de aqui el nombre de pitiriasis versicolor que todavia conservan, y el de herpes furfuráceo versicolor que tuvo en la época de Alibert.

En 1846 descubre Eichstedt en todas ellas un vegetal parásito.—Robin le encuentra tambien, le estudia y le confunde con el microsporon Audouini que produce La Pelada.—Bazin demuestra que son especies vegetales distintas, como distintas son las especies morbosas que determinan, y hoy las opiniones de los dermatólogos modernos fluctúan entre las discromias ó hiperchromias (Hebra), el parasitismo exclusivo (Bazin) y estados ó afecciones mixtas del parasitismo y el herpetismo (Hardy, Devergie).

Hardy y Devergie admiten el parásito; pero le consideran como una simple complicacion de una pitiriasis herpética, entre cuyas escamas se depositan, crecen y se multiplican los esporos del microsporon furfur.

La verdad, en medio de tan distintas opiniones, es que se confunden hoy ó no está bien marcado el linde que separa á las variadas dermatosis que encontrareis en las obras de los antiguos dermatólogos con los nombres de *efélides, lentigos, pecas, paño de las embarazadas, cloasma, manchas hepáticas, fuego del hígado, pitiriasis versicolor y nigricans, melasma*, etc., etc., y que colocadas ántes entre las manchas ó discromias ha hecho Bazin entrar de plano en el parasitismo vegetal.

La verdad es tambien que hay efélides, lentigos, manchas, en fin, que son simples alteraciones del pigmentum, que no van acompañadas del vegetal ni le necesitan para explicar su formacion ó su existencia; pero que con estas *manchas internas del dérmis* se han confundido hasta hoy man-



chas externas ó adheridas formadas por vegetales parásitos y por pitiriasis ó descamaciones epidérmicas tan fácilmente curables, como incurables son las verdaderas dischromias.

Por esta razón conviene que todos los dermatólogos se pongan de acuerdo en un asunto de tamaño interés, siendo para nosotros tan sencilla como verdadera la fórmula siguiente, que podría ser adoptada por todos:

«Toda mancha cutánea que crece, se descama fácilmente con la uña, se contagia y varía en la intensidad de sus colores, pertenece á las tiñas epidérmicas.»

«Toda mancha estacionaria, congénita ó accidental, que no tiene curso, no se descama con la uña, ni se pega, pertenece á las dischromias ó alteraciones del pigmentum.»

Aunque estos dos grupos de dermatosis tienen un parecido tan grande, su etiología es distinta, su curso muy diferente y su pronóstico y tratamiento casi completamente opuestos.

La etiología de las tiñas epidérmicas está limitada á la falta de limpieza y al contagio que las determina. Su causa determinante es el *microsporon furfur*.

Pertenece esta planta mucolína, descubierta por Eichenstedt como ántes dijimos, á la clase de las *artroporeas* y está compuesta de filamentos rectos ó encorvados, simples ó ramosos con esporos terminales esféricos, más gruesos que los del *microsporon Audouini*, sin granulaciones en su interior y con un poder refringente tan notable que al verlos con el microscopio parecen células con doble membrana.

Se hallan siempre mezclados é interpuestos entre las células del epidérmis, de las que es muy difícil separarlos (á no ser mediante los álcalis ó el clorofórmio), pueden rodear el vello ó los pelos del cuerpo, pero sin alterarlos ni penetrar en los folículos, y van siempre extendiéndose ganando en superficie (nunca en profundidad), ya de una manera lenta, ya con rapidez. Cuando abundan mucho en un punto del epidérmis toma éste una coloración oscura y aun negra; cuando son escasos un tinte ligeramente amarillento ó parduzco, y como en una region poco extensa puede haber muchos tintes intermedios de varios colores, resulta bien adoptada la denominación de *pitiriasis versicolor* con que se conoce y describe el padecimiento que estudiamos.

El color de las manchas descamables que forman, depende por lo tanto del parásito, al cual puede ayudar la suciedad, el polvo, etc. De aquí el nombre vulgar de *mugres* ó de *roñias* con que se bautiza á las tiñas epidérmicas y á otras cosas entre las gentes del pueblo, y en verdad que razón tienen, pues sin la suciedad ó la falta de limpieza del cuerpo no habría tantos contagios del *microsporon*, ni se le dejaría crecer, extenderse y propagarse tanto.

Conste, sin embargo, que no hasta la suciedad si no hay parásito.

Debajo de la espá escamosa phyto-epidérmica que constituye la uanacha se encuentra la piel con su coloración normal.

Esta enfermedad se adquiere casi siempre durmiendo en la misma cama ó con otra persona que la tenga, pero el contagio pasa mucho tiempo inapercibido; primero, porque no hay molestia; segundo, porque aparece el mal en la espalda ó en puntos donde no se mira con frecuencia el paciente, y tercero, porque las manchas se conocen poco en su principio y se toman por suciedad ó empuenes herpéticos sin importancia.

Casi sabeis ya por lo dicho la sintomatología de las mugres, pitiriasis versicolores ó tiñas epidérmicas.

Al mismo tiempo que un prurito ó picazon ligera empiezan á presentarse en el tronco, en el cuello ó en la cara, manchas muy pequeñas, redondas, discretas, de un color blanco-amarillento ó parduzco, parecido al del café con leche claro, color que pudiera tomarse por el natural de un hombre moreno ó algo tostado por el aire y el sol, si fuese más generalizado en las partes descubiertas y si no se comparase con el de las partes próximas sanas.

A simple vista, y mejor rascando con la uña dichas manchas se observa y se puede recoger una furfuración casi pulverulenta, que levantada en totalidad deja ver el epidérmis profundo ligeramente irritado, viéndola con el microscopio se la encuentra compuesta por el vegetal y detritus epidérmico, pero disolviendo éste con una gota de amoníaco, queda aislado el primero.

Las manchas, que cuando son discretas y tienen su asiento en la cara constituyen el *cloasma*, las manchas hepáticas, el *paño de las embarazadas* y las *pecas*, y cuando ocupan el cuerpo constituyen las *efélides lentculares*, crecen y se extienden lentamente por su circunferencia y uniéndose varias cuando llegan á tocarse pueden formar chapas extensas, difusas, irregulares, con coloraciones variables, pero que con el tiempo y la falta de limpieza van aumentando de intensidad hasta el color negro. En el primer caso la enfermedad lleva el nombre de *pitiriasis versicolor*; en el segundo el de *melasma* ó *pitiriasis nigra*. Cazenave que no cree parásitarias estas diversas afecciones, las diferencia diciendo que la *pitiriasis versicolor* no pica, ocupa siempre el pecho y nunca la cara, y las *efélides* son manchas discretas que pican mucho; pero tales diferencias no son otra cosa que épocas distintas de desarrollo de la enfermedad, pues luego crecen estas manchas discretas y forman las chapas del *pitiriasis*, cuyo color se va haciendo con el tiempo y la suciedad cada vez más subido.

En las láminas de nuestro Atlas teneis dos ejemplos bien caracterizados, uno de *pitiriasis versicolor* y otro de *pitiriasis nigricans* generalizado, que tal vez no encuentre compañero en los anales de la ciencia, por su extensión y circunstancias especiales del enfermo.

Os recomiendo que veis esta última lámina y leais su observación para que podais llegaros á formar un juicio aproximado de los efectos que en la piel del hombre puede

llegar á producir el micrósporon furfur auxiliado por la suciedad, por la prision y por la desgracia.

El curso espontáneo de las tiñas epidérmicas es lento y continuo, sin exacerbaciones ni variaciones notables.

Las manchas del pitiriasis versicolor, que en su origen tienen el diámetro de media ó una línea, van lentamente agrandándose y apareciendo en puntos próximos otras nuevas, que tambien van creciendo, se forman grandes placas, que á su vez pueden unirse y cubrir toda ó la mayor parte de la superficie cutánea del tronco ó de todo el cuerpo.

Lo más comun es que se limite á una porcion extensa del pecho ó de la espalda, quedando estacionaria por uno, dos ó más años hasta que el enfermo toma casualmente algunos baños ó hace algun remedio parasiticida, sin él saberlo, y el mal desaparece.

Con sólo los baños y una limpieza constante durante una ó dos semanas, las manchas disminuyen y hasta desaparecen á la vista; pero pronto vuelven á presentarse si no se aplica el tratamiento racional.

Por esto la duracion del padecimiento, que puede ser de muchos años dejado á sí propio, es corta, de pocos dias, de pocas semanas ó de pocos meses, segun su intensidad, extension y condiciones, atacado con los remedios poderosos de la ciencia.

La única terminacion que tienen las tiñas epidérmicas es la curacion espontánea por vejez y muerte del vegetal ó la curacion provocada y conseguida por la higiene y por la terapéutica.

El diagnóstico de la pitiriasis versicolor y de todas estas diversas afecciones parasitarias es fácil, si aceptais la fórmula indicada por nosotros anteriormente.

La picazon ligera, la descamacion pulverulenta adherente, las manchas de color de café con leche, su forma redondeada, su crecimiento determinando grandes manchas de forma distinta é irregular, el contagio y los caracteres microscópicos del vegetal son signos diagnósticos de mucha importancia.

No puede por su sintomatología confundirse con ninguna tiña dérmica, pero si con las alteraciones del pigmentum, las pitiriasis no parasitarias y las manchas sífilíticas ó otras consecutivas á dermatosis crónicas.

Se distingue de las manchas crónicas estacionarias, de cualquier clase y naturaleza que sean, porque en éstas no hay picazon, descamacion, crecimiento ni contagio.

Se distingue de las manchas sífilíticas además por la ausencia de accidentes de igual índole, y del vitiligo ó acromia con el cual puede confundirse por error visual, tomando la parte sana de la piel por la enferma y vice-versa, porque en los intermedios de la pitiriasis versicolor la piel, aunque pálida, no está decolorada ni tampoco el vello ó los pelos que en ella existen, como sucede en la ausencia del pigmentum.

SEGUNDA PARTE.

La distinguireis de las pitiriasis simples ó rubras, porque en éstas las escamas son más grandes y laminosas, nunca pulverulentas, porque no tienen coloracion oscura ni de café con leche las partes afectas, la picazon es mucho mayor y el dérmis está siempre mas irritado y algo dolorido.

La pitiriasis nigricans pudiera confundirse con un aene sebáceo; pero es raro que éste ocupe el pecho ó la espalda, su exudacion se concreta formando placas adherentes no furfuráceas, blandas ó más húmedas que las de la tiña epidérmica, y además carece de los esporos vegetales que con los álcalis podemos evidenciar en donde se hallen.

Terminando estas tiñas siempre por la curacion, su pronóstico es leve, pero sus fáciles recidivas y su facultad contagiante, circunstancias que no debemos ocultar á los enfermos, le hacen de alguna mayor consideracion.

Como en todas las afecciones parasitarias, la indicacion primera que hay que llenar es matar ó eliminar el parásito, y esto es aquí mucho más fácil por hallarse colocado en la capa más superficial del epidérmis, aunque adherido íntimamente y como entretelado con las células córneas ó pavimentosas por él destruidas y pulverizadas.

El medio que hoy empleamos para conseguir la curacion en los casos leves de pitiriasis versicolor, es el uso de algunos baños jabonosos, usando el jabon fénico y obligando al enfermo á que dentro del baño se frote ó le frotan alternadamente, primero con estropajo y despues con el jabon fénico durante media hora.

A los cuatro ó cinco baños se ha curado la enfermedad.

Los baños generales ó las lociones con disoluciones de sublimado, las pomadas de esta sustancia ó del turbit mineral, las unturas del aceite de enebro, etc., son recursos tan poderosos como el anterior.

A veces recomendamos á nuestros enfermos se den por las noches unturas con glicerina ó con agua amoniacal; pero esto no tiene más objeto que disolver algo del epidérmis y de la grasa que puede encubrir y defender al parásito para que al dia siguiente la locion ó la pomada venenosa le destruyan mejor.

Los baños sulfurosos termales consiguen algunas curaciones, y suelen otras veces dar chascos, reapareciendo al poco tiempo la enfermedad que aparentemente curaron.

Una de las cosas que para terminar debemos poner en vuestra noticia es, que todos los dermatólogos que niegan á estas afecciones la naturaleza parasitaria emplean, sin embargo, los mismos medios de tratamiento, todos destructores y parasiticidas.

Hemos concluido con esta conferencia todo lo que pensábamos decirlos acerca de los parasitismos cutáneos comprendidos en la primera clase de nuestra nomenclatura.



Quedan en el cuadro algunas especies morbosas de las que no hemos hablado; pero, ó son tan poco frecuentes y aún exóticas, que en nuestro país no existen, y como no las hemos visto no queremos hablar de oídas, ó caen fuera del campo limitado de la Dermatología, y debemos dejarlas en el sitio que determinen los autores de patología interna, que son los encargados de su enseñanza y de su estudio.

La filaria ó dragoncillo, y la pulga penetrante de América entre los zoo-parasitismos; y las plicyas, el muguet y ciertas anginas contagiosas crupales y pseudo-crupales que en dicho cuadro se incluyen están en este caso.

La filaria de Medina, la pulga penetrante de América y la plicya de Polonia no existen en España. Hemos copiado, sin embargo, en nuestro Átlas una de las varias láminas que Alibert dedica á esta enfermedad (hoy está en litigio como entidad morbosa); y al pié podreis ver la historia que con su elegante estilo escribía el fundador de la Dermatología en su primera y grande obra iconográfica.

Merece leerse lo que acerca de ella dice en su última obra

el Dr. Hebra de Viena y cómo explica por la suciedad y por el no peinarse ni afeitarse el pelo el curso de todos los síntomas; pero también debéis leer á Robin y á otros autores antiguos y modernos que se ocupan de ella, de los diversos parásitos vegetales que en ella han encontrado, de la positiva hipertrofia de los pelos y de los folículos pilosos de la exudación que los aglutina, etc., etc., para poder formar un juicio aproximado acerca de semejante afección, que nosotros no hemos visto y que por lo tanto no conocemos lo suficiente para poderla enseñar.

Respecto al muguet, producido por el vegetal denominado *oidium albicans*, al crup y á las anginas diftericas, enfermedades que incluimos en los phitoparasitismos epitélicos ó epiteliales de nuestra clasificación, hemos hecho algunos trabajos ó experimentos, tenemos de ellas preparaciones microscópicas interesantes y podriamos deciros algo nuevo, siquiera no fuera bueno; pero caen, como os decia, fuera del campo de la Dermatología y no debemos salirnos de los límites de la especialidad.

FIN.

# ÍNDICE

DE LAS

## LECCIONES TEÓRICO-CLÍNICAS SOBRE LAS DERMATÓIS PARASITARIAS.

PÁGINAS.

LECCION PRIMERA.—Del parasitismo y de las dermatosis parasitarias consideradas en general.—Definición del parásito.—Todos los seres son parásitos durante su vida embrionaria.—Parásitos animales y vegetales, que son constantes en el hombre sano.—División del parasitismo en normal, patológico y consecutivo a la muerte del individuo ó de alguna parte de sus órganos ó tejidos.—División del parasitismo patológico en cutáneo-unicoso ó de implantación, y profundo ó de infección, y cada uno de ellos en animal y vegetal, según el reino orgánico á que pertenecen el parásito.—Del parasitismo cutáneo.—Dermatosis parasitarias, animales y vegetales.—Hay enfermedades que son causas ocasionales de la presentación de los parásitos.—Error de los que consideran á los parásitos como productos muerlosos.—La causa eficiente de las dermatosis parasitarias son los parásitos.—Condiciones que deben existir en las enfermedades cutáneas para que las podamos llamar parasitarias.—1.º Existencia constante del parásito.—2.º La existencia del parásito debe preceder á la presentación de los síntomas y lesiones cutáneas.—3.º Los síntomas, las lesiones y el curso del mal deberán explicarse bien por la presencia y por la acción del parásito.—4.º Contagio directo ó indirecto.—5.º Eficacia probada del tratamiento parasitícola.—Carácter de las dermatosis parasitarias.—Curso, duración y terminaciones de las mismas.—Diagnóstico.—Pronóstico.—Indicaciones.—Tratamiento.....	1
LECCION SEGUNDA.—Dermatosis zoo-parasitarias.—De la sarna.—Definiciones.—Antigüedad de las afecciones parasitarias, y por consiguiente de la sarna.—Opiniones diversas acerca de su naturaleza.—Historia del descubrimiento del ácaro.—Descripción del ácaro scabiei ó sarcoptes hominis.—Sus diferencias según el sexo.—Sus diferencias con los demás sarcoptes.—Opinión rara de Helzer.—Organización interior del sarcoptes.—Órganos de nutrición, de relación y de generación.—Costumbres del sarcoptes.—Sus sueros y su cura.—Desarrollo del sarcoptes.—Su cópula.—Sus huevos, sus larvas y las diferentes mudas que sufren.—Sueros de las larvas.—Modo de extracción del ácaro scabiei ó sarcoptes hominis (hembra), y de la extracción de los sueros íntegros.—Método para recoger gran cantidad de machos.—Modo de propagación del sarcoptes en el mismo individuo; modo de transmitirlo á otro ó á los animales, y vice-versa.—Síntes de preferencia que ocupan los sarcoptes en el cuerpo humano.—¿Puede el sarcoptes ser creado por generación espontánea? (transmisión de huevos).—¿Qué causas pueden ayudar al sarcoptes á la producción de la sarna y de sus diversas formas ó especies admitidas?—Conclusión de la lección.....	17
LECCION TERCERA.—De la sarna (continuación).—Sus síntomas.—1.º El sarcoptes.—2.º Sueros del sarcoptes.—Sueros de las larvas.—Cueras acrías de la sarna grave ó de Boze.—3.º Pícaso y sus caracteres.—Pícaso primitiva, colicidente y consecutiva.—4.º Erupciones artificiales.—Erupciones que parecen más inmediatamente dependientes de la acción directa del sarcoptes sobre la piel.—Erupciones dependientes del acto frecuente de rascarse.—Erupciones dependientes de la presión.—Erupciones dependientes de las fricciones medicamentosas.—Carácter del conjunto de estas erupciones moleculares.—5.º Síntomas generales conseguidos al desarrollo de las erupciones artificiales y al curso de todos los síntomas y lesiones locales.—Vigilia.—Estado moral.—Inquietud.—Pálor de rascarse.—Tumores posteriores.—Sudor diurno.—Ecdysmofrenia.—6.º Síntomas que pueden considerarse como complicaciones locales de la enfermedad.—Flictenas y erupciones flictenosas.—Fórmulas y entax.—7.º Síntomas que pueden sobrevenir como complicaciones generales de la enfermedad.—Desarrollo de dermatosis de causa interna por la acción que les ofrece y por la evolución que produce la sarna.—8.º Síntomas y signos de lo que se ha llamado <i>Sudor de la sarna</i> .—Investigación de sus causas y explicación filosófica.—9.º Síntomas y signos que nos proporcionan el sitio en que se presenta y los sitios (como la cara y cabesa) en que no se presenta con frecuencia la enfermedad.—10.º El contagio como síntoma de la sarna.—Del curso, duración y terminaciones de la sarna.—De su diagnóstico y pronóstico.—Historia del tratamiento.—Tratamiento seguido por nosotros en el Hospital de San Juan de Dios y en la población.—Casos excepcionales.....	29
LECCION CUARTA.—De las afecciones cutáneas phyto-parasitarias ó tifias.—Nuestra división en dérmicas, epidérmicas, epitélicas ó difterias y plicas.—Tifias dérmicas y vegetales que las constituyen ó determinan.—De la tifa farosa.—Retrato de algunos casos clínicos que se hallan en la enfermería, y de otros publicados en el Atlas.—Resumen histórico de la tifa farosa, y descubrimiento del achorion.—Descripción del vegetal parásito, que constituye el farus.—Descripción del farus.—Su composición.—Pruebas físicas, químicas y clínicas de su naturaleza vegetal.—De las causas predisponentes, ocasionales y determinantes de la tifa farosa, ó lo que es lo mismo, de las causas que pueden favorecer la implantación y el desarrollo del achorion en el organismo.—Sintomatología de la tifa farosa.—Períodos de la vida del vegetal y su relación filosófica con los síntomas.—Curso, duración, terminaciones y complicaciones de la tifa farosa.—Diagnóstico, pronóstico, indicaciones y tratamiento de esta enfermedad.....	45



- LECCION QUINTA.—De la tifa tonsurante (herpes circinado del cuerpo; herpes tonsurante de la cabeza).—Noticia histórica de la enfermedad y del descubrimiento del *trichophyton tonsurans*.—Descripción de este vegetal parásito.—Su distinción del achorion y demás plantas microscópicas.—Acción del vegetal sobre la piel, el pelo y el folículo piloso.—Deducciones que para la explicación fisiológica de los síntomas pueden sacarse de esta acción, del modo de crecer, extenderse, transmitirse, implantarse, envejecer y morir el *trichophyton tonsurans*.—*Sintomatología* de la tifa tonsurante.—1.ª forma, que á veces es el primer período: Herpes circinado.—Su descripción, su curso, duración y terminaciones.—2.ª forma, que á veces constituye el segundo período, pero que también se presenta primitivamente: Herpes tonsurante ó Tifa tonsurante propiamente dicha.—Curso de sus síntomas.—3.ª forma ó consecutiva: Sicosis parietaria.—Curso de sus síntomas y su terminación.—Resumen general de los síntomas de la tifa tonsurante y su explicación fisiológica.—De la *Etología* de la tifa tonsurante.—Del contagio y de los varios medios de efectuarse.—De la transmisión de la enfermedad de los animales al hombre y vice-versa.—(Se transfieren al trichophyton en el achorion, ó en otros vegetales microscópicos).—Del curso, duración y terminaciones de la tifa tonsurante considerada en general, ó sea en el conjunto de sus afecciones.—De su diagnóstico y de los nuevos medios que hoy existen para conocer y distinguir el vegetal característico.—Del pronóstico y del tratamiento de la tifa tonsurante. 67
- LECCION SEXTA.—De la tifa pelada, pelosa ó *porrigi decalosa*.—Su definición.—Historia y naturaleza de la enfermedad.—Del *microsporum Audouinii*.—Su descubrimiento.—Su descripción.—Modo de propagarse el vegetal y contagio de la enfermedad.—De otras afecciones de la tifa pelada.—Síntomas de la tifa pelada.—Variedades que se admiten por los autores.—Explicación fisiológica de los síntomas.—Curso, duración y terminaciones.—Del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de La Pelosa.—De las *tiñas epidémicas ó pitiriasis parietarias*.—Definición.—Historia de las dermatosis comprendidas en este grupo.—De la etiología de los pitiriasis parietarios.—Del *microsporum furfur*, su descubrimiento, descripción y efectos que determina en la piel del hombre.—Sintomatología de las dermatosis varias á que dá lugar.—Su curso, duración y terminaciones.—Su diagnóstico, su pronóstico y su tratamiento. 81

# LECCIONES

TEÓRICO-CLÍNICAS

## SOBRE LAS DERMATÓISIS PSEUDO-EXANTEMÁTICAS

ó

CONGESTIONES É INFLAMACIONES CUTÁNEAS AGUDAS IDIOPÁTICAS

y

ESTUDIO COMPARATIVO DE SUS LESIONES CON LAS DEMÁS LESIONES CUTÁNEAS DE FORMA ELEMENTAL ANÁLOGA

---

1874

BRUCHA. PARÍS.

25





# DERMATÓSID PSEUDO-EXANTEMÁTICAS.

## LECCION PRIMERA.

*De los pseudo-exantemas ó inflamaciones cutáneas agudas, simples ó eruptivas, idiopáticas y no contagiosas. — Sus caracteres y diferencias que los separan de los exantemas. — Síntomas positivos y negativos de los mismos. — Del eritema considerado en general. — Su definición como lesión cutánea. — Caracteres comunes de los diversos eritemas. — Caracteres variables. — Ideas generales sobre el curso, duración, diagnóstico, pronóstico y tratamiento del eritema considerado como lesión cutánea. — De las causas del eritema y de su clasificación. — Cuadro de sus diversas especies y variedades. — Del eritema idiopático ó pseudo-exantemático. — Su descripción clínica. — Su diagnóstico: 1.ª Diferencias que separan al eritema idiopático de los eritemas parasitarios. — 2.ª Diferencias que lo separan de los eritemas artificiales, pseudo-parasitario, fúngico, paratímico simple, pernio simple, solar, calórico, intertrigo simple, acroalico, manario, llo y provocado por ciertos alimentos, medicamentos ó tópicos irritantes. — 3.ª Diferencias que lo separan de los eritemas espontáneos ó de causa interna local, como el varicelo, de causa interna general como el paratímico alérgico, el pro-exantemático, el exantemático y el consecutivo á las neurralgias y de causa interna constitucional como el paludismo, sifilítico, reumático, herpético, escarfuloso, sкарлатинico, leproso y canceroso, con sus numerosas variedades de forma. — Pronóstico y tratamiento del pseudo-exantema eritematoso y diferencias que por ambos juicios clínicos lo separan de los demás eritemas.*

### SEÑORES:

El estudio de las inflamaciones agudas, simples ó eruptivas, idiopáticas y no contagiosas de la piel, conocidas con el nombre de pseudo-exantemas, es el que nos va á ocupar en estas conferencias.

Ya en las anteriores, y con motivo de tratar en la *Dermatología general* de la clasificación que adoptábamos, explicamos las diferencias que separaban á estas inflamaciones idiopáticas de los verdaderos exantemas, sintomáticos de la fiebre eruptiva ó de infección que desarrolla la ingerencia en la sangre de un agente virulento y contagioso. También recordareis que las distinguimos de las demás inflamaciones cutáneas agudas ó crónicas, pero sintomáticas de enfermedades constitucionales ó provocadas por agentes externos é irritantes.

Aquel estudio sintético no era ni podía ser clínico, y hoy ha llegado el momento de que lo sea, aprovechando los numerosos ejemplos de pseudo-exantemas, que casualmente y por las circunstancias estacionales, tenemos en las enfermerías.

Si buscáis en nuestra clasificación el sitio que corresponde á los pseudo-exantemas, le encontrareis en la llave de las dermatosis espontáneas ó de causa interna y en su segunda división, es decir, entre las de causa interna y general.

No es un estado local y de organización perturbada de la parte enferma el que determina la dermatosis; tampoco es un estado constitucional ó diatélico; no llega siquiera á ser diacrítico ó por alteración especial de la sangre: es simplemente un cambio brusco de las condiciones generales de la invasión, de la circulación ó de las secreciones, que se refleja en la piel por inflamaciones casi siempre limitadas, de un curso rápido y de una terminación espontánea feliz; es una congestión, es un susto, la supresión de un flujo habitual, la detención de los mênstruos ó un enfriamiento, la causa de los pseudo-exantemas.

En la primavera florecen como las plantas estas dermatitis agudas, y el hervor de la sangre, como dice el vulgo de nuestro país, sale á la superficie y se manifiesta en la piel por congestiones ó eritemas, por inflamaciones simples, como



la erisipela, ó por inflamaciones eruptivas, como el herpes, el pémfigo, el impétigo, el eccema, el liquen, el prúriga, el pitiríasis, el psoriasis, el ectima, el acné y el forúnculo agudos.

Cada una de estas lesiones cutáneas constituye una verdadera enfermedad, pero como hay lesiones análogas que sólo son síntomas de enfermedades constitucionales ó efectos de causas externas, el estudio de las primeras debe preceder al de éstas, ó mejor coincidir, siempre, por supuesto, que el uno se haga bajo el punto de vista patológico, y el otro bajo el punto de vista semeyótico ó de diagnóstico.

Los pseudo-exantemas pueden ir acompañados de fiebre en sus períodos de invasion ó de estado, pero nunca les precede ésta, como sucede en los exantemas ó fiebres eruptivas; carecen, por lo tanto, de período de incubación, y la calentura, si existe, es efecto y no causa de la lesión cutánea. Nunca son contagiosos ni inoculables como los verdaderos exantemas, y casi nunca se generalizan ó extienden como éstos por toda la superficie de la piel. Los únicos que se generalizan, la roséola y la urticaria, son tan fugaces, que no pueden confundirse con el sarampión ni la escarlatina, que tienen su tiempo determinado de evolución y desarrollo.

Los síntomas positivos que acompañan á los pseudo-exantemas, son los que convienen á las congestiones ó inflamaciones leves, superficiales y localizadas: la tensión, el dolor, el escozor y alguna vez la picazon, el enrojecimiento ó rubor; la exudación sero-purulenta que no dá reacción con los papeles de tornasol ó de cúrcuma; la formación de costras ó de escamas rodeadas de areola inflamatoria; la fiebre sintomática ó consecutiva, más ó menos intensa en la erisipela, pero efímera ó ligeramente inflamatoria en algunos otros pseudo-exantemas, y nula en la mayor parte ó en todos los restantes; y en fin, la declinación breve, rápida, espontánea y sin consecuencias, de la enfermedad.

Los síntomas que podríamos llamar negativos de los pseudo-exantemas, son tan numerosos, que bastan, por exclusion, para hacer su diagnóstico. No vereis en ellos la areola ó el tinte cobrizo, la forma circular, la reacción ácida, la adenopatía dura y múltiple, ni las coincidencias morbosas que acompañan á las sífilides crónicas, ni la ausencia de síntomas inflamatorios locales que se observa en las agudas. No vereis el color vinoso amoratado, el infarto cutáneo indolente y los infartos ganglionares gruesos y blandos que caracterizan á las escrofulides crónicas ó malignas, ni la gran exudación, la picazon, el infarto cutáneo, la poliadenia, y la tenacidad y tendencia al estado crónico de las escrofulides agudas ó benignas. No vereis la simetría, la tenacidad, la picazon nocturna é irresistible, la reacción alcalina de las exudaciones, las recidivas, ni los brotes sucesivos de las herpétides crónicas, ni la fijeza, los pinchazos ni la reacción ácida de algunas reumátides.

Tampoco encontrareis el crecimiento excéntrico, la poli-

morfía, ni los caracteres microscópicos de las dermatosis parasitarias.

Con la única enfermedad que pudiéramos confundir á un pseudo-exantema, es con el primer brote de una herpétide aguda, ó con una erupción artificial de forma elemental análoga; pero en este último caso será muy raro que no encontremos á la vista ó fácilmente la causa productora; y en el primero la picazon, la mayor duración del mal, los antecedentes hereditarios del enfermo, la simetría que siempre existe y la reacción alcalina de la herpétide, os sacarán de dudas.

El curso espontáneo de los pseudo-exantemas, es el signo diagnóstico que mejor los caracteriza y distingue. Regular siempre, con sus tres períodos de invasion y crecimiento, de estado y de declinación, le vereis inmutable en todos los casos, con su duración pre-establecida, según la enfermedad, y que nunca pasa de cuatro ó cinco semanas ni baja de dos ó tres días. Un tratamiento perturbador ó irritante, es el único que puede hacer variar el curso normal y la duración breve de los pseudo-exantemas; pero pronto os le obligará á dejar el enfermo, que conocerá lo que le conviene, lo que le calma y le mejora, y lo bien que le sienta el no hacer nada.

El pseudo-exantema terminará espontáneamente, y todo desaparecerá sin dejar reliquia y con pocas ó ninguna cicatriz ó mancha pigmentaria.

Tales son las inflamaciones cutáneas que vamos á estudiar, y que sin advertirlo os enumerábamos hace un momento. Como lesiones cutáneas, constituyen el tipo con el que debemos comparar las lesiones análogas dependientes de causas distintas; como enfermedades cutáneas, nos servirán también de punto de comparación y de base de los estudios sucesivos.

Permitidnos, señores, que, ensanchando los límites de este estudio comparativo, necesario para vosotros si quereis avanzar en la observación y en la experiencia clínica, os hablemos en estas conferencias más de semeyótica que de patología, más del síntoma y de la lesión, que de la especie morbosa, cuya descripción podía suprimirse, después de dichos los caracteres generales que la distinguen, el curso natural que tiene, y lo innecesario de los remedios para combatirla.

Empezando por la lesión más superficial, que es la *congestion cutánea*, para seguir después con la inflamación simple, y más tarde con las inflamaciones eruptivas y exudativas, division ó clasificación que adoptamos para los pseudo-exantemas (1), nos ocuparemos en la conferencia de hoy del

#### (1) CLASIFICACION DE LOS PSEUDO-EXANTEMAS.

Constitutivos.....	Eritema. — Roséola. — Urticaria.				
Inflamatorios.....	<table> <tr> <td>Simple.....</td><td>Erisipela.</td></tr> <tr> <td>Eruptivos.....</td><td>           Liquen. — Prúriga.            Herpes. — Eccema. — Variola.            Pémfigo.            Pitiríasis. — Psoriasis.            Acné.            Forúnculo.         </td></tr> </table>	Simple.....	Erisipela.	Eruptivos.....	Liquen. — Prúriga. Herpes. — Eccema. — Variola. Pémfigo. Pitiríasis. — Psoriasis. Acné. Forúnculo.
Simple.....	Erisipela.				
Eruptivos.....	Liquen. — Prúriga. Herpes. — Eccema. — Variola. Pémfigo. Pitiríasis. — Psoriasis. Acné. Forúnculo.				

## ERITEMA.

El eritema es una congestión limitada ó circunscrita de la piel, que desaparece ó se oculta por la presión del dedo, reapareciendo en cuanto cesa ésta.

Considerada en general como afección cutánea, sea sintomática, provocada ó idiopática, presenta á nuestra consideración ancho campo para el estudio, pues se relaciona como síntoma y como signo con muchas y variadas causas, representa estados morbosos gravísimos y molestias insignificantes, desaparece pronto y espontáneamente, ó acompaña al sepulcro al paciente á pesar de los más indicados remedios.

El estudiar el conjunto de estos diversos eritemas en una sola conferencia, es, repetimos, pura semeyótica; pero conviene que así lo hagamos, para acostumbrarnos al estudio de las lesiones cutáneas y preparar mejor el diagnóstico del eritema pseudo-exantemático, cuya historia aislada no podría ocuparnos sino breves momentos.

El eritema, considerado en general, no es, en realidad, una mancha, como se ha dicho hasta aquí, porque esta palabra indica siempre, en el recto sentido que se la asigna ó debe asignársela, un agente exterior coloreado, que viene á modificar ó á ocultar el color de otro cuerpo; es, sí, un cambio de la coloración normal de la piel, que no depende de lesión del pigmentum ni de sustancias yuxtapuestas, sino de la mayor actividad vascular de la parte afectada, de la dilatación accidental y más ó menos fugaz de los vasos capilares sanguíneos que la riegan, ó del estancamiento y difícil curso de la sangre en su interior.

Por esto, según sea la causa, la antigüedad, la intensidad y el período del mal, el color del eritema varía entre el rosado y el rojo oscuro ó amoratado, y el curso, la duración y la terminación de sus fenómenos aparentes cambia también en grado sumo, pudiendo formar juicios clínicos muy opuestos de algunas variedades del eritema.

Todas ellas tienen por carácter común el ser *resolubles*, es decir, desaparecer sin supuración, unas veces con descamación ligera del epidermis, y otras y más comunemente, sin ella; y además el ser *limitadas ó circunscritas*, es decir, el no estar generalizadas por toda la superficie del cuerpo, sino reducidas á uno ó varios puntos de la envoltura cutánea (1).

Rara vez pican ó es muy ligera la molestia que en este sentido producen, excepción hecha del eritema pernio; no son contagiosas ni inoculables en sí, pero pueden serlo en su

causa, y en fin, la forma irregular de sus manchas congestivas y su mayor tamaño las separa de las otras congestiones cutáneas (rascala urticaria, etc.), incluidas como el eritema en el *orden* de los pseudo-exantemas.

Los demás caracteres que pueden asignarse al eritema, son tan variables como las especies. Cada una de éstas tiene sus caracteres propios, y es fácil con su auxilio distinguir las unas de las otras.

Hay eritema tan fugaz, que empieza súbitamente, sin prodromos ni molestias previas, y desaparece en pocas horas ó en pocos minutos, sin que la mancha congestiva y de color rosado que le caracterizaba deje señal ni reliquia alguna. Tales son ciertos eritemas artificiales producidos por una compresión brusca, y los que determinan los pseudo-parásitos, como la chinche, la pulga, el piojo, el mosquito, etc., con sus picaduras. En cambio hay eritemas que, vayan ó no precedidos de fenómenos generales, persisten meses y meses en el sitio en que primero se formaron, y si desaparecen de él, es cuando en otro punto más ó menos próximo se ha presentado un nuevo brote. Tal sucede con algunos, dependientes de causa interna constitucional *escrofulosa*, *reumática*, y sobre todo *escorbútica*, á las que deben atribuirse las formas especiales conocidas con los nombres de *lupus eritematoso*, *sabañones*, *eritema indurado*, *nudoso*, *pápulo-tuberculoso*, *circinado lívido* y *marginado*.

Los primeros no forman elevación sobre la superficie cutánea, mientras que estos últimos la forman, si no en la totalidad de la mancha, en el borde circunferencial (*marginado*) ó en varios puntos de su extensión (*pápulo tuberculoso* y *nudoso*).

Hay eritemas que pican, como son todos los artificiales parásitos y pseudo-parásitos y el dependiente del frío ó de la presión brusca (de las ligas, cintas del relajo, etc.); hay otros que duelen, como los reumáticos y escorbúticos nudosos y marginados; unos que se resuelven, otros que terminan por descamación, y algunos que se complican con exudaciones y pueden llegar á ulcerarse, como el *intertrigo*, el *paratrimo* y el *pernio*.

El curso de las diversas especies de eritema es también distinto en cada una de ellas: breve, continuo y con sus períodos normales de incremento, estado y declinación en el pseudo-exantemático y en las formas agudas; es largo, intermitente y con sus períodos poco fijos en las crónicas dependientes de causa constitucional.

Las provocadas ó artificiales, si la causa se aleja, llevan el curso de las agudas, empezando la declinación poco después; pero si aquella persiste, el mal se reproduce varias

(1) Este carácter tiene alguna excepción que después se cita.



veces en el mismo sitio ó en puntos más ó ménos próximos.

Lo mismo sucede en las parasitarias, pudiendo los eritemas, si no se ataca el parásito, extenderse, multiplicarse y persistir largo tiempo á pesar de sus fenómenos de agudeza.

Estos eritemas pueden durar tanto como el parasitismo; los provocados, algunos días ó algunas semanas si la causa deja de obrar, y los escorbúticos, reumáticos y escrofulosos, de dos á seis meses, y descuidándolos, uno ó más años.

Los eritemas terminan, como hemos ya dicho, por resolución casi siempre, algunas veces por descaecación furfurácea, y en ocasiones por trasformación *in situ* en otra erupción.

Exceptuando algunas dermatósis que pueden contarse, todas las demás se desarrollan sobre un eritema ó una mancha congestiva precursora, la cual constituye el primer período de la dolencia.

Sobre una mancha congestiva aparecen las vesículas del herpes, de la varicela y del eczema, las pústulas ó ampollas del impétigo, del pénfigo, del ectima, de la rupia ó de la viruela, las púlpas del líquen, las escamas del psoriasis y del pitiriasis agudo, los tubérculos de algunas formas de sífilides, escrofulides y lepróides, y el de ciertos acnes de la cara ó del cuerpo.

El eritema es, por lo tanto, la forma elemental ó iniciadora de las formas que se han llamado elementales por los autores.

Pero hay otras trasformaciones *in situ* de los eritemas, y son la *erosion* cutánea con exudación sero-purulenta (intertrigo); la ulceración gangrenosa (paratrimo, úlceras por decúbito); la ulceración fungosa crónica (pernio, sabañones ulcerados); y la cicatriz sin ulceración (pelagroso, escrofuloso y leproso).

El diagnóstico del eritema, considerado en general ó como lesión cutánea, es casi siempre fácil, porque sólo pudiera confundirse en ciertos momentos morbosos con la roseola, la urticaria, la erisipela ó las cicatrices maculosas rosáceas consecutivas á erupciones crónicas ó ulceraciones diatélicas.

Le diferenciaremos de la roseola, porque las manchas congestivas que le caracterizan, pequeñas y redondeadas como una lenteja, son muy numerosas y están generalizadas por toda la superficie cutánea.

Hay un eritema artificial que pudiera, sin embargo, tomarse por una roseola, porque puede generalizarse. Tal es el dependiente ó provocado por las picaduras de *numerosos* pseudo-parásitos, como el chinche y la pulga; pero además del picor que á estas acompaña, y de su coloración más intensa que la roseólica, en todas ellas puede hacer constar un punto central oscuro y más hundido, que es el sitio por donde penetró el aguijón.

La urticaria se distingue del eritema por su fugacidad repentina ó brusca desaparición, por la gran picazón que la acompaña y por el habón característico de esta curiosa dermatósis en su período de estado ó de completo desarrollo.

La erisipela no es ya una congestión, sino una inflamación cutánea, con su color rojo intenso, su aumento notable de temperatura, su hinchazón, su dolor y sus fenómenos gene-

rales febriles; pero en su *origen* y en su *declinación* puede confundirse con el eritema, porque lo es en realidad. Finalmente, las manchas cicatriciales de las escrofulides y sífilides se diferencian del eritema por su *historia*, por la deformidad cutánea sobre la que descansan, por la lentitud con que desaparecen y por la variedad de sus matices en los puntos limitados que ocupan.

El pronóstico del eritema es tan variado como sus numerosas especies, y depende siempre de la causa que le produce ó le sostiene; los procedentes de causa externa, física, química ó parasitaria, son siempre leves y fugaces. Los de causa interna son más graves y duraderos, pudiendo algunos tener una terminación funesta, como el que acompaña á las fiebres graves, tifóideas ó puerperales, el *paratrimo* ó por decúbito, que precede á las úlceras del mismo nombre, y el *lece ó liso* de los anasárquicos.

El tratamiento ha de ser igualmente causal. Combatir la sífilis, la escrófula ó la causa constitucional que los determina; alejar la causa externa ó parasitaria que los produce; oponerse á la adinamia ó á la plétora, á la dificultad de la circulación ó á la mayor actividad vascular de una parte de la piel: tales serán las indicaciones que habrá que llenar principalmente; pues en cuanto á remedios locales, si unas especies exigen tópicos emolientes pulverulentos, otras necesitan excitantes poderosos, como el aceite de eucalypto y la trementina, ó resolutivos enérgicos, como el yodo y el mercurio.

Estudiar la etiología del eritema y clasificarle por ella, es darnos en detalle la clave para el conocimiento preciso de las especies y del pronóstico y tratamiento que á cada una conviene.

Siendo muchas y muy diversas las causas que pueden producir el eritema, hemos creído que podríamos dividirlo, como á todas las dermatósis, en *parasitario*, *artificial* y *espontáneo* ó de *causa interna*, según los tres grandes grupos patogénicos que para las enfermedades en general hemos admitido.

El *parasitario* es el que acompaña á la sarna, ó á los primeros días de la penetración en la piel humana de la pulga penetrante de América; el que precede á la manifestación ó salida del favus y del herpes tonsurante, y el que acompaña ó puede acompañar y aun seguir á estas dos tiñas (centífugo).

El *artificial* puede ser *pseudo-parasitario* ó producido por las picaduras de los pseudo-parásitos que recorren la piel humana (chinche, pulga, etc.); puede ser debido á una presión fuerte y brusca, que detenga momentáneamente la circulación (fuga); á una presión más ligera y lenta, pero continuada (*paratrimo simple*); al acto frecuente de rascarse; á la acción del frío (*pernio simple*); á la acción del sol (*solar*), ó del calor (*calórico*); al roce de dos superficies cutáneas humedecidas por el sudor, la orina, el escremento, un flujo leucorréico ó blenorragico, etc. (*intertrigo simple*); á la aplicación de sustancias irritantes, como la mostaza, cantárida, etc.; á las inoculaciones de todas clases; á la distension

de las partes por la infiltración edematosa (*leve ó fiso*); á la succion de la mama (*mamario*); á la ingestión de ciertos alimentos excitantes, como picantes y licres, mariscos y pescados azules (*ab ingestis*); á la ingestión de ciertos alimentos farináceos (*acrodinico*), ó de ciertos medicamentos, como la copálba y el yodo (*copáltico, yódico*).

El eritema *espontáneo* ó de causa interna puede ser debido, como las dermatosis en general, á una causa local ó alteración de textura de la piel, ó á una causa general ó constitucional del organismo. Sus numerosas especies son todavía más importantes para el clínico que las debidas á una causa externa, parasitaria ó no.

El de *causa local* es generalmente congénito, ya circunscrito (*necus maculosa vascularis*), ya difuso ó extenso, ocupando todo un miembro ó medio lado del cuerpo (*caricoso* ó por desarrollo anormal de las venas de una region). Puede ser tambien accidental y dependiente de la dilatación vascular que determinan causas pertinaces y congestiones repetidas en un punto limitado de la piel, como podeis observar en las

congestiones de la piel de la cara que preceden á ciertos acnes crónicos y rebeldes.

El de *causa general* es unas veces dependiente de la plétora ó de causas estacionales y climáticas (*idiopático ó pseudo-exantemático*); otras consecutivo á las fiebres graves adinámicas, puerperales ó tifoides (*paratrimo adinámico*), y algunas consecutivo á trastornos nerviosos generales que determinan neuralgias rebeldes, bajo cuya influencia se congestiona y pone eritematosa la parte dolorida.

Tambien debe incluirse en este grupo el eritema generalizado que precede á la invasión de los exantemas ó fiebres eruptivas, y las mismas manchas, no sólo del sarampion y de la escarlatina, sino de la viruela en el primer día de aparición de la erupción, ántes de que se convierta en pápula ó en pústula.

El de *causa constitucional* es debido á la pelagra, á la sífilis, al reuma, á la escrófula, al escorbuto, al herpetismo, á la lepra y al cáncer, y en cada una de estas especies hay muchas formas ó variedades dignas de estudio, que para no molestaros con una doble enumeración os presentaré en forma de cuadro.

#### CUADRO DE LAS DIVERSAS ESPECIES Y VARIEDADES DEL ERITEMA.

1.° Parasitario.....	Zoonparasitario.....	{ El que acompaña ó puede acompañar á los demás efectos físicos ó mecánicos del sarampion en la piel humana. El que sigue á la introducción de la pulga penetrante de América, bajo la piel humana.
	Phytoparasitario (constrifugo, es- céntrico, etc.).....	{ El que precede al desarrollo del herpes taurante y del favus. El que acompaña ó puede acompañar á estas dos tífis.
	Pseudo-parasitario, producido por las picaduras de los pseudo-parásitos. Fogor, consecutivo á una presión brusca. Paratrimo simple, consecutivo á una presión lenta y continuada. Pterio simple, producido por el frío. Solar, efecto de la acción del sol. Calórico, primer grado de la quemadura. Intertrigo simple, consecuencia del roce de dos superficies cutáneas. Provocado por los irritantes tópicos, como la mostaza, caustida, etc. Leve ó liso, efecto de la distensión de la piel edematosa. Mamario, efecto de la succion repetida de la mama. Ab ingestis, efecto patológico de la ingestión de ciertos pescados ó mariscos. Acrodinico, manifestación de la acrodinía. Provocado por algunos medicamentos, como el copálba y el yodo.	
2.° Artificial.....	Local.....	{ Congénito circunscrito ó nevus maculosus vascularis. Congénito difuso ó varicoso. Accidental y por congestiones repetidas de una parte de la piel. Idiopático ó pseudo-exantemático. Paratrimo adinámico, puerperal y tifoides. Consecutivo á las neuralgias. Precursor de los exantemas ó fiebres eruptivas.
	General.....	{ Iniciador de los exantemas..... { Sarampionoso. Escarlatinoso. Varioloso.
3.° Espontáneo ó de causa interna.	Pelagroso, Sifilitico.....	{ Pápulo-tuberculosos. Nodoso. Marginado. Intertrigo crónico. Gutoso.
	Reumático.....	{ Pernia crónica. Lupus eritematoso. Indurado. Areal de las úlceras y abscesos escrofulosos.
	Escrofuloso.....	{ Circinatum lividum, marginatum lividum.
	Escorbútico.....	{ Precursor de las herpétides agudas. Precursor del psoriasis.
	Herpético.....	{ Leptosis, que acompaña á los brotes febriles de las manchas y tubérculos. Canceroso, que precede á la ulceración de los tumores encefaloideos.



Como veis por el cuadro que acabo de leeros, el eritema es una de las lesiones más comunes en la patología cutánea, y como tenemos casualmente en la enfermería varios tipos de naturaleza diversa, podreis compararlos prácticamente y aprender bien el diagnóstico diferencial, si no de todas, de la mayor parte de las especies.

El *eritema pseudo-exantemático* es, sin embargo, el objeto principal de esta conferencia, y sólo con el pretexto del diagnóstico hablaremos de los restantes.

Teneis en la enfermera de la Sala de mujeres, que habeis podido ver estos días en su cuarto, un bello ejemplo de esta especie de eritema, no admitida ó inapercibida para Bazin y todos los demás autores contemporáneos.

La enfermera es una joven de 18 á 20 años, bien reglada, escrofulosa en su niñez, pero á la sazón robusta y de buena salud.

Hace seis días, y estando con el periodo menstrual, debió enfriarse andando sobre el suelo mojado, y suprimiéndose repentinamente el flujo, sobrevinieron escalofríos, cefalalgia y dolores generales confusivos, precursores de una fiebre de moderada intensidad. Al día siguiente de la invasión, toda la mitad superior de su cuerpo, pero especialmente la espalda y los hombros, estaba cubierta de un eritema difuso, parecido á esa congestión cutánea ó á ese eritema que precede al brote de los verdaderos exantemas.

La presión del dedo hacía desaparecer la coloración rosada de la gran mancha congestiva, cuya intensidad variaba según el sitio. La forma de este eritema, que cubría como un chalco de mangos todo el pecho y los brazos, era irregular, con varias prolongaciones al vientre y varias escotaduras en los lados del pecho. El color de la piel estaba aumentado, pero no había dolor, picazón ni tumefacción en ella. La fiebre fué decreciendo en el segundo día, terminando ántes de las cuarenta y ocho horas. El eritema fué disminuyendo en extensión y en coloración, y desapareció un día después, sin desamación ni otro fenómeno digno de notarse.

Al cuarto día visteis á la enferma levantada y en buena salud. Tal es la sintomatología y el curso del eritema idiopático ó pseudo-exantemático.

Comparadle ahora con los demás eritemas que ántes habeis visto ó que existen en la enfermería en la actualidad, y vereis por las grandes diferencias que los separan, el camino seguro de su

DIAGNÓSTICO.—Para establecerle con precisión conviene que sigamos el plan que hemos adoptado.

1.ª *Diferencias que separan al eritema pseudo-exantemático de los eritemas parasitarios.* Algunos eritemas de esta especie habeis tenido ocasion de observar en la enfermería. En las sarnas antiguas, y entre los granos de diversa forma que cubren la piel, habeis observado manchas rojas, de tamaño variable entre una y varias pulgadas, de forma

irregular y que desaparecen por la presión. Estos eritemas, que á veces se gradúan convirtiéndose en erisipelas y hasta en flemones, que van acompañados de picazón y de los demás síntomas de la sarna, no pueden confundirse con el eritema simple, fugaz, febril, extenso y generalizado que acabamos de describir entre los pseudo-exantemas.

A los fenómenos inflamatorios que provoca la pulga penetrante de América, precede un eritema, localizado generalmente en los pies de los negros, y que casi nunca se observa en los blancos que van calzados; á la implantación debajo del epidérmis de los esporos del trichophyton, sigue un eritema circinado, anular ó nummular, que luégo sana en el centro y se extiende por la circunferencia, por lo que se le ha llamado *centrífugo*; á la salida del achorion á la superficie cutánea constituyendo el fovo, precede un eritema mucho más pequeño que el centrífugo del herpes tonsurante, y al rededor de las placas de ambas fiñas habeis visto otros eritemas coincidentes, irregulares, pequeños, efecto de la picazón, ó mejor dicho, de las uñas que tratan de mitigarla; pero ninguno se parece al pseudo-exantemático, y todos van acompañados de erupciones polimorfas, y sobre todo de parásitos animales ó vegetales, perceptibles á simple vista ó con el microscopio.

2.ª *Diferencias que separan al eritema pseudo-exantemático de los eritemas artificiales.* El eritema pseudo-exantemático se distingue fácilmente del pseudo-parasitario producido por la pulga, el chinche y otros pseudo-parásitos que pueden recorrer la superficie cutánea, por la sensación de picadura que á ésta precede, y por estar constituido ó presentarse en forma de pequeñas manchas redondas y discretas ó diseminadas, en cuyo centro se percibe un orificio ó un punto oscuro, y no dar lugar nunca por sí sólo á fenómenos generales.

El eritema *fugaz* que determina una presión brusca, es una mancha acintada que circunda una parte del cuerpo, que pica y está colocada en una piel arrugada, como todos habeis podido observar debajo de las ligas apretadas, de los cintos del refajo ó del cinturón de las mujeres, y en cualquier otro punto que á voluntad circundeis con una cuerda durante algún tiempo. Semejante anillo ó zona eritematosa, que desaparece á las pocas horas de alejar la causa, ni determina fenómenos generales, ni se parece en las demás condiciones al eritema idiopático.

El que nosotros llamamos *paratrimo simple*, producido por la presión lenta y continuada de un punto declive del cuerpo, se presenta como el paratrimo adinámico, en la piel de la región sacra ó de los trocánteres; es fugaz si desaparece la causa, pero no tanto como el que determina la presión brusca, y ni por su larga duración, ni por el sitio que ocupa, ni por la inmovilidad de su curso, puede confundirse con el pseudo-exantemático.

El frío por sí sólo, y á poco fatigismo que haya en un sujeto, puede determinar en los puntos del cuerpo más distantes del centro circulatorio un eritema que vulgarmente se conoce con el nombre de *sabañon*, y en la ciencia con el de *Pernio simple*, para diferenciarlo del *pernio escrofuloso* de que luego hablaremos; pero la intensa picazon que le acompaña, el sitio ó los sitios que ocupa y su limitada extension, le distinguen facilmente.

El eritema *solar* cubre la piel de los sitios descubiertos como la cara, el cuello, las manos, y en ciertas profesiones otros puntos del cuerpo; su color es rojo oscuro ó moreno; produce una sensacion de escozor, y termina en pocos dias por descamacion. Cuando se reproduce muchas veces porque la causa persiste, aumenta considerablemente el pigmentum cutáneo, como sucede en los trabajadores del campo, y todos habeis visto el color moreno oscuro á que dá lugar.

El eritema *calórico* es el primer grado de la quemadura: basta para producirle el contacto ó la aproximacion por breves instantes de un cuerpo en combustion ó á una temperatura que no llegue á 100°, porque á ésta se determinan ya sobre él las ampollas ó *biftenas* del *pénfigo*; su color es rojo intenso: el escozor doloroso que le acompaña es mucho mayor que en el *solar*, pero ninguno de ellos puede confundirse con el *idiopático*, por su limitacion y por sus sensaciones locales tan diferentes en intensidad á las poco apreciables de éste.

Conócese con el nombre de *Intertrigo simple* á un eritema húmedo que ocupa los grandes pliegues cutáneos, como habeis todos podido observar en las ingles de los niños ó de las mujeres obesas. Tambien en éstas se presenta debajo de las mamas y en los sobacos. En los niños de pecho se atribuye generalmente á la accion irritante de los orines ó del excremento, y en las mujeres al sudor; pero además de estas causas importantísimas hay una que no debe olvidarse, y es el roce de las dos superficies cutáneas. El color de este eritema es rojo-oscuro, uniforme en toda la extension que ocupa, aunque siempre algo más intenso en el fondo del pliegue. Su forma es ovalada, ó la de dos segmentos pequeños de un círculo grande unidos por el pliegue que le servira de eje, y cuando se excita, frota, lava ó unge con grasas exuda una serosidad de olor rancio y repugnante ó se convierte en un verdadero *eczema*. Estos últimos caracteres y el sitio que ocupa, bastan para diferenciarle, no sólo del eritema pseudo-exantemático, sino de todos los demás.

La *acrotinia*, frecuente en algunos pueblos de España y confundida casi siempre con la *pelagra*, dá lugar á un eritema que tiene por principal y distintivo carácter el ocupar las palmas de las manos y una duracion mayor que la de todos los eritemas artificiales referidos.

El eritema *mamario*, llamado así porque rodea la aréola del pezón, le habeis visto en las nodrizas que crían por vez

primera, y depende de la succion repetida y de la humedad salival constante que empapa la parte; es duradero, doloroso, se agrieta á veces y precede á los pelos y postemas superficiales de la glándula mamaria; su forma anular y el sitio en que se presenta le distinguen de los demás y nos indican su causa.

Conócese en la ciencia con el nombre de *eritema ténue, leve ó fiso* á la mancha rojo-intensa que se presenta en las piernas de los hidrópicos, efecto de la dificultad de la circulacion por la presion que la serosidad ejerce en los capilares cutáneos, ó de la inflamacion pasiva que precede á la rotura del epidermis y desague del liquido infiltrado.

El carácter principal de este eritema es, además del sitio que ocupa y circunstancias que le acompañan, la *tersura* y *tenuidad* de la piel sobre que descansa, que se presenta siempre á nuestra vista sin arrugas ni surcos, estirada, brillante y reluciente.

Su duracion es larga, porque no desaparece, sino que más bien aumenta cuando la piel se agrieta y la serosidad fluye, y sólo cede y termina cuando la hidropesia se cura ó el enfermo entra en la agonía.

Los eritemas *provocados indirectamente* por la ingestion de ciertos alimentos ó medicamentos, así como los *provocados directamente* por la aplicacion de tópicos irritantes son muy numerosos y conocidos por todos vosotros.

El eritema *ab ingestis*, depende de igual causa que la urticaria del mismo nombre y es, tal vez, la misma enfermedad detenida en su evolucion.

La indigestion de los mariscos y pescados azules, la accion irritante de los picantes, fiores y salazones puede dar lugar á entrambas dolencias independiente ó simultáneamente. Este eritema puede generalizarse, pero se distingue del pseudo-exantemático por la picazon que le acompaña, los fenómenos de indigestion que le preceden y la rapidez de su desaparicion á beneficio de un emético ó de un purgante.

Los eritemas *provocados por el uso interno del yodo* ó del *copaiba* son parecidos al anterior por su tendencia á convertirse en urticarias á poco que se continúe con dichos medicamentos ó se aumente su dosis.

El *copahibico* tiene un color rojo encendido, pica mucho y se presenta en placas diseminadas por el tronco, cara y brazos sobre las que se desarrollan facilmente pápulas ó *halones*.

El *yódico* es más diseminado, pica ménos que el anterior, va acompañado de constriccion de garganta y otros fenómenos del yodismo y suele preceder á tubérculos de *écne*; pero ninguno de estos eritemas provocados puede confundirse con el *idiopático* cuyos caracteres es son ya bien conocidos.

Los eritemas *provocados por la aplicacion de tópicos irritantes* son muchos porque muchas son las sustancias que pueden determinarlos, pero las más principales son la mostaza y la cantárida.



Todos conocéis los efectos primero rubefacientes (ó eritematosos) y después vesicantes de estas sustancias, y no nos detendremos, por lo tanto, á especificar sus caracteres diferenciales.

Pasemos ya al estudio diagnóstico del tercer grupo que admitimos en los eritemas.

3.ª *Diferencias que separan al eritema pseudo-exantemático de los demás eritemas espontáneos ó de causa interna.* Según el cuadro que os leímos hace un momento y que no es posible que hayais olvidado, los eritemas de causa interna ó espontáneos pueden depender de una causa local, general, ó constitucional.

Los de causa local pueden ser congénitos ó accidentales.

Los congénitos pueden ser circunscritos ó difusos.

Causa interna local significa para nosotros un estado anómico anormal de la parte enferma, y refiriéndonos sólo al eritema, una dilatación vascular, arteriectasia ó pteleangiectasia cutánea, efecto de trastornos de la nutrición y desarrollo del feto durante su vida intrauterina, ó resultado de repetidas congestiones circunscritas que han llegado á determinar la hipertrofia de los capilares en una región de la piel.

Los *nevus maculosos vasculares*, que no debéis confundir con los nevus pigmentarios, son esas manchas rojas circunscritas y algo elevadas que el vulgo llama anteojos, los cuales unas veces se quedan estacionarios y otras se convierten en verdaderos tumores vasculares.

Este *eritema congénito circunscrito* que todos habéis visto repetidas veces, tiene por carácter principal la permanencia durante toda la vida del individuo. Lo mismo podemos decir del *eritema varicoso difuso*, dependiente, como su nombre lo indica, de un estado de dilatación de las venas y de los capilares venosos de la piel de un miembro ó de un lado del cuerpo, del cual tenéis un ejemplo en un distinguido y joven médico que el año anterior ha honrado nuestras lecciones con su asistencia.

Finalmente, las congestiones repetidas de la cara en las mujeres, de las manos en los jugadores de pelota, etc., pueden determinar un eritema crónico y permanente por causa local; pero ni éste ni los anteriores podrán confundirse nunca, atendiendo á los caracteres dichos, con el eritema idiopático ó pseudo-exantemático que nos está ocupando.

Los *eritemas espontáneos de causa interna general* son además del pseudo-exantemático, el paratrimo adinámico, puerperal y tifoideo, el pre-exantemático, el exantemático y el consecutivo á ciertas neurosis.

El *paratrimo adinámico ó eritema por decubito* se presenta en el último periodo de todas las enfermedades crónicas que obligan al enfermo á permanecer en la cama y le conducen al borde del sepulcro, ó dentro de él, después de un periodo más ó menos largo de adinamia de enfriamiento ó de marasmo. Tiene un color rojo crispelatoso, ocupa general-

mente las regiones sacro-coxígea ó trocánteras, es doloroso, y la presión del dedo deja una huella blanca muy notable que desaparece con rapidez; precede y después acompaña y rodea á las úlceras por decubito que todos conocéis. La presión continuada, la falta de tejido celular adiposo en la piel que rodea los huesos y el contacto del orin ó del excremento son causas poderosas que pueden auxiliar á la adinamia para sostenerle, pero que por sí solas no le determinan.

Su curso es por otra parte tan lento ó tan crónico que no puede confundirse con el que hoy nos sirve de tipo.

Lo mismo sucede con los eritemas que sobrevienen en el curso de las fiebres graves puerperal, tifoidea, etc.

En estas enfermedades hay además de la adinamia una infección de la sangre, y sus eritemas muy parecidos al paratrimo ya descrito no necesitan de la presión lenta para desarrollarse, y así los vemos no sólo en las regiones comprimidas, sino en diferentes puntos del cuerpo, ya tomando un carácter fúgax y ambulante, ya precediendo á flemones supurantes gravísimos ó á úlceras que se hacen gangrenosas.

Los eritemas de causa interna general que más pueden confundirse con el pseudo-exantemático son los que preceden al brote eruptivo de los verdaderos exantemas, y aquí conviene que hagamos una advertencia ó distinción para que nos entendamos.

Al segundo ó tercer día de la fiebre inicial de los verdaderos exantemas, sarampion, viruela y escarlatina, se congestiona y pone rubicunda toda la piel del enfermo, y como semejante estado congestivo es en realidad un eritema difuso, nosotros le llamamos *pre-exantemático ó precursor de los exantemas*; pero 24 ó 36 horas después, aparece en estas fiebres la erupción característica, que aunque más tarde llegue á ser pústula en la viruela, siempre empieza por ser mancha congestiva.

Estas manchas congestivas, pequeñas, discretas, ó confluentes, siempre distintas ó aisladas constituyen el eritema que nosotros llamamos *exantemático ó iniciador de todos los exantemas*.

De ambos eritemas, sólo el *pre-exantemático ó difuso* es el que puede confundirse con el idiopático por su extensión coloración y fugacidad, pero el carácter y prodromos de la fiebre son suficientes para establecer el diagnóstico.

Los eritemas constitucionales ó de causa interna constitucional cuya importancia clínica es bien conocida de todos, presentan caracteres positivos suficientes para hacer el diagnóstico.

El *pelagroso* ocupa el dorso de las manos y puede ocupar además los puntos descubiertos del cuerpo á donde llegue la acción de los rayos quínicos del sol, como la cara, el cuello, las piernas ó el dorso de los pies en los que gastan alpargatas, etc., y cualquier otro sitio que la rotura de la camisa ó de la ropa deje incidentalmente al aire libre; es rojo-oscuro

moreno y achocolatado, determina grietas y costras negruzcas, y una sensación especial de ardor y de hormigueo; va acompañado de los fenómenos cerebrales y gastro-intestinales que caracterizan á la pelagra, y termina por esfoliación dejando ver debajo la cicatriz pelagrosa, ó sea esa mancha rosada de superficie lisa, brillante y reluciente que parece la cicatriz de una extensa y superficial quemadura y que habéis visto numerosas veces en la enfermería.

El *eritema sífilítico*, admitido por unos y negado por otros, existe sin embargo, y de él tenemos un bello ejemplo en nuestro Atlas en la 1.ª ó 2.ª lámina del grupo de sífilides agudas ó exantemáticas á cuya observación os remito para su diagnóstico y descripción.

El *eritema reumático* tiene diversos modos de manifestación que conviene que conozcáis.

El primero es el que se conoce con el nombre de *pápula-tuberculoso*, y consiste en una ó varias manchas circunscritas del tamaño de medio á un duro, de un color rojo-oscuro, de bordes festoneados, con elevaciones papulosas ó tuberculosas esparcidas en su superficie que desaparecen dejando una mancha acardenalada más oscura que la del eritema en que salieron. El curso de este eritema es lento y crónico, y las molestias que ocasiona, ligeros pinchazos que se aumentan con el cambio de estación, es decir, con el frío y con la humedad. Se presenta en los sujetos predispuestos por su constitución ó por la herencia al reumatismo.

El segundo es el *eritema nudoso*, manifestación admitida ya como *reumática* por todos los patólogos.

Este eritema, que va precedido de fenómenos generales febriles y á veces de dolores articulares, se presenta generalmente en las piernas en los muslos y más frecuentemente en la cara anterior de la rodilla de un solo lado del cuerpo, y está constituido por una mancha rojo-violada de bordes difusos y no elevados, de forma ovalada y de un diámetro variable entre una y tres pulgadas, en cuyo centro se eleva un abultamiento ó nudosidad algo dolorosa que dá á la presión del dedo una sensación como la que daría una sustancia sólida en unos puntos, y en otros semi-líquida, profundizando todas las capas de la piel incluso el tejido celular subcutáneo.

El *eritema marginatum*, que es el tercer modo de presentación del reumatismo cutáneo, se parece algo al anterior por el color rojo-vinoso ó violado de las manchas, por su tamaño y por el sitio que ocupan; pero carece de la nudosidad central, y sus bordes algo elevados sobre la piel limitan ó circunscriben perfectamente la enfermedad.

Cuando esta placa eritematosa está sana en el centro y simula la forma de un anillo, este eritema se llama *circinnatum*.

El *eritema gotoso*, habreis podido observarle en esta enfermedad rodeando el dedo grueso del pié y á veces la muñeca el metacarpo ó el metacarpo; tiene un color rojo-intenso erisipelato;

es tan sensible ó doloroso á la presión que no permite el enfermo que se le toque, y puede ser fugaz y metastático de un modo brusco, cosa que no se observa en los demás eritemas reumáticos.

Finalmente, Bazin, que no habla del eritema gotoso, admite un quinto modo de manifestación del reumatismo cutáneo que nosotros no hemos visto, ó hemos creído un *eczema rubrum*, mejor que un intertrigo; pero este ilustrado dermatólogo lo considera como eritema porque ocupa los pliegues cutáneos, á pesar de tener un color muy subido, dar lugar á inflamaciones dérmicas pustulosas y ánn *furunculosa*, y á dolores y pinchazos que estorban el movimiento de la parte.

De todos modos, ninguna de estas especies de eritemas puede confundirse por su cronicidad y limitación con el agudo idiopático ó pseudo-exantemático que sirve de objeto ó de pretexto á esta conferencia.

El *eritema escrofuloso* tiene como el anterior varios modos de manifestarse: el primero y más principal se conoce con el nombre de *sabañon* ó *eritema pernio-crónico*, caracterizado, como todos sabéis, por su picazón, por ocupar los dedos, las orejas, el extremo de la nariz, y en una palabra los puntos más distantes del centro circulatorio; por su cronicidad, por el aumento de volumen ó elevación de la piel afecta y por su tendencia á la ulceración fungosa y corrosiva.

El *lupus eritematoso* es también una manifestación de la *escrófula cutánea*; ocupa casi siempre la cara y con preferencia la nariz ó la boca.

El infarto cutáneo indolente, la coloración rosada, la difusión de la mancha, la cronicidad, el infarto de los ganglios próximos y la tendencia á crecer por brotes semi-erisipelatosos mensuales ó bimensuales, caracterizan á este eritema muy frecuente en la segunda infancia.

El *eritema* que se ha llamado *indurado*, sólo se diferencia del anterior por la mayor dureza, el infarto sobre que descansan y por ocupar el cuerpo y no la cara como el *lupus eritematoso* (Elefantiasis de los Árabes).

Finalmente, al relexor de los focos de supuración ó de los abscesos dérmicos escrofulosos se determina en la piel una mancha congestiva de un color rojo encendido muy parecido al de la erisipela, pero indolente y sin aumento de volumen de la piel: es el *eritema areolar* de las úlceras escrofulosas, que dura tanto como ellas y se distingue fácilmente por esta circunstancia de todos los anteriores.

La limitación ó circunscripción de los diversos eritemas escrofulosos, la lentitud de su curso, su tenacidad, la induración sobre que descansan y las coincidencias morbosas que les acompañan, son caracteres suficientes para distinguirlas del eritema idiopático ó pseudo-exantemático que nos ocupa.

El *eritema escorbúlico*, del cual tenemos un bello ejemplo en nuestro Atlas, se presenta como el reumático, tomando la forma marginada ó circunada, con los bordes perfectamente



limitados y distintos de la piel próxima; pero mientras el reumático es único, el escorbúico es múltiple y como generalizado; así que, en la enferma que sirvió de motivo á la lámina, pudisteis ver algunos de vosotros placas eritematosas numulares en unos puntos y circinadas ó anulares en otros; no sólo en las piernas y muslos, sino en los brazos, en el pecho y en el cuello.

La afección es dolorosa en los primeros días de su aparición, no rolea las articulaciones, forma verdaderos equínosis ó enormes manchas de púrpura en las extremidades inferiores cuando el enfermo anda mucho ó está largo tiempo en posición vertical y su coloración es mucho más livida que la de los eritemas reumáticos.

Por esto los hemos denominado *circinatum lecidum* y *marginatum lecidum*; pero hay además otros caracteres que pueden diferenciarlos de los eritemas reumáticos, y son la reproducción ó el nuevo brote de las manchas al poco tiempo de su desaparición, mientras que en el reumatismo el eritema es fijo, y cuando desaparece tarda mucho tiempo en volver á presentarse; la coincidencia de los demás síntomas característicos del escorbuto tan diferentes de los del reumatismo, y el buen resultado que en ellos dan los medicamentos tónicos y excitantes que tanto perjudican en los reumáticos.

Por todos estos síntomas es también fácil que distingáis las escorbúides eritematosas del eritema pseudo-exantemático cuya fugacidad y benignidad hace innecesario todo género de tratamiento.

El *herpetismo* no dá origen en realidad como manifestación propia y constituyendo especie morbosa al eritema, pero todas las *herpétides* agudas y alguna crónica como el psoriasis, principian su evolución por una mancha congestiva.

El eritema precursor de las *herpétides agudas*, se presenta bruscamente y acompañado de picazon y de calor en el sitio en que aquellas han de aparecer; tiene un color rosado intenso, sus bordes no son limitados sino difusos, su forma es irregular y su duración breve, pues á las pocas horas de existencia es sustituido por la erupción herpética.

El *eritema precursor del psoriasis* se presenta en forma de pequeñas manchas puntucladas que en algunos días crecen hasta tener el diámetro de dos ó tres líneas, redondas, de un color rojo-cobrizo parecido al de las sífilides; estas manchas circulares diseminadas por todo el cuerpo ó limitadas á los miembros y dorso de las articulaciones (codos y rodillas) disminuyen poco en su color por la presión y no molestan, ó pican muy ligeramente por las noches; al cabo de algunos días se forma sobre ellas la escama característica del período de estado de la enfermedad.

Como veis, tampoco puede confundirse el *herpetismo* eritematoso con el eritema idiopático ó pseudo-exantemático, por venir al poco tiempo á presentarse sobre aquél erupciones diversas que en éste nunca aparecen.

La lepra dá lugar rara vez á manchas congestivas, pero en sus primeros brotes maculosos nadie puede dudar que se trata de eritemas y no de inflamaciones ó hiperplasias cutáneas.

A veces precede al nuevo brote de las manchas ó de los tubérculos un movimiento febril intenso acompañado de una congestión cutánea generalizada, que pudiera tomarse por un eritema pseudo-exantemático si no durase mucho más tiempo y si no fuera seguido del brote eruptivo maculoso ó tuberculoso hiperestésico que caracteriza á la lepra.

Hay además en los eritemas leproso una tumefacción cutánea deformante un color leonado una sequedad falta de lustre y un plegamiento cutáneo, que bastan para distinguir al *eritema leproso* de todos los demás.

Para concluir con el diagnóstico del eritema pseudo-exantemático y con la enumeración de todas las especies de eritema conocidas, réstanos decir dos palabras sobre el *eritema canceroso* que se presenta en la piel que cubre los tumores encefaloideos próximos á ulcerarse.

Su color es rojo-violado, y á la presión del dedo dá la sensación del elema cálido, disminuyendo sin embargo ménos que en éste la coloración congestiva.

Su forma es irregular, sus bordes difusos y ménos coloreados, y va acompañado del tumor, en que todos nos fijamos, prescindiendo de la afección congestiva.

Terminando el estudio diagnóstico de los eritemas se pretexto de hacer el del idiopático ó pseudo-exantemático, pasaremos ya á los *juicios pronósticos y terapéuticos* de esta afección comparada también con todas las especies mencionadas.

El eritema *idiopático* es siempre leve, los fenómenos generales que le acompañan ligeros, fugaces y de poca importancia, desaparecen en algunas horas ó en un par de días, y la congestión cutánea se resuelve en poco más tiempo.

A no presentarse complicaciones ó coincidencias morbosas hasta hoy inservidas, pero posibles ó probables, la enfermedad es tan sencilla como feliz su término.

Comparad este curso rápido, esta duración breve y esta terminación espontáneamente favorable con el curso la duración y la terminación de los demás eritemas conocidos, y observareis notables diferencias que serviros podrán para confirmar el diagnóstico pre-establecido.

El grupo de los eritemas *parasitarios* presenta también en su pronóstico juicios clínicos favorables. Es verdad que no determinan como el eritema idiopático fenómenos generales, pero los locales pueden ser algo más duraderos y molestos y mucho más propensos á complicaciones por las afecciones cutáneas que con ellos se mezclan.

El grupo de los eritemas *artificiales*, aunque considerado en general es de un pronóstico leve ó poco grave; su duración, su terminación y su gravedad varían según las especies,

así que nada hay más fugaz que el eritema *pseudo-parasitario* ó el procedente de una presión ligera y brusca; pero no sucede lo mismo con el que se presenta en las piernas de los anasáquicos, con el *acrodinico* y con el *calórico ó solar*, los cuales van además acompañados en ocasiones de fenómenos graves que comprometen la vida del enfermo.

La insolación que determina un eritema puede también causar la meningitis ó la fiebre cerebral con todas sus consecuencias: el calor, dando origen á la quemadura y al eritema que es su primer grado, ocasiona dolores, y segun la extension del mal, fenómenos generales de diversa importancia y duracion; el anasarca que llega á producir el *eritema liso*, rara vez deja de matar al enfermo despues de largos padecimientos.

En los mismos eritemas provocados por tópicos irritantes ó por medicamentos excitantes, el pronóstico varia segun el tiempo que haya durado su acción local ó segun se aleje ó persista la causa.

El eritema determinado por un sinapismo aplicado durante diez minutos, es fugaz, y las molestias que ocasiona pasan pronto; pero si la acción de la mostaza dura el doble pueden venir complicaciones locales de mayor gravedad. El eritema urticado ó papuloso del copaiña, que tanta picazon origina y tanto susto promueve en los enfermos que no están prevenidos, desaparece en dos ó tres dias suspendiendo este medicamento; pero si en él insístimos persistirá y aumentará en extension y en la gravedad de sus síntomas.

El pronóstico de los eritemas *exantemáticos* ó de *causa interna* es tambien muy variable, segun sea su causa.

El de *causa local*, congénito ó accidental, no constituye enfermedad, sino lesion anatómica ó deformidad sin curso ni ulterior evolucion, es decir, que ni aumenta ni desaparece, y por lo tanto, aunque no tiene gravedad ni influye en la salud, es permanente é incurable.

En los de *causa general* hay uno tan leve y fugaz como el *pseudo-exantemático*, y otros tan graves como el *parotímico adinámico*, *puerperal* ó *tifóideo*, y algunos fugaces, sí, pero precursores de enfermedades ó fiebres eruptivas que pueden llegar á ser mortales ó peligrosas.

Lo mismo puede decirse de los eritemas dependientes de *causa constitucional*.

El *pelagroso* de la primera época ó periodo de la pelagra dura uno ó dos meses segun el tratamiento ó la persistencia de acción de su causa, y desaparece á la par ó antes que los síntomas internos de la enfermedad; pero el reproducido, el que acompaña al segundo periodo, es más persistente y coincide con los fenómenos gravísimos cerebrales y gastro intestinales que matan al enfermo.

El *sifilítico* dura quince, veinte ó más dias é indica una intoxicación violenta cuya gravedad puede ser mucha.

El *reumático* en la mayor parte de sus especies (*nudoso*

*pápulo tuberculoso, marginado*, etc.), es fijo, de larga duracion, de una tenacidad terrible para los remedios, de difícil curacion y se acompaña de otros accidentes reumáticos de mayor ó menor importancia.

La especie *golosa* es más fugaz; pero es metastásica, y su gravedad puede ser inmensa si sobreviene la repercusion y la gota visceral ó larvada.

El *herpético* como accidente *transitorio* carece de importancia porque la trasmite á la erupcion que le sigue de un modo inmediato.

El *escrofuloso* es siempre grave por su duracion y por los trastornos locales que en la piel determina siquiera no peligro por él solo la vida del paciente.

El *sabañon*, con su tendencia á ulcerarse, su picazon y demás molestias, tiene una duracion muy larga; el *lupus eritematoso* la tiene mayor todavia y desfigura el semblante haciendo sufrir moralmente á los enfermos; el *indurado* indica hiperplásias de difícil resolucion y el *areolar* permanece estacionario tanto tiempo como las ulceraciones que rodea. Todos pueden curarse, pero difícil y lentamente.

El *escorbútico* es muy rebelde duradero y tenaz, recidiva fácilmente y puede ser muy grave en estos casos, no por sí, sino por la enfermedad que representa.

El *leproso* pasa pronto, y su importancia clinica consiste en que nos indica un nuevo brote de tan cruel enfermedad.

Finalmente, el *canceroso* es siempre funesto porque precede y acompaña á los encefaloides ulcerados que como todo el mundo sabe tienen una terminacion; la muerte.

Ved, señores, cuánta y cuán distinta es la importancia pronóstica en una misma lesion cutánea siendo diferente la causa productora, y reparad que las modificaciones sintomáticas que en las lesiones produce la naturaleza del mal, no sólo modifican á su vez los juicios pronósticos, sino los más importantes para el enfermo, que son los terapéuticos.

¿De qué sirve para éstos conocer el sitio del mal, si ignorando la naturaleza y la causa del mismo no sabremos nunca curarle?

El *tratamiento del eritema idiopático*, por ejemplo, es sencillísimo: basta la quietud, la higiene de la cama y alguna bebida diluyente para que desaparezca con rapidéz; pero esto no es suficiente en los demás.

En los *parasitarios* es preciso *matar*, y *eliminar el parásito* despues de muerto, calmando la excitacion cutánea consecutiva con los tópicos emolientes pulverulentos, las lociones, los baños, etc.

En los *artificiales* hay tambien que alejar la causa ó combatirla segun la especie, llenando además las indicaciones secundarias que se presenten.

Basta abuyentar ó destruir los pseudo-parásitos que recorren nuestro cuerpo para que por sí solos desaparezcan las *picaduras eritematosas* que indican su presencia; lo mismo



sucede con el *eritema paratino simple*, efecto de una presión brusca, que también termina espontáneamente separando la causa; pero los demás siguen un curso evolutivo poco durable aunque esto se verifique.

El *solar* y el *carbúnculo* pueden exigir tópicos emolientes pulverulentos y los remedios internos que el estado general del paciente nos indique. Estos mismos tópicos (polvos de arroz, almidón, etc.), convienen en los provocados por sustancias irritantes ó por alimentos y medicamentos excitantes, y en muchos casos habrá necesidad además de usar los purgantes, la dieta y los diluentes para combatir la indigestión.

En el *pernio simple* os véreis obligados á restablecer el fácil curso de la sangre detenida en los capilares por el frío, y ya con las fricciones de nieve ó de sustancias alcohólicas ó etéreas, ya con los baños locales calientes, podreis llegar á conseguirlo.

Separad en el *intertrigo simple* las dos superficies cutáneas eritemadas que se rozan, prohibid que las laven ó que las unten con grasas, evitad el que á ellas lleguen los líquidos excretados, espolvoreadlas con harina de arroz, de trigo, de almidón, de patata, etc., y le hureis desaparecer rápidamente.

En cambio no os molesteis en combatir localmente el *eritema liso* de las piernas de los hidrópicos: la compresión graduada que puede mejorarle es tal vez perjudicial para el enfermo. Buscad la enfermedad en el corazon, en el hígado ó en los riñones, y dominadla si podeis, que este será el más conveniente para el eritema y para el enfermo.

En los *eritemas espontáneos* ó de causa interna son todavía más variables los remedios que se necesitan emplear.

En los de *causa local*, como son los *necros vasculares*, lo mejor es no hacer nada, pues aunque se han recomendado las inyecciones de la vacuna ó del tártaro estibiado y algunos llegan á extirpar la piel afectada, el remedio es de más importancia y gravedad que lo que exige un ligero defecto ó estado varicoso de unos cuantos capilares cutáneos.

Al lado del *eritema pseudo-exantemático* cuyo tratamiento es tan sencillo, forman en la llave de los eritemas de *causa interna general* los *exantemáticos* y los *adintámicos*: los primeros deben ser tratados por el abrigo y con los sudoríficos para hacer que se trasformen pronto en la erupción definitiva; los segundos exigen el tratamiento de la adinamia ó de la fiebre de infección sin olvidar los tópicos que tiendan á impedir la compresión de los puntos débiles ó eritematosos y el contacto de los tejidos y sustancias excrementicias que pueden convertirse en ulceraciones de mal carácter.

El tratamiento de los eritemas espontáneos de causa constitucional es algo más complicado que el de los anteriores; en todos ellos hay que combatir la causa por remedios que varían mucho segun la época del mal ó las condiciones del enfermo, pero además, los tópicos que pueden emplearse son muy numerosos y de una importancia notoria.

En el *pelagroso*, los baños generales templados y la alimentación azoada base de su terapéutica, pueden auxiliarse con las pomadas de calomelanos y de bismuto que hacen descamar y resuelven el eritema en pocos días.

En el *sifítico* no es necesario ningún tópico sino preservar la parte enferma de los agentes exteriores y combatir ante todo con los mercuriales la enfermedad, en la que no son más que un síntoma iniciador de los llamados accidentes secundarios.

El plan mejor que puede seguirse para combatir las diversas especies de eritema escrofuloso consiste en el uso interno del proto-yoduro de hierro y los tópicos resolutivos ó excitantes, entre los cuales preferimos la tintura de yodo y el aceite de enebro: el aceite de hígado de bacalao ferruginoso, la tintura de yodo en el vino de las comidas, el fosfato de hierro y el cloruro de hario, pueden ser sucedáneos del yoduro ferruginoso, y unidos á una alimentación reparadora y al uso del vino de Jerez combatir felizmente la congestión cutánea escrofulosa; las pomadas y polvos astringentes de bismuto, de tanino ó de óxido de zinc, las lociones con el agua de breva, con el cocimiento de hojas de nogal y mejor las yodo-fenicasas, pueden también sustituir en ocasiones con alguna ventaja á los tópicos anteriormente indicados.

Los eritemas *reumáticos* son, aunque curables, los que más se resisten al tratamiento racional; sin embargo, el uso del bicarbonato de sosa primero, y después el del yoduro potásico, pueden triunfar de la enfermedad auxiliado este plan de los baños minerales clorurado-sódicos y de algunos tópicos resolutivos como la tintura de yodo y el aceite de enebro ya mencionados para el escrofuloso.

El *escorbuto* exige para tratar convenientemente todas sus manifestaciones incluso el eritema *livido marginado* ó *circinado*, un aire seco y puro, poca presión atmosférica, alimentación reparadora, el uso de vinos ricos en alcohol y algunos alimentos y medicamentos ácidos y excitantes tales como el limón, el rábano, el berro, la coquearia, etc., debiendo limitarse la medicación tópica á las unturas calmantes necesarias para disminuir el dolor (láudano, tintura alcohólica de belladona, bálsamo tranquilo, etc.).

Para concluir esta larga y monótona exposición comparativa del tratamiento de los eritemas, sólo nos resta añadir que los que acompañan á la lepra y al cáncer encefaloideos, deben olvidarse por el clínico, para ocuparse solamente de la enfermedad principal; en algunas ocasiones, sin embargo, tienen los tópicos fenicados una benéfica influencia sobre las dermatosis mencionadas.

Si nuestro estudio fuera puramente teórico y seneyótico, debiéramos concluir en este momento; pero siendo además clínico, y por lo tanto concreto, necesitamos recordarnos los enfermos que con diversos eritemas tenemos actualmente en las enfermerías, para que juzgueis por vosotros mismos de la mayor ó menor exactitud de nuestros asertos.

Un eritema solar, dos pelagrosos, seis ó siete pernios crónicos ó escrofulosos, dos lupus eritematosos, dos areolares de las úlceras escrofulosas, un paratrimo adinámico, uno liso complicado con pénfigo en un albuminúrico y varios parasitarios y pseudo-parasitarios, habeis tenido ocasion de ver en estos últimos días, y aun hoy mismo, en las cinco salas que están á nuestro cargo.

El caso de eritema solar es bastante curioso. El enfermo que ocupa la primera cama de la sala 8.ª, hombre de 50 años y de aspecto miserable tuvo precision de venir á pié á Madrid desde las Provincias del Norte en unos días de un sol abrasador, y al llegar al término de su viaje ingresó en nuestra sala por el ardor y el escozor que le producian las manchas eritematosas que cubrian sus manos. El eritema ocupaba el dorso de las dos, y por esto y por el color oscuro del epidermis se parecia mucho al pelagroso. La enfermedad, sin embargo, habia empezado con una ligera fiebre dos días antes, la parte enferma se hinchó, y al verle nosotros el día de su entrada en el Hospital, no pudimos observar trastornos cerebrales ni gastro-intestinales de ninguna clase. En ocho días, y sin tratamiento alguno, habeis visto curarse en grandes placas todo el epidermis oscuro que cubria el eritema, quedando debajo la piel fina y blanca sin la cicatriz rosada y brillante que caracteriza á la pelagra. Hoy sale bueno y con alta, algo asombrado y tal vez murmurando porque no se le ha prescrito para su curacion ningun remedio tópico ni interno.

Los enfermos de sabaneas crónicas y ulceradas, están repartidos entre las salas 7.ª y 8.ª en número considerable. El Hospicio nos proporciona un contingente anual abundantísimo de esta clase de padecimientos.

Las pobres criaturas acogidas en este asilo benéfico, casi todas escrofulosas, medianamente alimentadas, y encerradas en un caseron cuando necesitan el aire puro del campo, padecen indefectiblemente al llegar el invierno el eritema pernio en las manos y en los piés. Sus dedos abultados como botos y amoratados no les sirven casi para su destino. La picazon que en ellos sienten al entrar en calor se convierte en dolor por el frio. La sangre estancada ó paralizada en su curso y los tejidos atónicos por distintas causas externas y principalmente por el escrofulismo del enfermo, dan lugar á ulceraciones corrosivas como las del lupus, y no es raro que el fúgadenismo en ellas se implante.

De todos estos periodos del mal teneis ejemplos en la enfermeria y en todos habeis podido comprobar que no son los *poleas de Mayo*, como dicen en nuestro país, ó los calores de la primavera, el único remedio que tienen; sino que en medio del crudo invierno se han curado rápidamente muchos con el tratamiento interno antiescrofuloso y tres ó cuatro tópicos de eficacia reconocida.

Estos remedios son el *aceite de enebros*, la *tintura* ó la

*pomada de yodo* y una mezcla en partes iguales de *alcohol y esencia de trementina*.

Los dos casos de lupus eritematosos se presentan, el uno en la cara de la niña que ocupa la cama núm. 10 de la sala 13, y el otro en las palmas de las manos de un niño de la sala 6.ª

Habeis reparado en la niña, que además del psoriasis circinado que padecer en los muslos, tiene su cara hinchada, el labio superior muy prominente, y todo con una coloracion rojiza, que parece mayor de lo que es en realidad por la palidez y anemia de la piel sana circunyacente; su aspecto es el de una *crispela crónica*, y no estamos lejos de pensar en la exactitud de semejante denominacion, al ver cómo vienen de vez en cuando las erisipelas agudas á intercalarse y modificar su curso siempre lento. El aceite de enebros localmente y el yoduro ferroso al interior darán cuenta de este eritema.

El del niño reside en las palmas de las manos desde hace muchos años. La piel de esta region, dura, tensa y rubicunda, ha determinado ya la retraccion ó flexion forzada de sus dedos, y la atrofia de las últimas falanges. Los toques en días alternos con la tintura de yodo y el uso interno del aceite de higado de bacalao ferruginoso le han procurado ya algun alivio en los pocos días que lleva de estancia en nuestra enfermeria.

En dos mujeres de la sala 12, con escrófula celular ulcerada en las regiones laterales del cuello, podeis estudiar el eritema areolar que tiñe los bordes despegados de las úlceras. Es de un rojo intenso y rodea en forma de cinta toda la superficie supurante: desaparece con la presion del dedo, y de indolente que era, se ha hecho muy sensible por el empleo de los tópicos yodados.

En las salas de Medicina de los Hospitales generales encontrareis muchos y buenos ejemplos de eritemas parasitarios adinámicos, y aunque es muy raro, en el nuestro hoy precisamente podeis observarle en el infeliz que ocupa la cama núm. 33 de la sala 8.ª. Entró este individuo en la enfermeria hace más de un año, con una hérpelo-sifilide pístulo-esca-mosa y una cistitis crónica, de la que va á morir. De algun tiempo á esta parte, la consunción y la fiebre lenta le aniquilan, y en sus regiones sacra y trocaterianas existe un eritema extenso, difuso, irregular, de un color rojo intenso, en el que se marcan las arrugas de las ropas de la cama y se notan pequeñas denudaciones cubiertas de escaras negruzcas y adherentes. Los polvos de almidon y de bismuto, la limpieza, los rodets de goma llenos de aire y algunos toques con el aceite de enebros, han evitado seguramente el que á estas fechas no existan ya úlceras por decubito; pero si el enfermo vive aún muchos días, que lo dudamos, se formarán á pesar de todos los cuidados. La alteracion de la sangre, la atonia de sus tejidos, la presion lenta y continuada sobre estos pun-



tos declives, la falta de tejido adiposo que pudiera almohadillar sus huesos salientes, y el contacto forzoso del sudor colicuativo y de las sustancias excrementicias con las indicadas regiones de su cuerpo, han provocado este eritema que le acompañará hasta el sepulcro.

Lo mismo sucederá con el eritema liso del núm. 4 de la sala 7.<sup>a</sup> Se presenta, como habeis podido observar, en las piernas abotargadas de este sujeto, que padece un pénfigo crónico reumático y una hipertrofia del corazon, originada tal vez por la misma causa. Pudiera creerse que este eritema fuera la base inflamada de alguna nueva flictena que quisiera formarse; pero su indolencia, la tersura, brillo y tirantex del epidérmis y la difusión de la mancha roja por la mitad inferior de la cara anterior de las piernas, cuya circulacion se halla entorpecida por la infiltracion serosa, nos hacen apartar de semejante idea.

Excuso hablaros de los muchos eritemas pseudo-parasitarios

que todos conocéis y que tanto abundan en los hospitales, que tienen por inquilinos forzosos á las pulgas y chinches á pesar de la más exquisita limpieza y de la mayor vigilancia.

Tampoco os detendré un momento más para fijar vuestra atencion en los infinitos eritemas parasitarios que habeis visto en el cuerpo de los sarnosos y en la cabeza de los tiñosos; pero permitidme que al concluir esta conferencia, os inculque nuevamente la idea de lo necesario que es en nuestra ciencia el conocimiento de la causa y naturaleza del mal, para poder emplear el tratamiento conveniente, tan distinto segun la especie ó variedad de una misma lesion cutánea.

En ningún otro ramo de la Medicina se comprende mejor que en el estudio clínico de la Dermatología esta gran verdad, que puede oponerse sin desventaja al conocido y tan celebrado dicho de los organicistas y localizadores intransigentes, que todo lo posponen al conocimiento del asiento ó del sitio de la enfermedad.

## LECCION SEGUNDA.

*De la roseola considerada en general. — Su definicion como lesion cutánea. — Sus caracteres. — Curso, duracion y terminacion. — Diagnóstico, pronóstico y tratamiento. — Su clasificacion y especies que admitimos. — De la roseola idiopática ó pseudo-exantemática. — Descripción y diagnóstico. — Diferencias que la separan de las fiebres eruptivas y de las demás especies de roseola. — Pronóstico y tratamiento de la roseola idiopática. — De la urticaria considerada como lesion cutánea. — Generalidades acerca de sus sintomas, su curso, sus causas, su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. — Clasificación y división de la urticaria. — Urticaria aguda ó pseudo-exantemática. — Sus caracteres. — Diagnóstico diferencial de la urticaria aguda. — Pronóstico y tratamiento de la misma.*

### SEÑORES:

Hoy vamos á ocuparnos de otras dos congestiones cutáneas distintas del eritema y caracterizadas por su difusión y generalización en toda la superficie cutánea.

No es de extrañar, atendiendo á este último carácter, que la *roseola* y la *urticaria*, afecciones á las que nos referimos, hayan sido incluídas por muchos clínicos entre las fiebres exantemáticas, y que áun hoy algunos las estudien al lado

de los verdaderos exantemas; pero la falta de fiebre en muchos casos, y el no ser contagiosas, ni inoculables, son datos suficientes para demostrar la necesidad de que formen en grupo aparte. Su fugacidad, sus recidivas y el poder ser determinadas por causas muy diversas que imprimen en ellas una *naturaleza distinta*, son asimismo caracteres diferenciales de verdadera importancia.

## ROSEOLA.

La *roseola* es una congestión cutánea casi siempre infebril caracterizada por manchas rosáceas, pequeñas, redondeadas, que desaparecen por la presión y terminan por resolución, y tan confluentes y numerosas que cubren una gran parte ó la totalidad de la superficie cutánea.

Se parece tanto al sarampión leve y benigno, que todos los días vereis errores de diagnóstico por fortuna sin consecuencias, pues la terapéutica de ambas dolencias es puramente especiente.

Así, cuando os digan que un niño ha tenido cuatro ó cinco veces el sarampión, creed firmemente que en tres ó cuatro se ha tratado de la *roseola*, afección no contagiosa y exenta de complicaciones.

SEGUNDA PARTE.

Las manchas de la *roseola* no se elevan á la simple vista del nivel de la piel; sólo pasando la mano ó el pulpejo de un dedo por encima, se percibe una ligera elevación ó aspereza; su forma es redondeada y sus bordes se confunden con la piel sana por debilitarse gradualmente su coloración; rara vez pasan del tamaño de un real de plata, y no es frecuente el que se amontonen formando placas grandes que escuratíneas á no tener la causa una intensidad ó constancia de acción poco comunes.

Algunas veces pican, otras van acompañadas de ardor ligero y fugaz; pero lo ordinario es que no originen molestia de ningún género y hasta puede la enfermedad pasar inapercibida si faltan los fenómenos de invasión ó los coincidentes



de la enfermedad ó causa constitucional que puede provocarla.

Batteman, coloca á la *roseola* entre las manchas y la estudia entre la urticaria y la púrpura; Cazenave, en las inflamaciones específicas agudas al lado de las fiebres eruptivas; Devergie llama dermatósis exantemáticas al eritema, á la urticaria y á la *roseola* y las estudia en este orden de colocación lo mismo que Gibert; Hardy no la admite ó por lo ménos no se ocupa de ella; Rayer la confunde con el eritema, y Bazin la estudia en las afecciones genéricas y cada especie de las que en ella admite en el grupo nosológico correspondiente.

La verdad es que causas muy diversas pueden originar las manchas rosélicas y que segun aquellas sean, variará la sintomatología, el curso y las condiciones de la enfermedad ó de la lesión cutánea.

El calor, ciertas emanaciones esporóferas de algunas gramíneas, la ingestión de ciertos alimentos, bebidas ó medicamentos, la sífilis, el herpesismo y la escrófula, pueden determinar la *roseola*, y fácilmente comprendéis que sus efectos aunque tengan alguna analogía, no pueden ser idénticos.

Por esta razon en unos casos observareis como prodromos del período de invasión de la enfermedad, malestar general y fenómenos febriles, mientras que en otros aparecerá la erupción de pronto y bruscamente, sin alterar las funciones, extendiéndose, segun la especie, por todo el cuerpo ó por una region más ó ménos limitada. (La sífilítica por el pecho y los brazos, la del copálha por las regiones articulares.)

Manifestada la erupción, pálida y difusa siempre en su origen y bien marcada despues, echareis de ver tambien que las manchas ya son rosadas, redondas y discretas, ya son por el contrario, confluentes, rojo-vivas y como escarlatinosas, ó rojo-cobrizas y formando círculos ó fajas: que pican en las formas agudas y no molestan en las crónicas; que planas ó poco elevadas en la mayoría de los casos se levantan á veces sobre ellas pápulas (*roseola papulosa*), ó vesículas miliares (*roseola miliar*.)

Pasado un tiempo variable entre dos ó tres días y tres ó cuatro semanas, las manchas palidecen, se achican y se ocultan por fin al cabo de algunas horas ó de algunos días, período de declinación variable tambien segun la especie.

Por lo dicho presumireis que el curso de la *roseola* es siempre continuo, que su duracion, breve y de pocos días en las especies agudas, es largo y de tres á cinco semanas en las crónicas y que termina por la resolución ó delitescencia de las manchas, á no existir sobre ellas alguna pápula ó vesícula que dé lugar á esfoliaciones epidérmicas ténues ó furfuráceas.

La *roseola* como lesión cutánea puede confundirse con el sarampión, la escarlatina y la miliar, con los eritemas pre-exantemáticos de que os hablamos en la conferencia anterior, con

los eritemas papulosos, con la urticaria y con ciertas pitiriasis agudas y generalizadas.

De las fiebres eruptivas y de los eritemas pre-exantemáticos, la distinguireis por la fiebre inicial que las precede y que por sí sola dura tanto tiempo como la totalidad de la *roseola* aguda, así como tambien por los fenómenos subsiguientes eruptivos que en esta enfermedad no se presentan. De los eritemas papulosos, por ser sus manchas grandes y limitadas ó circunscritas; de la urticaria, por sus habones pruriginosos, su fugacidad y la hinchazón que determina en los sitios circundantes; y en fin, de las pitiriasis agudas y generalizadas, por la descamación furfurácea abundante que sólo por excepcion y en algunas manchas puede presentarse en la *roseola*.

El pronóstico de la *roseola* es siempre leve y favorable cualquiera que sea su forma y su naturaleza, pero segun sea su especie, así habrá necesidad de modificar nuestro juicio clínico.

Las formas agudas que desaparecen en dos ó tres días, ora dependan de la acción de causas externas, ora del primer brote eruptivo del herpesismo ó de la escrófula terminan favorablemente y sin remedios, pero en los dos últimos casos nos obligarán á advertir á los interesados la probabilidad de su reproducción ó de la presentación de otros accidentes constitucionales y la necesidad para evitarlos de un tratamiento general adecuado.

La sífilítica nos indica el período de la sífilis en que se halla el enfermo y la gravedad relativa que esto supone aunque las manchas rosélicas puedan desaparecer espontáneamente en cuatro ó cinco semanas.

Las indicaciones que tenemos que llenar enfrente de una *roseola* son espectantes en las formas agudas; dejar que pase el tiempo de su natural duracion sin perturbarle y dar, cuando más, bebidas azucaradas, baños simples y polvos de arroz ó de almidón. En las formas crónicas, ó en las que se espere su reproducción por ser constitucional la causa productora, hay que intervenir con el tratamiento racional, sino para modificar el curso de las manchas, que algo, sin embargo, puede modificarse, para evitar su reproducción ó el curso de la enfermedad constitucional que representan en la piel.

En la clasificación de la *roseola* se ha confundido esta enfermedad con algunas especies de eritema por la mayoría de los dermatólogos.

Tanto se ha querido tambien aumentar el número de especies fundándolas en sus causas sin investigar si el modo de obrar de estas causas era idéntico, que la mayor parte de los autores admiten una *roseola* de estío y otra de otoño, afecciones completamente idénticas á la esencial, idiopática ó pseudo-exantemática, no sólo en sus manifestaciones sino en el resultado del modo de obrar de sus causas.

El estado plétórico accidental, y el movimiento fluxionario

excéntrico que hacia la piel determina el calor, los cambios de temperatura, la supresion de un flujo habitual ó de la regla, son en si de la misma índole y no hay motivo suficiente para dividir lo indivisible buscando diferencias sintomáticas que no existen. En el eritema pueden apreciarse estas diferencias y justo es admitir las variedades que sean procedentes, pero en la *roseola* no sucede así.

También en nuestra opinion se ha llamado malamente *roseola* á los diversos eritemas provocados por algunos medicamentos, como la copáiba y el yodo, porque la idea de esta enfermedad considerada como lesion cutánea implica la unidad de forma y no la trasformacion en eritemas papulosos y urticados cuando persiste ó se aumenta la intensidad de accion de la causa.

La costumbre hará, sin embargo, que llamemos *roseola* del copáiba, por ejemplo, al eritema simple, papuloso ó urticado que éste medicamento determina; pero conste de aquí en adelante, que hemos salvado en este momento dicho cambio convencional de palabras.

Prescindiremos, para no ser difusos, de daros minuciosos detalles acerca de las variedades de *roseola* admitidas por los diferentes autores que de ella tratan, y una vez hechas las anteriores aclaraciones os diremos las especies que nosotros hemos visto y creemos lógico admitir.

Hay indudablemente *roseolas phyto-parasitarias*. Las emanaciones pulverulentas de algunas gramíneas van acompañadas de ciertos esporos vegetales que las provocan. ¿Obran sobre la piel de una manera directa? ¿Obran por infección? No lo sabemos todavía; pero la repetición de hechos y de observaciones resolverá la cuestion.

También hay alguna *roseola artificial indirecta*, pero no las que cita Bazin y que estudiamos en los eritemas, sino la provocada por el uso interno y tóxico de la atropina ó de la belladona.

Finalmente, como afeccion espontánea ó de causa interna podeis ver y observar en las enfermerías la *roseola* idiopática ó pseudo-exantemática, la herpética, la escrofulosa y la sífilítica.

En el estudio semeyótico y comparativo que estamos haciendo sólo nos compete hablar de la idiopática ó pseudo-exantemática, tipo de la enfermedad ó mejor dicho, de la lesion cutánea.

La *roseola pseudo-exantemática* se parece mucho en su benignidad y en su curso al eritema pseudo-exantemático. Empieza como él por ligero malestar y prodromos febriles y al incubar la fiebre aparecen numerosas manchas rosadas y confluentes en toda la superficie de la piel.

En la primera cama de la sala sétima, pudisteis ver el mes pasado un caso de esta naturaleza.

Tratábase de un hombre como de 30 años, artesano, robusto y bien constituido, que á consecuencia de un sofoco se

sintió enfermo, y viéndose al día siguiente con todo su cuerpo cubierto de manchas y con alguna fiebre, se decidió á venir á nuestra enfermería.

A su entrada el movimiento febril era ligero, tanto, que pidió de comer y no se quejaba de sed, cefalalgia ni grandes dolores generales. Las manchas redondas y generalizadas por los miembros y el vientre, eran confluentes y de un color más encendido en el pecho, y dos días despues todo declinaba, desapareciendo las manchas al quinto día sin descañacion perceptible. Ningun fenómeno catarral localizado en las mucosas nasal, palpebral ni faríngea pudimos observar en este enfermo, que salió curado en seis días, sin más remedios que ligera dieta y bebidas azucaradas.

No es comun, sin embargo, que la *roseola* idiopática se presente en el adulto; la infancia y la adolescencia son las edades que prefiere para su primera aparicion, y decimos primera, porque suele presentarse varias veces en el mismo individuo si se reproducen las causas que la dieron origen la primera vez.

Excusado creemos repetir, que nada observareis en estos enfermos que os induza á sospechar el contagio, y que son inútiles todas las tentativas de inoculacion.

En ocasiones es algo más lento el curso de este pseudo-exantema y se presentan en él congestiones fugaces de las mucosas de la boca y narices, y pápulas ó vesículas diseminadas sobre las manchas, que por su escaso número tomareis por un accidente de la enfermedad.

Nada de esto puede ocultaros su sencillo diagnóstico. Esos fenómenos fugaces y accidentales son fijos, constantes é indispensables en las fiebres eruptivas, la calentura en éstas precede dos ó tres días á la erupcion y va acompañada de fenómenos simpáticos mucho más graduados que en la *roseola*.

La fiebre de forma catarral en el sarampion, la fiebre de forma gástrica y la raquialgia en la viruela, la fiebre altamente inflamatoria y la angina en la escarlata, se distinguen bien pronto de la fiebre efémora ligera, sin trastornos gástricos ni dolores contusivos fuertes de la *roseola*.

La distincion entre la *roseola* idiopática y las demás especies de causa interna, externa ó parasitaria, puede tener mayor dificultad; pero confundiendo en una sola la estival y otoñal de los autores con la pseudo-exantemática, las dificultades son ya menores.

El curso de las phyto-parasitarias que algunos autores nos describen, es más breve; la enfermedad caracterizada por manchas algo furfuráceas es apirética y se presenta en los trabajadores del campo destinados á la trilla de ciertas gramíneas ó á la recoleccion del cáñamo y del lino.

En la *roseola* de la belladona los fenómenos generales de la intoxicacion, la dilatacion pupilar, el estado alarmante y tal vez muy peligroso del enfermo, el calor encendido de las



manchas y el abotagamiento de la cara y párpados, son signos diagnósticos suficientes.

La *roseola* herpética es un pseudo-exantema muy fugaz, especial de los adultos, que va acompañado de picazon intensa, precedido de fiebre que desaparece al brotar la erupcion, que suele reproducirse periódicamente todas las primaveras acompañándose de otros accidentes herpéticos, y presentándose en sujetos de antecedentes morbosos y condiciones especiales que sabreis más adelante.

La escrofulosa es propia de la niñez, dura doble número de dias, no pica y se reproduce á veces á muy poco tiempo de su primera desaparicion.

La sífilítica es crónica; no causa molestia alguna; su coloracion es ménos rosada, más oscura, más fija, y sus manchas, aunque á veces parecen una ligera sombra, destacan más por no estar congestionada sino pálida la piel en que descansan.

El eritema idiopático, tiene como sabéis, sus manchas grandes y difusas pero limitadas á una region del cuerpo.

No molestaremos más vuestra atencion detallando un diagnóstico tan sencillo como este, y solo añadiremos breves palabras acerca del pronóstico y tratamiento de la *roseola* pseudo-exantemática para terminar su estudio clínico.

En el corto número de *roseolas* idiopáticas que hemos te-

nido ocasion de observar en el hospital, nunca hemos visto malos resultados ni complicaciones de ningun género, dejando la enfermedad á su curso natural y espontáneo. Su duracion ha sido breve, de cuatro á seis dias cuando más, y no se han desarrollado vesículas miliares, ni pápulas, ni habones sobre las manchas rosedicas.

En cambio hemos sido llamados en consulta para infinitos casos de *roseola*, que tomados y tratados como si fueran el sarampión, con sudoríficos y extremado abrigo, se han complicado con los efectos forzados de estos remedios, se ha sostenido la erupcion durante dos semanas y hasta en un caso nos hemos visto obligados á destapar y hacer levantar bajo nuestra responsabilidad á un pobre niño hambriento y sin fiebre durante muchos dias, para salvarle de la enfermedad artificial que el miedo de los padres iba ya á producirle.

Al contrario que en las fiebres eruptivas, el tratamiento debe en la *roseola* aguda dirigirse á calmar la erupcion con los diluyentes y en ocasiones los baños simples ó de almidón, y fácilmente comprenderéis, que el tratamiento opuesto ha de ser perjudicial y altamente censurable, puesto que sólo puede fundarse en un error notable de diagnóstico.

La otra congestion cutánea de que hoy debemos ocuparnos es la

## URTICARIA.

Considerada la *urticaria* como lesion cutánea, es una erupcion caracterizada por la presentacion de habones más ó ménos numerosos y diseminados en gran parte de la superficie de la piel, acompañada de picazon intensa parecida á la que determinan las ortigas. Los principales caracteres de estos habones confundidos por los dermatólogos con las pápulas ó con las manchas del eritema, son además de la picazon, la fugacidad notable ó la posibilidad de una desaparicion brusca y completa de la lesion cutánea, y el color rojo del eritema circunyacente que contrasta con el blanco-pálido de la eminencia central; ambas coloraciones desaparecen con la presion del dedo y se aumentan ó vuelven á reaparecer con el frotamiento y con la aplicacion de sustancias excitantes.

Llamada *Aspritudo* por Celso, *Esvera* por los árabes y por los arabistas, *Cnidosis* y *Epinitide* por Alibert, *Porcelana* por Liecutaud, *Escarlatina urticada* por Sauvages, *Púrpura urticada* por Juncker, *Urticaria* por todos los autores modernos, y *Habones* ó *ronchas* por el vulgo de nuestro país; la enfermedad que nos ocupa, tan curiosa por su inexplicable anatomía patológica como por su variable y múltiple etiología, merece fijar más que otra dermatosis la atencion de los prácticos.

Muchas veces ocurrirá que os llamen con urgencia para ver un enfermo de *urticaria*, y al llegar os, le encontráis sano y sin erupcion de ningun género. En las formas crónicas, en las que la aparicion del mal suele ser nocturna, pensareis en el elemento intermitente sin que realmente exista, y habrá momentos visitando hospitales, en que dudareis de la veracidad del enfermo si los enfermeros no han presenciado y observado bien el acceso eruptivo.

Por mucho tiempo hemos tenido en la sala 13 una pobre señora, de fina y esmerada educacion, maestra de un pueblo de la provincia, que las enfermeras, y algunas enfermas consideraban como una embaucadora que venia al hospital á comer y engañarnos.

La infeliz tenía el brote eruptivo á las altas horas de la noche mientras las otras dormian; y su prudencia para no molestar á nadie, era la causa de que dudase, hasta que por un alboroto que hubo en la calle se levantaron una noche y la desconocieron al mirarla.

Su cara roja y tumefacta estaba completamente destigurada, sus manos parecian botos, su respiracion era agitada, y su tormento por la picazon, horrible. La dieron lociones de oxiorato y al poco rato vieron ceder la hinchazon y

desaparecer el mal que á ellas les asustó y que la enferma sufría con estúca resignación.

La causa excitante más ligera basta en algunas personas para determinar ó reproducir la *urticaria*, y en cambio hay otras que jamás la sufren.

En la misma lesión anatómica hay notables variaciones, y su curso, su duración y las coincidencias morbosas que pueden acompañarla cambian repentinamente á cada momento.

Así vereis unas veces invadir el mal sin fiebre ni prodromos de ningún género como sucede en las especies artificiales directas, y otras con fenómenos gástricos y febriles de gravedad como en las artificiales indirectas (*ab ingestis*), ó con fiebre moderada como en la idiopática ó pseudo-exantemática; ya dura la fiebre precursora dos ó tres horas, ya uno ó dos días, y después de esto, ora aparece de pronto la erupción en todo el cuerpo, ora en varios puntos limitados, ora por brotes sucesivos, desapareciendo ántes en una parte para salir en otra.

La erupción urticada no tiene siempre los mismos caracteres aparentes.

Lo más común es verla en forma de placas escarlatinosas con su elevación ó roncha en el centro, del tamaño de una media judía ó de un medio garbanzo, dura, resistente y con una coloración algo más pálida, aunque á veces es, por el contrario, más subida que la areola circunferencial. Generalmente el habón no es único, sino múltiple, y las placas de urticaria están repartidas con mayor ó menor confluencia por el tronco y por los brazos; pero en otros casos la erupción forma líneas elevadas y ondulantes, duras y elásticas (girata), y en otros, tubérculos ó tumores duros también y algo dolorosos, del grueso de un garbanzo, encajados profundamente en el dérmis ó subcutáneos (tuberosa, nudosa) y acompañados de infarto de los tejidos inmediatos. Aunque el habón es la forma elemental característica de la urticaria, no siempre se presenta á nuestra observación en su período de estado ó de evolución completa, ni libre de complicaciones que modifiquen su aspecto. La *urticaria maculosa* y el *liquen urticato* son un ejemplo de lo que decimos. En la primera faltan los habones y sólo existe un eritema algo elevado y pruriginoso, y en el segundo salen los habones *fugaces* sobre las pápulas *persistentes* constituyendo una lesión compuesta, diferente por su aspecto de la urticaria tipo. La primera es una afección cutánea detenida en su evolución; el segundo es una lesión mixta, cuyo curso se modifica del mismo modo que sus caracteres aparentes.

Las elevaciones gruesas, salientes y sinuosas de la urticaria girata tienen una coloración variable en intensidad, según los sitios, pero nunca llegan al color rojo-oscuro intenso de los gruesos y profundos habones de la tuberosa y nudosa.

El prurito que acompaña á la urticaria varía también según la forma del mal y la causa que le determina.

Intenso y fugaz en la urticaria simple idiopática, ó *ecánida*,

intenso y persistente en las urticarias crónicas sintomáticas de estados constitucionales, intensísimo en las artificiales indirectas ó *ab ingestis*, es ligero y mucho más fugaz en las provocadas directamente por la ortiga ó por otras sustancias irritantes.

Según sea la especie morboza, así cambian los síntomas que simpáticamente determina la urticaria en los demás sistemas generales de la economía.

La hinchazón de los tejidos colindantes es en ciertas formas tan ligera que deja apreciar bien los habones y el eritema que los rodea; pero en ciertos casos es tanto el abultamiento y la deformidad que produce, tan grandes y unidas las placas eritematosas y tan tumefactas y rojas se hallan á veces, no sólo la piel, sino las mucosas de los párpados, de los labios, de la boca y de la garganta, que no se distinguen los habones y hay en cambio fenómenos graves por parte de los aparatos cuya mucosa está comprometida.

No hace mucho tiempo que nos llamaron con urgencia para ver á una señora que padecía frecuentemente ataques de urticaria reumática bien caracterizada. La sobrevino de pronto un ataque de sofocación que obligó á la familia á ir á media noche en busca nuestra.

La enferma se encontraba cuando la vimos en una semi-asfixia, que á durar mucho más la hubiera conducido al sepulcro. Su cara bultuosa, la dificultad y silbido de las inspiraciones, la disnea y la agitación que esto producía, la afonía casi completa, que apenas nos dejaba entender alguna palabra casi inarticulada, y todos los demás fenómenos consiguientes á este estado de cosas, nos hacía sospechar ese infarto congestivo especial de la urticaria interna ó de las mucosas, y en efecto, mirando la boca, la lengua y la faringe, se veía este infarto eritematoso de un color rojo-escarlata, que erupujaba la mucosa bucal entre ambas mandíbulas, abultaba la úvula y las amígdalas casi hasta ocluir la entrada de la faringe y seguía más abajo, seguramente hasta la tráquea y los brónquios.

En estos puntos no se distinguían los habones; pero en el labio superior percibíase dos, rodeados de un abultamiento elástico y muy pronunciado de los tejidos inmediatos.

Fuese casual, efecto de la tranquilidad que nuestra presencia infundió á la enferma, ó que era ya la hora de pasar el ataque, es lo cierto, que la hinchazón fué disminuyendo, palideció el eritema, desaparecieron en breve los habones, se regularizó la respiración, volvió la voz, y al cabo de media hora salimos de la casa dejando á la paciente en buen estado sin haber prescrito remedio alguno.

¿Qué otra enfermedad que la urticaria puede presentar á vuestra observación síntomas semejantes? Ninguna, señores, y como se trata de fenómenos graves que asustan á las familias y que presentándose en órganos profundos no se atribuyen generalmente á la urticaria, hemos creído indispensable describirlos para llamar vuestra atención.

SEGUINDA PARTE.



Este ejemplo también es lo hemos puesto para que comprendáis fácilmente lo que puede influir en la sintomatología de la urticaria, el sitio ó la región que ocupa, creyendo que adivinaréis los síntomas de esta enfermedad cuando se desarrolla en los párpados, en la nariz, y sobre todo en los órganos genitales donde la mujer la padece con frecuencia, siendo confundida por muchos prácticos con el prurito ó prurigo vulvar, con la ninfomanía y con otras afecciones cutáneas y nerviosas que el pudor femenino nos impide siempre observar tan minuciosamente como sería necesario.

Por efecto de la picazón se observan diferentes fenómenos nerviosos, desde la agitación y la necesidad irresistible de rascarse hasta el cruel y persistente insomnio y la terrible epilepsia. Si la erupción ocupa los órganos sexuales femeninos, los ataques histéricos convulsivos pueden sobrevenir, y la melancolía, la desesperación con todas sus funestas consecuencias ó el abandono de sus deberes morales se llegan á encontrar en las mujeres más virtuosas.

No debemos entrar en más detalles acerca de la sintomatología de una enfermedad, cuya importancia sin embargo es notoria, porque es fácil, repetimos, que los adivineis después de lo dicho.

El curso de la urticaria considerada como lesión cutánea es agudo ó crónico, pero generalmente intermitente, ó mejor dicho, recidivante, aunque en muchas ocasiones es debido positivamente al elemento intermitente ó palúdico: no creais que sea siempre fácil diferenciar estas dos condiciones de la enfermedad como más adelante veremos.

Las formas agudas de la urticaria dependen de causas externas ó son fenómenos congestivos idiopáticos; su aparición es brusca, su duración breve, desde una ó dos horas á diez ó doce, y puede no reaparecer ni reproducirse la erupción, en cuyo caso el curso es continuo; pero lo más común es que en el breve tiempo de cuatro ó cinco días se presente y se oculte varios veces *sin hora ni período fijo*, convirtiéndose en recidivante.

Las formas crónicas dependen de causas internas constitucionales, como el herpesismo y el reuma, y siempre son recidivantes.

La forma intermitente depende y acompaña á las fiebres accesionales, y tiene por lo tanto, su mismo curso y duración.

El diagnóstico de esta afección ofrece pocas dificultades. Las placas rojas de habones, la picazón que les acompaña y la desaparición brusca de la erupción son síntomas patognomónicos suficientes para hacer el diagnóstico directo de la urticaria.

El eritema generalmente no pica; sus manchas carecen de las ronchas ó habones característicos y su desaparición nunca es repentina como la de la urticaria. Hay algunos eritemas que son fugaces y pican, pero no es lo mismo ser fugaz que desaparecer bruscamente.

Las placas del eritema (exceptuando el exantemático ó

preexantemático), son limitadas y circunscritas, mientras que las de la urticaria están diseminadas y pueden recorrer toda la superficie cutánea. El eritema nudoso, cuyas elevaciones pudieran confundirse con los habones es muy doloroso y no dá lugar á picazones.

No es posible confundir la urticaria con la roséola. La pequeña y poca elevación de sus manchas, y la escasa ó ninguna picazón que las acompaña no pueden compararse con las ronchas prominentes y siempre tan pruriginosas de la urticaria. Las primeras persisten dos ó tres días y desaparecen lentamente sin recidivar nunca, mientras que las segundas duran algunas horas, desaparecen repentinamente y se reproducen.

Cuando las placas semiescarlatinosas de la urticaria ocupan los párpados y regiones próximas de la cara y de la cabeza, pudieran confundirse, por el color y el abultamiento que determinan, con una erisipela incipiente; pero su aparición repentina, su rápido desarrollo, su indolencia y su picazón bastarían para distinguirlas.

El líquen agudo, el eritema papuloso, la pitiriasis rubra y el eczema rubrum antes de que se desarrollen las vesículas sobre la inflamación cutánea, podían también confundirse con la urticaria en atención al picor que les acompaña; pero todas las dermatosis enunciadas son fijas y limitadas á uno ó varios puntos del cuerpo, sus placas eruptivas son mayores y de un color rojo más subido, y en su período de estado y declinación presentan en vez de habones, pápulas, esfoliaciones, vesículas ó costras.

El pronóstico de la urticaria debe fundarse en el conocimiento de la causa del mal, pues nada es tan variable como la duración, las terminaciones y las complicaciones de la enfermedad.

Cuando depende de una causa externa, su duración es breve y su terminación feliz, no reproduciéndose si la causa no vuelve á obrar; en cambio, cuando ésta es interna, la gravedad del mal es tanta que puede ocasionar la muerte, ó un estado de sufrimiento tan terrible por su tenacidad que puede conducir á la desesperación y al suicidio.

Las indicaciones que hay que llenar en el tratamiento de la urticaria considerada como lesión cutánea, son:

1.ª Disminuir la congestión de la piel, lo que se consigue con las aplicaciones de polvos emolientes, y con algunos remedios internos (derivativos al conducto intestinal, bebidas atemperantes, diuréticos, etc.).

2.ª Calmar la picazón y disminuir el infarto cutáneo, y esto se consigue también con los baños ó lociones astringentes ó acidulos, con las lociones ó pomadas alcalinas (carbonatos alcalinos); y al interior con los narcóticos ó estupescientes, como el opio, el acónito, el cloroformo, etc.

3.ª Combatir la causa, alejándola si es externa, eliminándola si es patogénica por medio de los purgantes ó del emé-

tico, y finalmente modificando lentamente sus efectos por los arsenicales y alcalinos al interior, cuando el herpetismo ó el reuma son sus agentes productores.

Muchas son las teorías que se han inventado para explicar la anatomía patológica de la urticaria, no sabiendo dermatólogos tan eminentes como Hardy si colocarla entre las fiebres, entre las inflamaciones, en las neurósís ó en los dertos. La verdad es que en ninguno de estos grupos nosológicos está bien colocada. Cárlos Baron cree que depende de una congestión sub-inflamatoria de las papilas del dérmis, y explica la decoloración central del habon por la estrangulación de su extremidad. Gruby considera á la urticaria como una fluxion con dilatación de los conductos sudoríparos que determina una exudación serosa en el tejido del dérmis. Para nosotros es indudable que hay una *exudación intersticial* procedente de un estímulo cualquiera, venga de fuera ó de dentro, pues en la urticación y en la picadura de ciertos insectos que la determinan no podemos aceptar la idea de Gruby de la dilatación de los conductos sudoríparos.

El habon se parece bastante á la eminencia que se produce en la piel haciendo una inyección subcutánea; y ambas cosas pueden desaparecer con igual rapidéz, pero para explicar la picazón es forzoso que esa sustancia infiltrada en el dérmis ó debajo de él, tenga una acción irritante y fugaz. De modo, que cuando no podemos explicar el hecho por la inoculación de un veneno animal ó vegetal (como el de los pseudo-parásitos ó el de la ortiga), debemos presumir que con la sangre circula, y en la piel ó en las mucosas se la extravasado alguna sustancia semejante, que en contacto de los tejidos se descompone y después se absorbe sin dejarnos tiempo para conocerla ó analizarla.

Mucha influencia tienen en la producción de la urticaria las afecciones morales excitantes y las lesiones de ciertas vísceras como el hígado, el corazón y la matriz, en las que el sistema nervioso influye de un modo más especial que en las restantes, pero esto ni puede ser motivo suficiente para considerar como nerviosa á una lesión cutánea tan notable como la urticaria, ni tampoco puede bastar, por la fugacidad de la lesión, para considerarla como sintomática de enfermedades viscerales ó lesiones orgánicas continuas y permanentes.

Todas ellas dependen en estos casos de una causa común constitucional, y especialmente del reuma, que es la afección metastásica por excelencia. Por eso en la forma ó especie reumática de la urticaria debéis temer la repercusión como el accidente más común y terrible que puede complicarla, siendo fácil que semejante accidente se manifieste en forma de congestión pulmonar ó cerebral, con, ó sin hemorragia consecutiva, en forma de angina de pecho, de asma nervioso, de endocarditis ó pericarditis, ó en forma de congestiones hepáticas y uterinas que se mejorarán provocando la urticaria por los síntomas generalizados ó por la urticación.

En las urticarias crónicas vereis también sobrevenir bruscamente la *albuminaria aguda* seguida de *anasarca* y de una muerte rápida; pudiendo decirse que esta complicación tan frecuente en el pénfigo implica en ambas dermatosis, más que una metástasis renal, una alteración repentina de la sangre, efecto de la supresión de las exudaciones cutáneas y de la descomposición á que esto dá lugar en el torrente circulatorio.

Muchos ejemplos podríamos citarnos en este momento para daros á conocer algunas causas especiales de esta curiosa enfermedad y algunas de sus complicaciones más dignas de estudio. Nos contentaremos con los siguientes, que probablemente harán en vuestro ánimo la misma impresión que en el nuestro. Asistiendo á una señora que padecía una metritis crónica, creímos necesario prescribir y aplicar cuatro sanguijuelas al cuello uterino. Todo fué bien hasta que los anélicos prendieron; pero cuando la succión se estableció, se desarrolló súbitamente una urticaria casi escarlatina en toda la piel, acompañada de tales molestias y de fenómenos nerviosos convulsivos tan graduados, que nos pusieron en cuidado. Sacamos el espéculum, pusimos inyecciones vaginales templadas, que á la par que favorecieron el desprendimiento de las sanguijuelas ayudaron la salida de la sangre, y todo desapareció en pocos minutos; pero al mes siguiente, al repetir la emisión sanguínea local, se repitió también el hecho, con igual intensidad, siendo de advertir que la persona en cuestión, nunca había tenido la urticaria, ni la ha padecido después.

En otras señoras con afección uterina análoga y que además sufrían una urticaria crónica, hemos visto presentarse la erupción en la época menstrual, después del coito, y en fin, después de la ligera excitación erótica que podían determinar las galanterías sociales más insulsas; pero en ninguna se veía como en aquella la acción directa que la matriz tiene para provocar la urticaria.

En una de ellas, cercana á la edad crítica, pero todavía hermosa y de arrogante figura, bastaba el más simple cumplido ó galanteo para que se desarrollase la erupción en la cara con un infarto tan rápido y elevado en las mejillas y párpados que quedaba en pocos momentos completamente desfigurada. Lo curioso en el presente caso era que la erupción siempre se limitaba á la cara y el cuello y nunca se presentaba por otras causas que por las dichas, ni en otras regiones.

Por estos ejemplos y los que anteriormente habeis oido, seguramente habeis deducido ya que la urticaria es más frecuente en la mujer que en el hombre; y así es la verdad.

Es indudable que las funciones uterinas juegan un papel principal en el desarrollo de la urticaria; pero casi tanta importancia tiene la edad y la finura de la piel.

En la niñez son frecuentes las urticarias agudas que son mucho más raras en la edad adulta. Las formas crónicas pro-



pías de la segunda mitad de la vida dependen de estados constitucionales que no existen en los primeros años; pero siempre atacan á los sujetos de una piel fina y delicada. El predominio hepático en el hombre, el temperamento nervioso en ambos sexos, el abuso de sustancias picantes y de bebidas espirituosas, el uso habitual de mariscos, de pescados azules, y sobre todo, del bonito, las localidades y estaciones muy cálidas ó en las que existen cambios bruscos de temperatura, el contacto repetido con las ortigas y procesionarias, el permanecer en sitios en que abundan los pseudos-parásitos cutáneos (chinche, pulga, mosquito, etc.), y otros insectos ó arácnidos, son, además de las fiebres intermitentes y de los estados constitucionales tantas veces referidos, las causas principales de los habones cutáneos.

Hay una enfermedad cutánea que es á la vez causa y cruel complicación de la urticaria.

Nos referimos al prurigo.

Todas las dermatosis secas y acompañadas de picazon como el liquen, la sarna y el pitiriasis, pero especialmente el prurigo obligan al enfermo á rascarse con rudeza, y este acto, más que la enfermedad en sí, es la causa de la producción de habones dolorosos que excitan picazones nuevas. El que conozca los horribles sufrimientos que provoca una sola de estas dermatosis comprenderá el valor de las dos reunidas en un mismo individuo.

Del conocimiento de las causas y de la naturaleza del mal, debe proceder su division y clasificación, y teniendo nosotros nuestra idea sistemática ya formada acerca de este punto, no extrañareis que dividamos las urticarias, como todas las dermatosis, en artificiales, parasitarias y espontáneas ó de causa interna, ya local, ya general, ya constitucional.

En cada una de ellas hay variedades de forma que enumeraremos rápidamente.

Urticaria artificial.....	Directas ó provocadas....	Por la picadura de insectos. Pseudo-parasitaria.
		Por la ortiga, procesionaria, etc.
Urticaria parasitaria.....	Indirectas ó ab ingestis....	Por los irritantes cutáneos medicamentosos.
		Por el acto frecuente de rascarse.
Urticaria espontánea ó de causa interna.....	Local.....	Por el calor (climas y estaciones).
		Por el bonito, pescados azules y mariscos.
Urticaria espontánea ó de causa interna.....	General.....	Por los licores, picantes, etc.
		Por ciertos medicamentos, yodo-balsámicos, etc.
Urticaria espontánea ó de causa interna.....	Constitucional.....	La que puede presentarse en la sarna.
		No existe.
Urticaria espontánea ó de causa interna.....	Constitucional.....	La idiopática ó pseudo-exantemática.
		La intermitente.
Urticaria espontánea ó de causa interna.....	Constitucional.....	Herpética.
		Rumática.

Las demás divisiones de forma que admiten los autores y

que en llave secundaria no tenemos inconveniente en admitir, son las siguientes:

Por su curso. Aguda.—Crónica.—Febril.—Infebril.

Por su duración en cada brote. Evánida.—Perstans.

Por su tipo. Continua.—Intermitente.

Por la época de presentación. Diurna.—Nocturna.

Por la forma y aspecto de la lesión cutánea. Simple.—

Maculosa.—Conferia.—Escarlatinosa.—Papulosa.—Tuberosa.—Nudosa.—Porcelana.—Edematosa.

Por el tejido que ocupa. Cutánea.—mucosa.—subcutánea.

Por el modo de extenderse. Girata.—Ambulante.

Por su extensión. Limitada.—Generalizada.

Por su gravedad. Benigna.—Maligna.

Por su naturaleza abstracta. Idiopática.—Sintomática.—Simpática.—Crítica.

Aunque nos extendamos más de lo que quisiéramos en la semeiología de la urticaria, no estará demás el que discutamos estas divisiones para daros á conocer algunos detalles de la lesión urticada, ántes de pasar á su descripción como pseudo-exantema.

La division en aguda y crónica, defendida y prohibida por Gintrac, no es tan importante, clinicamente hablando, como pretende este autor, puesto que la cronicidad depende más del número, frecuencia y tenacidad de las recidivas, que de la falta de fenómenos agudos en las lesiones cutáneas de cada brote eruptivo.

Con efecto; los habones en sí, lo mismo los de la urticaria aguda, que los de la urticaria crónica, son siempre agudos, de corta duración y desaparecen tan bruscamente unos como otros: es verdad que no siempre dura las mismas horas la erupción en la piel; pero ocho, diez ó veinte horas más de duración, ¿es motivo bastante para que la llamemos crónica? ¿No sucede en muchas ocasiones que es más persistente el brote de una urticaria pseudo-exantemática ó de una *ab ingestis*, siempre agudas, que el brote de una urticaria herpética ó reumática, tenazmente recidivante y crónica?

Esta division tiene la ventaja de que indica la duración y la gravedad, ó mejor dicho, la tenacidad relativa y la dificultad en la curación de estas formas de la urticaria; pero no nos conduce al tratamiento racional de las mismas, ni á la indicación causal que es la primera que siempre debe llenarse.

Lo mismo decimos de la division en *evánida* y *perstans*, palabras que indican la fugacidad ó persistencia de cada brote eruptivo (no de la enfermedad considerada en general), puesto que no nos conduce á las indicaciones curativas.

Las urticarias crónicas son las de causa constitucional; las *perstans* indican un periodo avanzado del reumatismo, y sólo se presentan despues de numerosos brotes de urticarias leves de la misma índole. Las formas *evánidas* y *agudas* son las artificiales, la pseudo-exantemática ó intermitente y los pri-

meros brotes de las constitucionales herpética y reumática.—Bazin, que considera á la urticaria *eránida* como una manifestación *exclusiva* del herpetismo, la define así: «Urticaria fugaz, sin prodromos, sin fiebre, sin reaccion general.—Su marcha es crónica desde el primer momento.—Sus placas son anchas, irregulares, ordinariamente *más blancas* que la piel sana y están desprovistas de areola roja circunferencial; duran veinticuatro ó cuarenta y ocho horas; pero bien pronto son reemplazadas por otras así que la afección se prolonga, y á veces se eterniza durante meses y años.» A la *perstans*, que la considera como una manifestación reumática, la dá de duracion quince ó veinte días, y la caracteriza por una mancha negra equimótica en el centro de los habones.

Observad bien, señores, lo que se deduce de las palabras de Bazin: la fugaz, la evánida, se eterniza durante meses y años; la persistente, la perstans, dura dos ó tres septenarios. Ved qué poco importa la agudeza y fugacidad de la lesion local para la cronicidad de la enfermedad general y vice-versa.

Tampoco las palabras febril ó infébril significan lo mismo que aguda y crónica, ni que fugaz y persistente. Hay muchas urticarias agudas infébriles, y algunas veces las crónicas van acompañadas de fiebre.

Generalmente son febriles las pseudo-exantemáticas, la intermitente, la *ab ingestis* y algunos brotes agudos de la herpética y reumática; pero en muchos casos de las formas restantes no hay fiebre, ó es insignificante.

La division de la urticaria en continua ó intermitente, tampoco es aceptable.—La forma *intermitente*, aunque rara, es un hecho real y admisible en nosología racional, porque indica la naturaleza del mal y sus caracteres principales; pero la palabra *continua*, ni indica la verdad sintomática, ni es otra cosa que una palabra vaga y genérica, que encerraria numerosas especies de naturalezas muy distintas.

La division en diurna, nocturna y vaga, indica un carácter poco importante de la enfermedad; que es el momento de la aparicion de los habones, y como puede depender de infinitas causas su aparicion en la piel, no merece servir dicho carácter para la formacion de especies ni de variedades de la urticaria.

Más importante, aunque tampoco sea aceptable, es la division ó clasificacion semeiología, fundada en la forma y caracteres de la erupcion.

*Urticaria simple* es la urticaria leve y fugaz, de pocas horas de duracion, que se presenta con sus habones rosados, disseminados, sin fiebre ni fenómenos graves, y que depende de causas estacionales ó de ligeros excesos en el régimen.

*Maculosa* es aquella en que se presentan las placas eritematosas; pero falta el habon central, pudiendo sólo hacerle manifesto por un rudo frotamiento. Es fugaz tambien ó infébril y desaparece en uno ó dos dias.

*Conferia* ó *confluente* es aquella en que las placas urticadas son numerosas, amontonadas, rojas y tumefactas. General-

mente recidivante y crónica, depende del reuma ó de la ingestion de pescados azules descompuestos ó enérgicos.

La *escarlatinosa* es la conferta exagerada en la coloracion de sus placas eritematosas.

La *papulosa*, ó líquen urticado, es un líquen persistente, cuyas pápulas se encuentran en el centro de habones fugaces. Esta lesion mixta ó compuesta, es sintomática á veces del herpetismo, y más comunmente depende de la ingestion de ciertos alimentos ó medicamentos (yodo).

La *urticaria tuberosa* está formada por verdaderos tubérculos profundos, ó tuberosidades duras, rojo-oscuros y dolorosas, acompañadas de picazon y de pinchazos. Atribuida por Alibert, Hardy y otros dermatólogos al abuso de los liciores, es, sin embargo, una manifestación del reuma, lo mismo exactamente que la *nulosa* y la *edematosa*, exageraciones de la tuberosa.

La *porcelana* es aquella urticaria que tiene una coloracion pálida y aporcelanada, y su carácter herpético es casi siempre evidente.

La division de la urticaria, segun el tejido que ocupa, es tambien de alguna importancia práctica. Las urticarias *cutáneas*, ó cuyas fluxiones especiales ocupan las capas exteriores del dérmis, son las leves, las que desaparecen pronto, sean ó no febriles; pero las profundas ó *subcutáneas* indican siempre una enfermedad constitucional, el reuma, y en un periodo adelantado ó con formas anómalas que atacan generalmente las vísceras. En esta especie pueden comprenderse las formas tuberosa, nudosa y edematosa de dichos autores, y su tenacidad y frecuentes recidivas nos indican el peligro que corre el enfermo y á dónde debemos dirigir las armas de nuestra terapéutica.

Las urticarias *mucosas*, ó que ocupan las membranas mucosas de las aberturas naturales del cuerpo, y tal vez de otros sitios más profundos, tienen de particular, no sólo los síntomas graves que las acompañan, distintos segun el punto en que se presentan, sino el grande infarto de los tejidos y la dificultad de ver en sus placas los habones, si es que existen.

Unas veces son efecto de la repercusion; otras del progreso del padecimiento herpético ó reumático; otras de la accion directa de la sustancia patogénica en la mucosa afectada.

La urticaria tiene varios modos de extenderse en la superficie cutánea ó cutáneo-mucosa.—El comun es en brotes sucesivos y disseminados por puntos más ó menos extensos de la piel; pero otras veces tiene, como la erisipela, una marcha ambulante, desapareciendo de unos puntos para pasar á los inmediatos, ó bien haciendo giros en zig-zag, ó en espirales, y torciéndose la figura de cada habon en la direccion conveniente.

Estas dos especies de urticaria, la *ambulante* y la *girata*, raras seguramente, pues apenas si recordamos haber visto una de cada clase en quince años de observaciones y de prác-



tica en los Hospitales, constituyen una division inaceptable y sólo sus nombres deben conservarse como recuerdo de un carácter excepcional que á veces se presenta en la dermatosis que estudiamos.

La division de la urticaria en benigna y maligna, aceptada por Alibert, no es de utilidad práctica tampoco, puesto que sólo *à posteriori* y cuando no nos hace falta, podemos ver la malignidad; pero no pasa lo mismo con otra clasificacion que se funda en la naturaleza abstracta del mal, y que aceptariamos de buen grado, si en sus divisiones atendieran los autores que la ensalzan á la naturaleza concreta de cada especie ó variedad.

Antigua es la idea de dividir todas las enfermedades en idiopáticas, simpáticas, sintomáticas y críticas; pero al llegar á las sintomáticas es preciso decir de qué son sintoma, y sobre todo, si tiene cada especie caracteres diferenciales suficientes para que haya motivo fundado de admitir la unidad morbosa ó una entidad morbosa independiente, llegando en este caso á coincidir con Bazin y con los que le seguimos gustosos, que buscamos en las especies, y no en los géneros, la naturaleza verdadera de las dolencias cutáneas.

Ateniéndonos, pues, á nuestra clasificacion, y no tratando en el presente curso de ocuparnos más que de las pseudo-exantemas y de la semeiología de las lesiones cutáneas análogas, que con ellos pudieran confundirse, permitidos entrar en materia hablando ya de la *Urticaria aguda idiopática*, ó pseudo-exantemática: Fiebre urticada de algunos dermatólogos.

Este pseudo-exantema se presenta, como todos ellos, en primavera ó verano, en momentos de plétora ó en la época menstrual en las mujeres.

Después de uno ó dos días de malestar general, inapetencia, dolores generales y demás prodromos febriles, aparece una picazon generalizada, que va lentamente aumentando, una fiebre ligera, pero intensa, y casi al mismo tiempo empieza á brotar la erupcion, formada por placas rojas de dos á tres centímetros de diámetro, de contorno irregular aunque difuso, y con su habon central algo más pálido en un punto que en su circunferencia.

Estas placas están diseminadas por todo el cuerpo, en número de quince á veinte, y al cabo de algunas horas van palideciendo y llegan á desaparecer cuando ya se han presentado otras nuevas en diferentes puntos.

La piel afecta está algo tumefacta y la tumefaccion se disipa cuando la erupcion.

De esta manera, sabiendo en unos puntos las placas y desapareciendo en otros; disminuyendo al segundo día la fiebre, hasta extinguirse al tercero ó cuarto, y declinando todo lentamente, termina la enfermedad en un septenario, sin fenómenos críticos y con los simples cuidados de la higiene ó ligeros medios terapéuticos.

En el núm. 10 de la sala 13 tenéis un ejemplo de urtica-

ria aguda, que está ya en su día final. Visteis á la enferma hace tres días con todo su cuerpo cubierto de placas rojas, llenas de habones, y rascándose delante de nosotros sin poderlo evitar. Hacía otros tres días que habia empezado la enfermedad, á consecuencia de un sofoco estando con la regla y de la supresion inmediata de este flujo periódico.

Habéis visto declinar rápidamente su fiebre sin más que bebidas y polvos emolientes; habéis visto desaparecer en unos puntos la erupcion y presentarse en otros, y por fin la veis hoy sin habones y sin placas, que se han ocultado, sin dejar huella ni descañon de ninguna clase.

Recordareis, que existiendo en las enfermerías otros dos casos de urticaria, hicimos el diagnóstico diferencial entre ellos, pero no será impropio el que lo repitamos en este momento.

Las urticarias artificiales directas producidas por los pseudo-parásitos, ó por el contacto con la ortiga ó la procerionaria, ni son febriles ni tienen la duracion que la pseudo-exantemática. Hay además en el centro de sus habones la señal de una picadura ó el arañazo que determina la ortiga; nada de lo cual veis en las urticarias dependientes de otras causas.

Las urticarias artificiales indirectas (*ab ingestis*), van precedidas y acompañadas de los síntomas de una indigestion ó de un envenenamiento; vómitos, ansiedad precordial, dolor epigástrico, fiebre intensa, delirio, etc.; la erupcion es generalizada, confluyente, escarlatínosa; la inquietud general es mayor que la picazon, que sin embargo es intensa; y si se ponen en juego los remedios oportunos (eméticos ó emetocatórticos, ó si la fiebre es muy fuerte una emision sanguínea general), todo termina en mucho menos tiempo que la pseudo-exantemática, sin reproducciones ni nuevos brotes urticados. La valeriana y el jusquiame pueden determinar estas urticarias lo mismo que los pescados descompuestos.

La urticaria intermitente tiene los mismos caracteres objetivos que la pseudo-exantemática; pero su fiebre es accasional, con sus tres estadios, y la erupcion se oculta cuando la fiebre cesa, reproduciéndose cuando aquella repite.

La urticaria herpética aguda se parece por su diseminacion á la pseudo-exantemática; pero su fiebre, si existe, es ligera y de poca duracion, el color de las placas es rosado ó blanco, la picazon es intensísima, se empeora en la cama y con el calor, y no tiene periodo ó tiempo fijo de duracion, pues sus recidivas pueden ser tantas que den lugar á la urticaria crónica.

Esta toma los caracteres que hemos descrito en la forma *evénida* ó *girata*, es generalmente nocturna, sus reproducciones son frecuentes y temibles en el verano por su gran pertinacia, intensidad y duracion, y cede con dificultad á los arsenicales largo tiempo usados y á los baños dulces y astringentes.

La urticaria reumática aguda habéis podido verla años atrás en la enferma que hoy ocupa la cama núm. 16 de la sala 13,

con la forma crónica del mismo padecimiento. Vino á la enfermería con una urticaria tuberosa limitada á la cara, brazos y rodillas.

Habia sufrido muchas artritis reumáticas que dieron por resultado la anquilosis de la rodilla izquierda. La erupción era dolorosa y picaba al mismo tiempo; se presentaba por la noche y daba lugar á pequeñas hemorragias intersticiales, que se percibían por el día, á modo de púrpura en unos puntos y de cardenales en otros, cuando ya habían desaparecido los habones subcutáneos. Mejoró algo con los alcalinos y arsenicales, y se fué á tomar los baños de Trillo; pero no encontrándose bien todavía volvió al hospital y estuvo varios meses siguiendo el mismo tratamiento. El invierno pasado se recrudeció la erupción que se mejoraba con el sudor y con un vógorio en cada brazo sostenido por los papeles epispásticos.

Este verano ha vuelto por ver si la disponíamos repitiese los baños de Trillo, y allí la teneis con su afección cutánea ya de forma crónica, pero ligera, y causándola pocas molestias de vez en cuando. Cada dos ó tres noches, salen en su cara ó en sus brazos seis ó ocho habones duros, tuberculosos, con escasa inyección cutánea al principio, pero que al declinar dejan equimosis como muestra del sitio que ocuparon.

En esta mujer, la enfermedad ha pasado, si, al estado crónico, pero se ha mejorado en sus condiciones y es tolerable. En otros casos no sucede lo mismo. Sea por la índole del mal, por las circunstancias del enfermo ó porque no se emplea el tratamiento anti-reumático conveniente, la enfermedad al hacerse crónica no pierde la intensidad de cuando era aguda, y llega por lo tanto á hacerse imposible de sufrir. La piel, á fuerza de repetirse las intumescencias y los equimosis, se infarta y abulta desfigurando el rostro y oscureciendo la coloración normal de todo el cuerpo.

Veid, pues, señores, si nos será fácil por los caracteres dichos y por el curso de ambas dolencias, distinguir las de la urticaria aguda ó pseudo-exantemática que es el objeto de nuestro estudio en la presente conferencia.

El pronóstico del pseudo-exantema urticado es siempre favorable, puesto que cede espontáneamente en el primer septenario sin dejar huellas, sin reproducirse ni complicarse con otras afecciones internas que tan comunes son en otras especies de urticaria.

Las artificiales directas y algunas *ab ingestis* tienen esto de común con la pseudo-exantemática, ni se repiten, ni se reproducen espontáneamente, ni se complican. De aquí su benignidad.

La intermitente y las de causa constitucional herpética ó reumática, se reproducen, se repiten ó pueden repetirse, determinando accidentes graves, y se complican con afecciones viscerales de pecho ó de vientre por el curso natural de la diátesis.

Veid aquí los juicios pronósticos jugando un papel impor-

ante en el diagnóstico de las diferentes especies de urticaria.

El tratamiento de esta dermatosis, limitado á su forma idiópática ó pseudo-exantemática se reduce á una expectación prudente, á calmar la excitación y la picazón cutánea por medios suaves y á disminuir la plétora general ó accidental por desviación ó supresión de flujos habituales, restableciéndolos si es posible.

Así que, una dieta moderada en los primeros días, las bebidas emolientes ó subcidas, los baños dulces, templados, con almidón ó con salvado, los baños de asiento si se suprimió el flujo méstruo, la sangría general si la plétora es grande, los polvos secos de almidón á la erupción si la picazón es muy intensa por las noches, las lociones vinagradas si estos no bastan y algun ligero laxante si las vías gástricas no funcionan bien, son remedios suficientes para ayudar á la naturaleza que por sí sola domina tambien y pronto la enfermedad.

¡Qué cuadro tan distinto se os presentará si quereis prescribir un tratamiento eficaz en las demás especies de urticaria!

¡Qué de complicaciones pueden sobrevenir por un tratamiento intempestivo ó poco prudente, al que os incitará el enfermo y vuestro amor propio, al ver que el mal se burla de vosotros!

En los casos en que la urticaria es de causa constitucional, la mayor parte de las veces son infructuosos los tratamientos activos y heróicos; y es que, como os he dicho repetidas veces, para un mal crónico no sirve un tratamiento agudo.

Es preciso acostumbrarse á tener paciencia y hacerla tener á los enfermos; y si otra cosa habeis, no sólo no conseguireis la curación, sino que pondreis en peligro la vida del paciente.

Si para el tratamiento de la urticaria aguda idiopática necesitabais ocho días de tiempo y remedios insignificantes y suaves, para los sintomáticos necesitaréis años, ó por lo ménos meses, de un tratamiento alcalino ó arsenical, segun la especie; el uso de las aguas minerales alcalinas ó clorurado-sódicas, como anti-reumáticas, ó el de las sulfatado-cálcicas arsenicales, como anti-herpéticas; las lociones muy cargadas de vinagre, de ácidos minerales ó de sublimado para calmar las picazones; los narcóticos para favorecer el sueño y el sudor, y muchos otros remedios, de una medicación sintomática, que bien combinados y con mucha constancia, con cautela y con prudencia empleados, pueden favorecer la curación de una de las más terribles y tenaces dolencias de la piel.

Seguramente que con lo dicho no hemos siquiera deshojado el asunto, que á propósito de la urticaria y de las enfermedades que con ella se relacionan, podria escribirse un tomo entero; pero no debemos salirnos del plan de estas lecciones, y os prometemos volver sobre tema tan digno de estudio al ocuparnos más adelante del herpetismo y del reumatismo cutáneo.



Una idea importante se nos olvidaba indicarnos.

Devergie, que considera como contagiosas á muchas dermatósis que no lo son, insiste en su opinion respecto de la urticaria, citando una observacion clinica que tiende á probarlo.

Se refiere ésta á un asistente ó enfermero, que dando unturas á un enfermo de urticaria, se le presentó la misma enfermedad en los pulpejos de sus dedos; pero si un solo hecho vale poco en una ciencia experimental, ménos debe valer cuando es dudoso, tratándose como aquí se trataba de

unturas que en ciertas predisposiciones individuales pueden provocar artificialmente la enfermedad.

No hay casos evidentes de contagio de la urticaria, pero sí puede presentarse simulando una epidemia por abusar igualmente todos los individuos de una comarca, de mariscos ó peces averiados y tambien puede la herencia dar lugar á que en varios individuos de una misma familia se presente simultáneamente la enfermedad, sin que por ello pueda decirse que es contagiosa.

## LECCION TERCERA.

De los pseudo-exantemas inflamatorios. — Su division en simples y eruptivos. — De la *dermatitis, eczema ó erisipela*. — Historia, anatomía patológica y naturaleza de la lesión cutánea. — Definición de la erisipela. — Caracteres generales y curso de la erisipela. — Terminaciones admitidas por los Autores. — Etiología. — Diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la erisipela considerada en general. — De la division ó clasificación de la erisipela. — Espacios y variedades admitidas por los clínicos. — Nuestra clasificación. — Breve idea de las especies que admitimos. — Ejemplos y casos clínicos de nuestras enfermedades. — De las complicaciones de la erisipela. — Su importancia para el pronóstico. — De la *erisipela aguda idiopática ó pseudo-crenatacutis*. — Sus caracteres diferenciales de las demás especies de erisipela. — Su benignidad. — De su tratamiento comparado con el que exigen las demás formas de la erisipela.

### SEÑORES:

Terminado el estudio clínico de las congestiones cutáneas, entraremos hoy en el de las inflamaciones.

Estas inflamaciones ó bien son simples sin eflorescencias ó erupciones, ó bien tienen por carácter constante un brote eruptivo de granos secos ó exudativos.

La inflamacion simple puede por complicacion y sólo en ciertos casos, determinar ampollas, pero ni es carácter constante ni esencial para la existencia de la enfermedad.

Las inflamaciones simples están reducidas á un solo género: la

## ERISIPELA.

Desde muy antiguo se ha considerado á la erisipela como una enfermedad general, que lo mismo puede existir en la piel que en las membranas mucosas y en el parénquima visceral.

Hipócrates habla de erisipelas del pulmon, del útero y del tubo digestivo, y Frank llega á admitirla en el encéfalo y el corazón, producida por metástasis, explicando los casos ántes citados por propagarse la inflamacion por continuidad de tejidos. Hoffmann y Sydenham la colocan entre las fiebres, y los dermatólogos modernos entre los exantemas, á pesar de que Willan, tomando por esencial el carácter de aparecer en ella alguna vez ampollas, la estudia entre este género de lesiones. En época reciente se ha dudado de la naturaleza inflamatoria de la erisipela por su fugacidad y fácil desaparicion;

se la ha considerado como una congestion, como una inflamacion limitada á ciertos elementos vasculares sanguíneos ó linfáticos, y áun como una infeccion local contagiada y contagiosa, dependiente siempre de causa externa.

Hasta los trabajos de Vulpian en 1868, puede decirse que no se ha entrado en la vía científica de la observacion necrológica para averiguar la naturaleza de este padecimiento.

Cruveilhier la creía dependiente de una flebitis capilar, y Blandin, Billroth y Després de una linfangitis de la red capilar del dérmis cuando Vulpian publicó en los *Archives de Physiologie* un trabajo en el que demostraba que no sólo existe en el tejido cutáneo erisipelado congestion y exudacion serosa, sino infiltracion de glóbulos blancos de la sangre, diseminados fuera de los vasos en el espesor de la red fibrosa del dérmis.



Pocos meses después Volkmann (de Halle) publicó varios artículos en un periódico de la localidad, dando á conocer sus investigaciones histológico-patológicas acerca de una erisipela grave que dió lugar á la muerte de muchos enfermos.

De ellas se deduce:

1.º Que el carácter constante y necesario de la erisipela es la exudación ó infiltración de los glóbulos blancos de la sangre.

2.º Que esta infiltración, que comienza á lo largo de los vasos, penetra en todos los intersticios cutáneos y hasta se interpone entre las vesículas adiposas.

3.º Que los troncos linfáticos superficiales del dérmis se rodean ó llenan de células emigrantes.

4.º Que las células fijas del tejido conjuntivo sólo tienen alguna tumefacción granulosa, pero no hay señales de su multiplicación ó proliferación.

Dominando á la sazón en la ciencia la doctrina de Cohnheim, que no admite como necesaria la proliferación de las células fijas ó planas del tejido conjuntivo para explicar la inflamación, y bastando la infiltración de los glóbulos blancos para considerar que existe, se dedujo que la erisipela era una verdadera inflamación intersticial, pasajera y fugaz, pero profunda, del dérmis, distinta solamente del flemón porque no determinaba como éste la fusión de la sustancia intercelular del tejido conjuntivo.

Cambiando en estos últimos años las teorías histológicas acerca del proceso inflamatorio; negadas por los más modernos las ideas de Cohnheim, y considerando necesaria la proliferación de las células planas del tejido conjuntivo para que la inflamación exista, puesto que la infiltración de los glóbulos blancos existe también en el edema simple de la piel, resultaba que la erisipela, con los datos recientes adquiridos hasta el año 1870, no podía ser colocada entre las inflamaciones; y los trabajos de algunos histólogos, especialmente de Renaut en su folleto *Contribucion al estudio anatómico y clínico de la erisipela y de los edemas de la piel*, publicado en 1874, tienden á volverla á colocar en el sitio que la clínica y hasta el sentido común la destinaban.

Con efecto: de las autopsias y preparaciones microscópicas hechas por Renaut, puede deducirse:

1.º Que en la erisipela lo mismo que en el edema se observa la infiltración de la piel por los glóbulos blancos de la sangre acumulados al redor de los vasos linfáticos, y que los vasos sanguíneos están dilatados.

Y 2.º Que también existe la proliferación de las células fijas del tejido conjuntivo negada por Volkmann. — Hé aquí cómo la describe en resumen:

«Las células planas colocadas en la superficie de los manojos de tejido conjuntivo, se abultan; su protoplasma se hace granuloso; sus núcleos se hacen más gruesos y vesiculosos; se estiran, y finalmente se dividen.

»Resulta de esto un tejido conjuntivo rico en células planas que se colocan en series entre los manojos. Estas células fijas dan lugar por segmentaciones sucesivas, á células embrionarias. Es fácil distinguir las células planas de los glóbulos blancos, porque los glóbulos son tres ó cuatro veces menores que las células, y sus núcleos no son vesiculosos.

»El tejido adiposo toma en la inflamación de la piel cuando es intensa, una parte muy importante. Al principio las vesículas adiposas están separadas por tabiques de tejido embrionario. La gota de grasa central se halla separada de la membrana anhistia de la vesícula por una corona de células jóvenes, caracteres que son idénticos á los del tejido adiposo embrionario y á los que se determinan experimentalmente por irritaciones artificiales y directas. Hay, pues, una verdadera inflamación del tejido adiposo con multiplicación de sus elementos propios, y no sólo como creía Volkmann, infiltración de células emigrantes.

»Puede existir en la erisipela, y se observa una vez de cada cuatro, linfangitis profunda del dérmis. En las capas superficiales del dérmis, los linfáticos inflamados parecen simples hendiduras. En las capas profundas, las hendiduras desaparecen bajo una enorme acumulación de glóbulos blancos que forman islotes estrellados. En las centrales los vasos están tan dilatados como si fueran sanguíneos y llenos de glóbulos blancos. La ausencia de glóbulos rojos en su cavidad los dá pronto á conocer. El endotelium de estos linfáticos está destruido, y entre las fibras de tejido conjuntivo que forman sus paredes, se encuentran, dispuestas en series, numerosas células embrionarias.

»El infarto agudo de los ganglios, que casi siempre acompaña y á veces precede á la erisipela, es tan inflamatorio por sus caracteres histológicos como las lesiones del dérmis. Una infinidad de células linfáticas se desarrollan en su extremo reticulado. Sus células fijas se multiplican también hasta el punto de tomar la apariencia de placas con núcleos múltiples, tan rápida y activa es su proliferación.»

La teoría, pues, del curso de los fenómenos en la erisipela, sería la misma que la de todas las inflamaciones. La tensión vascular y las causas locales ó generales apropiadas, determinarían en un punto la extravasación de los glóbulos y la proliferación de las células fijas del tejido conjuntivo con sus sucesivas evoluciones. La sangre en el principio del mal lo demostraría por la disminución de la cantidad de glóbulos blancos que habitualmente contenía. Las células embrionarias formadas en los intersticios orgánicos, muertas en virtud de causas desconocidas y convertidas en glóbulos de pus, sufrirían, cuando no se determinase el flemón por la fusión de todos los tejidos, la desintegración granuloso-grasosa y serían absorbidas por los vasos linfáticos. Los glóbulos blancos serían también absorbidos por los linfáticos, y á cuyo alrededor se agrupan y en cuyo interior se los ve llenando la cavidad de

los vasos en la declinación de la enfermedad, y el mal desaparecería sin reliquias apreciables á no repetirse muchas veces el proceso inflamatorio en el mismo punto, en cuyo caso la induración, la hipertrofia, y hasta la elefantiasis, podrían ser sus consecuencias.

Tales son, señores, en resumen, las ideas que acerca de la naturaleza de la erisipela, considerada como lesión cutánea, se desprenden del notable folleto de Renaut, que os recomendamos con aplauso.

Por los datos de la histología patológica podemos en su consecuencia definir la erisipela diciendo que es la inflamación del tejido propio del dermis acompañada con mucha frecuencia de la inflamación del tejido adiposo que contiene y del sistema capilar linfático que entre sus mallas existe.

Si la queremos definir por sus caracteres objetivos, diremos que es una afección cutánea casi siempre aguda ó inflamatoria caracterizada por el enrojecimiento de una parte limitada de la piel, acompañado de abultamiento ó tumefacción difusa en toda ella, de ardor y tensión dolorosa que se aumenta por la presión y de fenómenos generales febriles de mayor ó menor intensidad ó importancia según el sitio que ocupa, la naturaleza ó índole del mal y las condiciones del sujeto.

A la sazón tenemos en la enfermería tres casos de erisipela que pueden servir de ejemplo para el estudio de las variedades más importantes de esta enfermedad: son curiosos por lo que enseñan, pero no pueden servir de modelo para la descripción del género ó de la lesión cutánea considerada en general. La descripción sintomática del tipo puede hacerse aproximadamente del modo siguiente:

Después de uno ó dos días de malestar general, pesadez de cabeza, inapetencia y otros fenómenos ligeros, invade de pronto la enfermedad con un escalofrío intenso seguido de fiebre. Si el movimiento febril es muy fuerte, puede ir acompañado de fenómenos gástricos y cerebrales, como sed, anorexia, lengua saburrosa, vómitos, ansiedad y dolor epigástrico, cefalalgia intensa, insomnio y delirio: si es moderada, sólo hay cefalalgia, sed y dolores contusivos generales, fenómenos que aumentan si la fiebre crece; pero á veces ésta es tan ligera que pasa inapercibida ó no existe.

A las pocas horas de iniciado el movimiento febril, la parte que ha de ocupar la erisipela se congestiona; si casualmente la toca el enfermo, nota en ella un dolor que espontáneamente no existe; los ganglios inmediatos se hallan inflamados y algo dolorosos, y la piel misma, ya congestionada ó eritematosa empieza á abultarse. Algunas horas más tarde la inflamación de la piel tiene todos sus caracteres. La placa eritematosa que empezó por uno ó dos centímetros de diámetro, crece por la circunferencia; la piel se eleva é infarta mucho más, y el dolor, fuerte á la presión, se observa también en forma de tensión y de ardor quemante sin necesidad de ella.

La coloración de la piel enferma es de un rojo vivo en el

centro de la placa; pero en el extremo de su borde circunferencial se atenúa y confunde por grados con el color de la piel sana. En dicha coloración hay muchos matices, según la intensidad y naturaleza de la inflamación. En las formas graves y agudísimas es de un matiz rojo-oscuro tan subido, que parece violado ó aterciopelado constituyendo lo que vulgarmente llaman en nuestro país erisipela negra. En las formas leves ó en las crónicas de los sujetos escrofulosos su tinte es rosado-pálido. La presión disminuye el rubor pero no le hace desaparecer por completo y éste vuelve á su intensidad en cuanto aquella cede.

La temperatura de la piel enferma aumenta de uno á cinco grados respecto de la que tiene la piel sana, y si analizáis la sangre extraída por una sangría de las venas del enfermo hallareis en su principio disminuidos los glóbulos blancos y después aumentada la fibrina como en las inflamaciones más intensas, dando esto lugar á la costra inflamatoria y á un coágulo grande y consistente.

Las funciones de la piel erisipelada están abolidas, y el sudor y las demás secreciones de los folículos cutáneos faltan en su superficie.

El curso de todos estos fenómenos es variable según la especie ó la forma de la erisipela. Si se trata de una forma fija, no ambulante y libre de toda complicación general y local, á los cuatro ó cinco días han adquirido el máximo de su intensidad, y desde este momento empiezan lentamente á declinar hasta que desaparecen al séptimo ó octavo; la coloración se hace menos intensa; el abultamiento, el dolor y el calor disminuyen; la fiebre cede y desaparece, y en el último día la piel se arruga y descama en finas y anchas pelucidas sin señales de humedad ni exudaciones, y sin dejar cicatrices ni reliquias de ningún género.

Si la erisipela no es fija, es decir, si al quitarse ó ántes de quitarse de un punto se presenta en otro y después en otro ó en varios, claro es que la duración total de la enfermedad no puede ser de ocho días sino de quince, veinte, treinta y aun más, según el número de repeticiones y de las complicaciones que sobrevengan, que pueden ser muchas en esta forma ambulante de la inflamación dérmica.

En las erisipelas complicadas ó cuyas manifestaciones se modifican por circunstancias exteriores ó individuales, el curso del mal es siempre más lento á no sobrevenir una metástasis, en cuyo caso desgraciadamente es más breve.

Los clínicos admiten generalmente seis terminaciones para la erisipela, que son la delitescencia, resolución, supuración, ulceración, gangrena é induración. Comprendemos á las tres primeras como verdaderas terminaciones; pero las tres últimas, son, más que terminaciones, efectos ó complicaciones de la inflamación cutánea.

La delitescencia ó resolución brusca consiste en la desaparición rápida de los fenómenos aparentes de la erisipela y es-



pecialmente del rubor. Si la placa erisipelatosa es pequeña y no va acompañada de fiebre ó de otros fenómenos generales, la delitescencia no indica peligro ni expone al enfermo á la metástasis inflamatoria; pero cuando se trata de una erisipela febril y extensa la delitescencia es la metástasis.

Si en estos casos de metástasis graves (congestiones ó inflamaciones agudísimas del hígado, de los riñones, del corazón, de los pulmones ó del cerebro, y de las serosas que recubren todas estas vísceras), pudiérais observar inmediatamente las alteraciones histológicas de la piel inflamada, veríais que la extravasación de los glóbulos blancos y el aumento de las células planas del tejido conjuntivo existen todavía, pero que la congestión ha sido sustituida por la anemia, debida á la dificultad de la circulación. En pocas horas cederá, sin embargo, la induración y el abultamiento por la actividad absorbente de los linfáticos; y las lesiones que encontréis, serán tan ligeras, que no podrán dar idea cabal del padecimiento que existió en la piel.

La *resolución* es el término común de la enfermedad, y se verifica durante la llamada declinación del mal, es decir, en los tres últimos días, siendo su postrer fenómeno la *descamación* de la *capa superficial* del epidermis, hecho que anuncia la existencia en la *capa profunda* de exudaciones y proliferación de células epitelicas; pero que bien puede depender también de haber sido dislocadas y maceradas las células córneas por la exudación dérmica que distiende el epidermis.

La *supuración*, ó mejor dicho, la *fusión* de todo el tejido propio del dermis es rara; pero en cambio es frecuente la *supuración superficial*, que, unida á la exudación propia de la inflamación, se acumula en flictenas determinando la forma denominada *Erisipela flictenosa*, y aunque no tanto, también es algo común que la inflamación se propague al tejido celular subcutáneo (*erisipela fleommonosa*), dando lugar á los fleomones difusos primero, y después á los abscesos superficiales cuyo estudio habeis hecho en la Patología quirúrgica.

A pesar de las flictenas y abscesos, puede suceder que la erisipela no termine, sobre todo si es ambulante ó errática, y *salte* á un punto más ó menos distante á producir otras ampollas ó abscesos. Excusamos decirlo si la primera es causa de estos casos se hallan la erisipela y la puerhemia, llegando la duda hasta el extremo de no poder asegurar si la primera es causa ó es efecto de la segunda.

La *induración*, consecuencia de la repetición de las erisipelas y de la organización de los productos exudados por falta de absorción y por condiciones especiales del individuo; la *ulceración*, efecto de estados constitucionales que coexisten en el enfermo, y la *gangrena*, resultado unas veces del exceso de inflamación, otras de la suspensión de la circulación, y no pocas de la septicemia, de la inoculación virulenta y del contagio, las estudiaremos en el sitio que les corresponde, es decir, entre las complicaciones.

Echemos ahora una rápida ojeada sobre las múltiples y variadas causas que pueden determinar la erisipela.

Refiérense unas á *condiciones individuales del sujeto*, otras á *sustancias ó agentes externos* que obran directamente sobre la piel ó indirectamente y por conducto de la sangre, y otras en fin á *estados morbosos generales ó constitucionales* del individuo, que no sólo pueden determinarla sino influir de un modo especial en su curso y en su índole ó naturaleza.

Entre las condiciones individuales, la que más influencia ejerce, ó la que más propiamente se dice padecer la erisipela, es la edad, ya por las condiciones orgánicas que en ciertas épocas de la vida tiene la piel, ya también por exponerse en ellas á la acción de mayor número de causas determinantes.

En los primeros días de la vida extrauterina son muy frecuentes las erisipelas por hallarse la piel casi desprovista de epidermis córnea y estar sujeta por lo tanto á la acción de varias sustancias irritantes, y especialmente del frío; después apenas se observa hasta los 40 años, pero desde esta edad hasta los 40 es cuando se presenta comunmente. Pasados los 40, es sumamente rara; sólo suele presentarse en las piernas por causas ó estados constitucionales, y si en otros puntos aparece, tiene una gravedad y un modo de ser especial que ha hecho que muchos autores formen con ella, lo mismo que con la de los recién nacidos, variedades distintas, explicándolas en capítulo aparte.

El sexo femenino, por la finura de su piel, su mayor impresionabilidad á las causas morbosas, y sobre todo por la influencia de sus funciones menstruales, padece mayor número de veces la erisipela que el sexo masculino.

En el hombre la piel tiene más consistencia y resiste mejor á los agentes morbosos externos, pero en la mujer como en el niño, es generalmente más flácida y adiposa, se deja infiltrar fácilmente, y opone pocos obstáculos á la congestión y á la irritación.

Para algunos prácticos el temperamento sanguíneo favorece más que el nervioso y linfático el desarrollo de la erisipela; pero nosotros siempre hemos visto con más frecuencia esta enfermedad en el linfático que en los otros. La idiosincrasia hepática y biliar favorece también en el hombre la presentación de la dermatitis.

Una constitución fuerte, lo mismo que una constitución excesivamente pasiva por efecto de enfermedades debilitantes y sobre todo si han sido supuratorias, predisponen á la erisipela; la primera por la plétora que puede acompañarla, ó las congestiones activas que con facilidad determina, y la segunda por su disposición á la formación del pus, la poca resistencia á las causas inflamatorias y las congestiones pasivas que la acompañan, debidas á la falta de tonicidad en los vasos.

Ciertas profesiones dan á las estadísticas clínicas un contingente mayor de erisipelas. Los cocineros, herreros, cerrajeros, los obreros todos que se hallan próximos á los grandes

hornos de fundición ó fabricación (hornos de pan, de fabricación de gas del aluminado, de vidrio, de fundición de metales, etc.) exponen su cabeza y sus manos descubiertas á unas temperaturas tan elevadas, que se acercan por sus efectos á la quemadura, siendo en ellos la erisipela uno de los padecimientos más frecuentes. Los que por razón de su profesión se hallan sujetos á impresiones morales fuertes, tienen también facilidad para contraer la misma dolencia, pero nunca tanta como los trabajadores del campo expuestos á los rayos constantes del sol ó los artesanos ántes mencionados.

Los flujos habituales cuando se modifican ó suprimen bruscamente pueden determinar la erisipela.

La menstruación es tal vez entre todas las causas posibles, la que más relaciones demuestra con la inflamación de la piel. Hay jóvenes que sólo padecen esta enfermedad durante las épocas menstruales, repitiéndose en ellas infinito número de veces, ya porque se suprime ó disminuya, ya simplemente por el hábito morboso contraído después de las primeras repeticiones.

Este hábito morboso que todos conocen, pues es rara la familia en que no se encuentra alguna joven con esta disposición erisipelosa, se comprende: 1.º, porque las repeticiones siempre ocurren en el mismo sitio, y 2.º, porque en los tejidos afectos queda un infarto crónico que cada vez aumenta.

Para nosotros esta forma del mal es algunas veces idiopática y muchas más escrofulosa; pero esto no quita para que la menstruación ó la época menstrual sea una causa *predisponente*, y el hábito morboso y las lesiones materiales que la dolencia ha dejado como reliquia una causa *ocasional*, ó el pretexto, digámoslo así, para que la inflamación se localice en el punto anteriormente afectado.

En el Atlas de nuestra obra veréis representada en una lámina una erisipela aguda ó pseudo-exantemática, repetida en varias épocas menstruales, y en la sala 43 podeis ver en la actualidad á la pobre muchacha del núm. 10, cuyo mal, que actualmente es un lupus, empezó por erisipelas escrofulosas, que se repetían todos los meses hasta el momento de su ulceración ó de la transformación *in situ* de la primera enfermedad.

No es necesario que haya sido una erisipela la enfermedad anterior que ha existido en la piel afecta para que la predisposición sea real. Basta con otra inflamación cutánea exudativa, como el eczema, ó escamosa como el pitiriasis. Es muy común ver curarse el eczema ó el pitiriasis de la cara ó la cabeza, y al tratar de reproducirse quedarse reducido á una inflamación simple, es decir, á una erisipela, ya por debilidad en el brote eruptivo, ya por un tratamiento intempestivo que se oponga á la exudación.

Los repersivos y astringentes fuertes cuando se aplican en la fuerza inflamatoria de un brote de eczema agudo, son perjudiciales en este momento del mal porque provocan la

BRUNDA PATE.

erisipela; y por el contrario, favoreciendo con los emolientes la exudación durante los primeros días la evitamos, ó la curamos si existía.

Algunos han hablado de la herencia como circunstancia individual especialísima que puede provocar la erisipela citando casos de familias en que parece probado este hecho. Sin decidimos en esta cuestión por falta de datos concluyentes, observaremos, sin embargo, que es muy compleja y difícil de resolver porque los individuos de una misma familia generalmente se hallan sujetos en ciertas edades á las mismas causas, al mismo género de alimentos y de vida, y pudieran muy bien los agentes morbosos obrar sobre todos igualmente sin intervenir la herencia para nada.

La herencia morbosa no existe, salvo ligeras excepciones, sino en las enfermedades constitucionales y en las deformidades; por lo que desde luego puede decirse que si se trata de erisipelas que no sean escrofulosas, herpéticas, ó reumáticas, por ejemplo, no son debidas á la herencia. Si por el contrario se trata de éstas, la herencia no se referirá á ellas precisamente, sino á la escrofula ó á la enfermedad constitucional que pueda ó no determinarla.

Pasemos al estudio de otro género de causas más directas ó importantes para la producción de la erisipela.

Hay muchos agentes externos que, obrando directamente sobre la piel, pueden determinar en ella congestiones, inflamaciones ó erupciones.

Los climas, las estaciones, el calor, el frío, los numerosos tópicos ó sustancias irritantes que todos conocéis, las heridas simples, las envenenadas, virulentas, cadavéricas, etc., la pústula maligna y las dermatosis que en sitios próximos existen pueden ser causa directa, ó por lo menos ocasional de la presentación de una *cutitis*.

En los climas cálidos son más frecuentes las erisipelas que en los fríos, y sin embargo no es el calor por sí solo el que más efecto causa en la piel. Los tránsitos bruscos del calor al frío son los que más erisipelas determinan, y en los climas templados, ó en las estaciones de primavera y otoño, en que ocurren con frecuencia estos cambios, es en los que abundan semejantes dolencias más todavía que en los climas y estaciones extremas.

La influencia de estos cambios bruscos de temperatura la podeis ver prácticamente, y raro será que no lleguéis á producir una erisipela artificial haciendo lavar en agua casi hirviendo la cara á un herrero ó pandero después de haber pasado largo rato cerca del horno ó de la fragua en gran actividad. No se relaja en 30° y súbitamente la temperatura de una parte del cuerpo, sin que la reacción que sobrevenga sea inflamatoria, y al decir no se relaja, podríamos decir lo mismo no se eleva, puesto que los trastornos son idénticos.

Lo que hace un enfriamiento puede hacer un tónico irritante por poca que sea la predisposición del individuo. El



agua hirviendo, la mostaza, la cantárida, los emplastos formados por sustancias irritantes pueden, según el tiempo que dure su acción en la piel, determinar una inflamación erupitiva ó una erisipela. Hay personas muy predispuestas á ella que la sufren á consecuencia de la aplicación de cualquier tónico irritante.

En los que tienen habitualmente exutorios sostenidos por los papeles episépticos, habreis visto alguna vez cesar la supuración á pesar de vuestro empeño en sostenerla, formarse una película blanca que no se desprende fácilmente, y sobrevenir la erisipela flemonosa si insistís en la aplicación de los papeles y no dejáis por algunos días tranquila á aquella piel que no quiere exudar más.

La supresión de la exudación en cualquier superficie supurante indica muchas veces el principio de una erisipela.

En el caso enunciado de los exutorios, temedla, señores, y anunciadla con tiempo en cuanto la exudación disminuya y aparezca un ligero dolor á la presión; y esto, que pasa en las exudaciones artificiales ó provocadas, ocurre también en las exudaciones y supuraciones naturales de las erupciones húmedas y de las úlceras.

Cuando una úlcera deja de supurar sin motivo ostensible de inflamación interna, ni de infección purulenta adelantada, es que la erisipela va á presentarse.

Trousseau se inclina á considerar como traumáticas á todas ó á la mayor parte de las erisipelas tenidas por espontáneas, porque en casi todos los enfermos de su clínica existían erupciones próximas al sitio del mal. Conviene, siguiendo su consejo, que al ver una erisipela incipiente, reconozcáis las aberturas naturales inmediatas, la nariz, la boca, las orejas, los párpados, la garganta ó las fauces en ocasiones, pues un ligero eczema ó una vesícula de herpes en estos puntos, una pequeña grieta ó escoriación, hasta muchas veces para provocar la erisipela en las inmediaciones.

Las causas irritantes ó específicas obran fácilmente sobre el dérmis descubierto en estas grietas ó exulceraciones y desde este punto se propaga la inflamación por toda la atmósfera del tejido conectivo circundante. Esto mismo debe suceder en las heridas simples, y con mayor motivo en las inoculadas ó envenenadas por sustancias virulentas.

Las erisipelas traumáticas, llamadas así porque se presentan en los bordes de las heridas comunes, y más especialmente en los bordes de las incisiones quirúrgicas, no se presentarían ciertamente si la herida no existiera, pero es difícil, sin admitir otra causa interna ó externa, explicar su aparición.

Generalmente se atribuye al frío ó á la humedad, pero, señores, ¡cuántas veces nos avisa ó anuncia el principio de una infección! No extrañéis por esto las ideas de ciertos prácticos que admiten para la producción de la erisipela un principio ó agente especial, capaz, no sólo de darle origen, sino de propagarla por contagio. Hay algo de infeccioso ó de puohé-

mico siempre en la erisipela, inexplicable hasta hoy: tal vez clarísimo y racional dentro de poco.

Las heridas envenenadas desarrollan siempre la erisipela sin necesidad de causas auxiliares. Son verdaderas inoculaciones de principios sépticos, más ó menos fermentescibles, pero que necesitan producir la inflamación para multiplicarse ó fermentar en el seno del organismo humano.

Las inoculaciones cadavéricas dan lugar á la erisipela (generalmente flemonosa) en el sitio de la punción del histuri infecto, y la inflamación se extiende con rapidez, auxiliada por la angioleucitis y tal vez por la flebitis capilar. Lo que determina en la piel la picadura de ciertos arácnidos, y sobre todo la de los repúles venenosos, no es más que una erisipela, pero especial, septicémica y flemonosa, tan grave que en pocas horas inficiona la sangre y puede destruir la parte por el esfacelo ó la gangrena. ¿Qué otra cosa que una erisipela enfismatosa, también específica y septicémica es la inflamación de la atmósfera de tejidos que rodea á la pústula maligna?

En todas las inflamaciones virulentas nadie se atreve á negar la especificidad de la causa, bien manifiesta por la especificidad de los efectos y por lo característico de los síntomas, y en todas ellas el contagio positivo para su primera producción es también posible por inoculación en otros sujetos. Tomad cuenta de este hecho, que nos servirá más adelante para resolver la cuestión del contagio de la erisipela.

Otras inoculaciones distintas producen también dermatitis agudas, pero no difusas y ambulantes como las anteriores, sino limitadas ó discretas aunque se generalicen en puntos diseminados de la envoltura cutánea.

¿Qué otra cosa que erisipelas limitadas y circunscritas á un pequeño espacio son las inflamaciones precursoras de las pústulas de la vacuna y de la viruela inoculada? Es verdad que en algunos casos más que una inflamación es un eritema; pero en la mayor parte se trata de una verdadera erisipela que puede llegar hasta el flemón difuso.

El modo de obrar de cada una de estas causas externas y directas debe tener mucho de común y no poco de especial en cada una de ellas, pero no se han hecho todavía los estudios comparativos de histología patológica, necesarios para dilucidar cuestión tan importante.

Viene á propósito en este momento decir algo de varias causas externas de la erisipela que entrañan cuestiones patológicas importantísimas. Nos referimos al contagio y á ciertas constituciones médicas, epidémicas ó endémicas, á las que se atribuye la aparición simultánea de numerosos casos de esta enfermedad en una población ó en una localidad determinada.

La mayor parte de los médicos ingleses, desde Willan y Gregory hasta Williams y Graves consideran á la erisipela como contagiosa y citan todos numerosos observaciones en su apoyo. Los norte-americanos se inclinan hoy á la identidad

de naturaleza entre la erisipela y la metro-peritonitis puerperal, pudiendo la primera contagiar la segunda y vice-versa. Trousseau llamó en sus Lecciones del Hôtel Dieu la atención de sus oyentes sobre este punto; pero la verdad es que en el Mediodía de Europa la mayoría de los médicos no incluyen á la erisipela entre las dermatosis contagiosas. Bayer y Cazenave la dan como carácter el no ser trasmisible, y por esto, dicen, se distingue de los verdaderos exantemas.

Tanta diversidad de ideas, fundadas en hechos de observación de hombres eminentes, no puede depender solamente de las diferencias del clima ó de la topografía médica; consiste además en un error del que no se ha librado el mismo Bazin, tan afanoso por separar el género de la especie morbosa: es hija de haber considerado todos á la erisipela como una especie ó *unidad morbosa*, siendo así que es una afección genérica con infinitas especies de naturaleza diversa, cada una de las cuales es una enfermedad distinta, siquiera tenga algunos caracteres comunes con las demás especies del mismo género.

Hay erisipelas simples, sin herida, sin exudación ni complicaciones que no son ni pueden ser contagiosas; pero hay otras que por su naturaleza propia ó por complicación septicémica que se adiciona, pueden ser ó hacerse contagiosas.

El aire infecto de una enfermería, por ejemplo, produce en un herido ó amputado la erisipela traumática; pues de temer es que en otros también la desarrolle; y si uno de ellos se traslada á otra enfermería puede ocurrir que transmita el padecimiento á los demás heridos ó amputados de la nueva sala.

Si la erisipela traumática sobreviene por causas locales ó por enfriamiento, y en el aire de la enfermería ni en el enfermo hay gérmenes que puedan producir la septicemia ni circunstancias que favorezcan la puohemia, la erisipela no se propagará, es decir, no será contagiosa.

Hay otras erisipelas que son contagiosas ó inoculables *per se*, y estas son todas las virulentas y las fito-parasitarias que acompañan á las tiñas favosa, tonsurante y pelada.

De esta manera, que es bien sencilla y racional, explicamos nosotros la diversidad de opiniones que reina en la ciencia sobre la transmisión de la enfermedad que nos ocupa.

Parece, sin embargo, que á este contagio hay que ponerle una restricción ó una condición para que pueda efectuarse; la de que exista una herida, escoriación ó denudación del dérmis en el sujeto *contagiable*, y una exudación ó supuración en el *contagiante*.

Lo mismo pasa en la sífilis y con el veneno de los reptiles, lo cual indica que su contagio no es ni puede ser infectivo ó por infección, sino inoculable ó por inoculación. El epitélisis íntegro nos librará de la erisipela como de la sífilis ó del veneno del croáto y de otros animales; pero si hay una ligera escoriación, estaremos expuestísimos á contraer estas enfer-

medades y otras de la clase de las virulentas y aún de las miasmáticas.

No se han fijado mucho los epidemiólogos en esta circunstancia; pero si observan de aquí en adelante, hallarán siempre mayor facilidad para contraer una enfermedad epidémica en todos aquellos que tienen erosiones, grietas ó denudaciones del dérmis cutáneo ó mucoso, que en los que tienen intacto el epitélisis y el epitelium.

Respecto á la cuestión de la identidad de naturaleza entre la erisipela y la fiebre puerperal, ó mejor dicho, entre sus gérmenes contagiosos, no tenemos datos suficientes de observación ni de experimentación para decidirlos.

Los autores de patología nos hablan de ciertas constituciones médicas, durante las cuales ha reinado epidémicamente la erisipela en algunos puntos de América y de Europa, tomando en unos casos una índole maligna gangrenosa, atáxica, etc.

Para nosotros, semejantes epidemias con tales formas de erisipela, han sido epidemias de fiebres graves, en las que la erisipela sólo era un síntoma.

Esta idea nos lleva como por la mano al estudio de las causas internas de la inflamación de la piel, causas que, como puede presumir, consisten en estados morbosos especiales del organismo.

Son unos generales y febriles, y otros crónicos, infebriles y constitucionales. La fiebre inflamatoria, la adinámica, la atáxica, la gástrica-biliosa, la puerperal, la reumática, la puohémica y septicémica y la intermitente palúdica, son las causas generales; el herpetismo, el reuma crónico, la escrófula y el carbanco, son las causas constitucionales. Todas ellas pueden por sí solas determinar la erisipela, dando á la forma del mal caracteres más ó menos distintos, pero suficientes para el diagnóstico.

Dentro de poco, cuando recordemos los casos de la enfermería y estudiemos las especies y variedades de la erisipela, que admitimos en nuestra clasificación, podéis convenceros de ello y comparar los diversos tratamientos que exigen.

Entre las causas internas que no son diátesis ni fiebres, debemos colocar las emociones morales. Una pasión excitante y repentina como la cólera, puede dar lugar á una erisipela de la cabeza. Un gran susto, el miedo, el terror, producen en ocasiones el mismo efecto. Las pasiones que podríamos llamar de curso lento, la tristeza, la envidia, etc., no influyen generalmente en la formación de las dermatitis; es preciso que el trastorno moral sea brusco y repentino, y que la congestión sanguínea sea rápida para que la erisipela se presente.

La dermatitis, considerada como lesión cutánea, pudiera confundirse con el eritema, la angiolecitis, el flemón, la pitiriasis rubra, el eczema rubrum, el pénfigo y los herpes zona y flictenóides.

Su diagnóstico puede ofrecer dificultades en algunos casos, aunque por lo común es sencillo.



Así, por ejemplo, el eritema puede distinguirse en general de la erisipela por la falta de tumefacción y de fenómenos generales prodromáticos, por su fijeza y por la difusión de su borde circunferencial; pero el eritema nudoso tiene tumefacción y fenómenos generales que le anuncian y acompañan, y en este caso el diagnóstico debe hacerse por el curso del mal, lento y de larga duración en el eritema á pesar de no moverse ni extenderse como hace la dermatitis. La angioleucitis no presenta en su marcha una coloración uniforme, sino en líneas largas que siguen la dirección de los vasos linfáticos, los que forman cordones tumefactos y dolorosos, que terminan en ganglios abultados.

La tumefacción de los ganglios es también un síntoma de la erisipela, tan importante para Trousseau, que por ella y por los prodromos cree posible anunciar la presentación de la dermatitis; pero la verdad es que el infarto ganglionar agudo es constante en la linfangitis, y se presenta una vez en cada cuatro erisipelas. Si esta vez que se presenta observais bien los alrededores, encontrareis seguramente grietas ó escoriaciones en ellos, y podreis afirmar que la erisipela ha empezado por la inflamación de los vasos linfáticos.

El flemon se distingue de la dermatitis por sus fenómenos iniciales: mientras que en la erisipela la rubicundez es el fenómeno primero que aparece, en el flemon es el último. Empieza éste por un abultamiento doloroso, más profundo que la piel, puesto que tiene su asiento en el tejido celular subcutáneo, y hasta que no se transforma en absceso propagando su inflamación al dermis, no determina la rubicundez. Cuando ya hay pus, la pastosidad y el edema rápido que se presentan, bastan para distinguirla de la erisipela simple, pero no de la floconosa, con la que debe confundirse, puesto que son una misma cosa, con la sola diferencia de que en el flemon la inflamación empieza en el tejido celular subcutáneo y se propaga después á la piel, y en la erisipela floconosa empieza en la piel y se extiende después al tejido celular.

La enfermedad que por su aspecto puede confundirse mejor con la dermatitis flictenosa, es el eczema rubrum cuando se ha cubierto en algunos puntos de costras laminosas; pero su coloración es de un rojo más intenso, pica fuertemente, tiene, aunque escasa, alguna humedad, bañando su superficie; no es ambulante, aunque se presenta á la vez en varios y distintos puntos de la piel, y es de una duración que puede llegar á meses ó años. Es además infebril en su periodo de estado, y si va precedido en su primera aparición de fenómenos febriles, son ligeros comparados con los de la erisipela y no guardan relación tampoco con la intensidad de los síntomas cutáneos que más tarde le caracterizan.

La pitiriasis rubra puede diagnosticarse por la descamación furfurácea y la falta de fenómenos generales, y los herpes zona y flictenoides por las neurálgias precursoras, y en su periodo de estado por las vesículo-ampollas diseminadas ó formando

cinturas. Finalmente, el pénfigo agudo difiere de la erisipela flictenosa por el menor abultamiento de la piel y porque cada ampolla sale sobre su respectiva placa eritematosa, mientras que en la erisipela las flictenas salen en número variable sobre la *mancha difusa* de la inflamación dérmica, casi siempre única, lo que equivale á decir que el pénfigo es siempre múltiple y diseminado, y la erisipela circunscrita y limitada á un punto más ó menos extenso de la piel.

Más difícil que el diagnóstico de la erisipela en general, ha de ser el de cada una de sus especies, como veremos más adelante; pero al fin es posible, mientras que el pronóstico de la lesión en sí es tan variable, que nada puede decirse de su gravedad, de su curso, duración y terminaciones, sino refiriéndose á cada una de sus variedades.

Hay dermatitis tan fugaces y leves, que desaparecen por resolución en veinticuatro horas; y en cambio hay otras que duran meses, que recorren toda la superficie del cuerpo, que terminan por gangrena ó que ocasionan la muerte.

Para poder, pues, fijar algo la cuestión del pronóstico, ya que tratando en general de la lesión no debemos descender á las especies, es necesario subordinarle á las circunstancias de la enfermedad ó del enfermo, que pueden modificarle; es decir, á la causa, sitio, extensión, intensidad é índole del mal, y á la edad, constitución, salud habitual y condiciones orgánicas especiales del individuo enfermo.

Las causas externas, simples y no virulentas, producen generalmente erisipelas francas, de curso breve y de terminación feliz.

Las virulentas dan lugar á erisipelas especiales graves, contagiosas, de curso breve, pero casi siempre terminando con la muerte. Las fitoparasitarias, determinan erisipelas crónicas ó agudas, pero de poca ó ninguna gravedad, como subordinadas á la acción local del parásito y á la eficacia de los medios de tratamiento que pueden destruirle.

Las erisipelas de causa interna son, hablando en general, más graves y de más duración que las de causa externa. Si algunas, como la idiopática y la intermitente, ceden pronto á los recursos del arte, la mayoría son graves y aun mortales, como la atáxica, la adinámica, la puerperal, la carbuncal y la septicémica; y otras son lentas en su curso, recidivantes y expuestas á malas terminaciones (supuración, ulceración y gangrena) ó á dejar reliquias permanentes (varices, edemas, hipertrofías y elefantiasis) como la herpética, la reumática y sobre todo la escrofulosa.

El sitio de la erisipela influye mucho en el pronóstico que de ella podemos hacer.

La que ocupa la cara es leve si no se propaga á la cabeza; pero la de la piel del cráneo es muy grave en ocasiones por la frecuencia de complicaciones cerebrales y por la escasa diseminabilidad de los tejidos inflamados. Unos atribuyen las meningitis que sobrevienen á la metástasis ó retropulsión, á

pesar de que la inflamacion cutánea no se retira, otros á la propagacion de la inflamacion desde el pericráneo á la dura madre, y algunos á la compresion que sobre el cráneo ejerce la piel inflamada y á la dificultad consiguiente de la circulacion meningea; pero sea la causa la que fuere, es lo cierto que entre la erisipela ó la inflamacion de la piel y la inflamacion de las membranas serosas y fibrosas de las cavidades á ella más próximas hay grandes relaciones y es de temer la segunda cuando la primera existe.

La erisipela que ocupa el tronco ó los miembros no se ve complicada por accidentes cerebrales graves; pueden existir simpáticamente el delirio y el coma; pero no dependen de inflamacion meningea.

En cambio es un hecho de observacion que las erisipelas del cuerpo tienen más facilidad para supurar y para terminar ó complicarse con la ulceracion y con la gangrena.

La extension de la erisipela es de un gran valor pronóstico, pues cuanto mayor sea, mayor es tambien la gravedad. Toda erisipela que ocupa menos de 20 centímetros cuadrados termina generalmente bien. La que ocupa de 20 á 50 es grave ó gravísima, pudiendo llegar á ser mortal. La que pasa de 50 centímetros, lo mismo que la generalizada ó la que ocupa todo el cuerpo, es infaliblemente mortal. Pero como esto no puede ménos tambien de estar en relacion con el tamaño del cuerpo, de aquí que sea tan grave en los niños pequeños esta enfermedad, pudiendo decirse de otro modo que la erisipela que ocupa la mitad ó más de la superficie del cuerpo es siempre mortal, grave la que ocupa más de la cuarta parte, y leve la que ocupa ménos.

Puede presumir que estas medidas no sirven ni pueden servir de otra cosa que de un tipo aproximado á la verdad y de un medio fácil de recordarle á la cabecera de los enfermos, donde suele tener utilidad para la formacion rápida del juicio pronóstico. Lo mismo decimos de la intensidad, y sobre todo de la índole del mal, que se miden mejor que con la ciencia métrica, con los ojos de la inteligencia.

La *malignidad* en todo estado morbooso puede presumirse por las anomalías de la invasion ó del curso del mal y ya desde este momento debéis poner en guardia para dar vuestra opinion sobre el resultado de la enfermedad, pero una vez manifiesta la índole maligna que tenga, consideradla como grave ó mortal.

El pronóstico en las epidemias debe supeditarse á la observacion de lo que acontece en los demás casos. Cada epidemia tiene su modo de ser especial, y no se puede por la observacion de lo acontecido en otras ó por los casos comunes y esporádicos juzgar lo que ha de suceder.

En las circunstancias individuales, encontramos motivos para modificar el juicio pronóstico, tanto á veces como en las de la enfermedad misma.

La edad del enfermo, como ántes indicamos, influye poderosamente en la gravedad y resultados de la erisipela.

En los niños es casi siempre mortal por poco extensa que sea. En los viejos es siempre grave y recidivante.

El sexo influye poco en la gravedad. Algunos prácticos citan estadísticas de mortalidad en que el masculino sale muy perjudicado á pesar de ser ménos frecuente en él la dermatitis que en el femenino, pero otros en cambio creen que en ambos existe la misma exposicion.

Una constitucion debilitada dá gravedad á la erisipela por la mayor facilidad á tener complicaciones adinámicas, y una demasiado robusta tambien por la frecuencia en ella de la congestion cerebral y de la meningitis.

Pero hay sobre todo condiciones orgánicas ó predisposiciones especiales en algunos sujetos, que malignizan todas las enfermedades, y con más motivo la erisipela.

Los que tienen *mala encarnadura* ó una diátesis purulenta, influyen poderosamente para que sus erisipelas sean lentas, ambulantes, terminen por supuracion, recidiven y den lugar á accidentes graves viscerales.

Prescindiendo de las circunstancias de la enfermedad y del enfermo, hay otros datos que pueden servir para el pronóstico.

La desaparicion brusca de la coloracion de la erisipela en su periodo de mayor intensidad, indica la invasion de una congestion ó inflamacion visceral grave: los cambios alternados en esa misma coloracion, la malignidad; el pulso pequeño, irregular y contraído durante el apogeo del mal, una complicacion meningea; el delirio, que no tiene importancia en la invasion de la inflamacion, es grave durante su curso: la intensidad del dolor y de la coloracion precede á su propagacion al tejido celular subcutáneo: el color violado-negruzco y la insensibilidad, preceden á la gangrena. La falta de relacion en fin, entre la intensidad de los síntomas locales y generales ó vice-versa, es signo de mal agüero, etc., etc.

El tratamiento de la erisipela debe fundarse en varias indicaciones comunes y algunas especiales.

La primera que debe llenarse á nuestro modo de ver es *no perturbar en los casos comunes el curso natural siempre resolutivo de la inflamacion dérmica*.

Durante muchos años los dermatólogos, y sobre todo los cirujanos, han ensayado inñitos remedios tópicos y generales para yngular la inflamacion ó para disminuir su duracion, sin conseguir el resultado apetecido. Nosotros los hemos ensayado tambien y al proscribirlas en los casos comunes de erisipelas francamente inflamatorias y libres de toda complicacion, no dejaremos de recomendarlos para ciertas formas ó variedades en las que no es franca y está complicada la inflamacion dérmica.

En las erisipelas francas, ya dependientes de una causa externa, ya de la plétoea, de las alteraciones de la mende-



trunción ó de la supresión de flujos habituales, la medicación debe ser espectante, bastando la dieta, los diluentes y sudoríficos y la quietud en la cama para favorecer la resolución á que la naturaleza tiende; pero en las que son francas ó amenazan complicaciones de mayor ó menor importancia hay que llenar otra indicación, la de evitarlas si es posible ó combatirlas si ya se han presentado.

Las emisiones sanguíneas generales, cuando amaga la congestión cerebral ó la meningitis, pueden evitarlas y aún combatirlas si ya existen, dejando á la erisipela libre de una revulsión interna, que por el pronto la hará palidecer ó retirarse, pero que después la convertirá en maligna por los trastornos generales del enfermo. El emético combatirá los estados saburrales ó biliosos que tanto modifican el curso normal de la inflamación cutánea dejándola brotar en libertad, y los purgantes suaves le ayudarán ó sustituirán en los casos en que estén contraindicados los esfuerzos del vómito por cualquiera otra circunstancia.

Las emisiones sanguíneas locales deben, en nuestra opinión, prohibirse en todos los casos. La práctica de Blandin y de Lisfranc, aún siguiendo sus consejos de aplicar sanguijuelas en gran número para evitar mayor congestión en el punto inflamado, ó de aplicarlas sobre los ganglios abultados para cortar de golpe el punto de irradiación de la linfangitis á la que atribuyen el origen de la erisipela, no ha dado hasta hoy más que funestos resultados.

Tampoco ha dado, bien estudiada la cuestión, buen éxito la práctica de Sydenham y de Bouillaud, que hacían en todos los casos emisiones sanguíneas generales, con las que si acortaban en algunas horas nada más la duración total de la erisipela, dejaban en cambio estropeado al enfermo para mucho tiempo.

Las escarificaciones ó las sajas que tan indispensables son en los flemones subaponeuróticos, son perjudiciales en la erisipela aunque sea flemonosa. Enhorabuena que cuando se limite un absceso le abraís, ó dilateis si no es conveniente dejarlo á los esfuerzos de la naturaleza, pero no hay cosa peor, señores, que poner la piel inflamada en contacto del aire exterior.

Observad: 1.ª, que vais á hacer una herida, probablemente innecesaria, que no cicatrizará sino mucho después de curada la erisipela; 2.ª, que el aire inflama la piel desnuda, y exacerba ciertas inflamaciones provocadas, como pasa con las quemaduras, en las que falta á la piel su necesaria cubierta, y 3.ª, que esa herida ó esas escarificaciones serán ventosas de infección de todo lo nocivo que en el aire exista, y puntos fáciles de inmergencia para los virus y miasmas.

Casi todas las erisipelas tratadas por las escarificaciones en los hospitales se hacen gangrenosas ó flemonosas, se propagan sucesivamente á diferentes puntos, donde se repiten

los abscesos y la puerhemia nos arrebató á los enfermos ó los coloca en situaciones poco lisonjeras.

Los infinitos remedios tópicos que se han aconsejado contra la erisipela pueden dividirse en emolientes, astringentes, escitantes, cáusticos y antisépticos.

Los remedios emolientes son secos ó pulverulentos, líquidos y oleosos.

Forzoso es convenir que los polvos emolientes son los que mejores resultados dan y los que desde más antiguo vienen usándose por la generalidad de los prácticos.

Los polvos de almidón, de arroz y de otras féculas roban algo el calor de la piel inflamada y la preservan del contacto del aire dejando á la inflamación que siga su curso sin obstáculos. Si la erisipela ha de ser flictenosa, las ampollas se formarán y su película se conservará intacta sin exponer el dérmis desnudado al contacto del aire. Si el frío es grande, le oponen siempre alguna resistencia abrigando dulcemente la parte enferma, y si el calor es mucho refrescan la piel y absorben el sudor que podría irritarla.

Los emolientes líquidos compuestos por cocimientos de malvas, malvavisco, linaza, etc., aplicados en lociones se usan poco en España, en donde es idea muy vulgarizada que «el agua es mala para la erisipela.» Suelen algunos aplicar como excepción paños de cocimiento de saúco; pero generalmente se dejan las fomentaciones emolientes para lavar los bordes de las heridas acompañadas de erisipelas traumáticas. La cicatrización por primera intención se pierde de todos modos, pero supurando más la herida, la erisipela parece limitarse y cede con alguna facilidad.

Nuestra práctica, sin embargo, nos aconseja en estos casos mejor que los tópicos emolientes los antisépticos fenicados; pero bueno es que sepáis la única aplicación que puede darse á los emolientes líquidos.

Las grasas son tópicos tan excelentes para toda dermatosis seca como perjudiciales para las húmedas ó exudativas.

En la erisipela sirven para mitigar el ardor y sequedad de la piel, librándola además del frío y del contacto del aire. La mayor parte de los específicos y remedios empíricos que se anuncian en los *Diarios* consisten en aceites compuestos con alguna sustancia calmante, astringente ó resolutive; pero está probado que todas las pomadas, inclusa la mercurial, que Velpeau recomendó con entusiasmo al principio de sus ensayos, sirven lo mismo que el aceite de almendras dulces ó la manteca fresca.

Los astringentes, y especialmente el sulfato de hierro (30 gramos por litro de agua para lociones, y 8 por 30 gramos de manteca para untura), han sido muy encomiados para hacer abortar la inflamación del dérmis. Velpeau que tanto recomendaba este último ha sido el primero en abandonarlo. Otros han recomendado los preparados de plomo, el tannino, el óxido de zinc y hasta el hielo colocado entre bula ó gutta-

percha. Su acción es nociva ó cuando ménos inútil en las erisipelas agudas, pero pueden ser útiles en las formas crónicas constitucionales ó adinámicas de esta enfermedad.

De la compresión hecha por diferentes medios incluso el colodion puede decirse lo mismo.

Muchas veces hemos aplicado esta sustancia en erisipelas graves del tronco y de los miembros, persiguiéndolas cuando eran ambulantes ó serpiginosas y aumentando todos los días el grueso de la capa ó película del colodion, y aunque su efecto no ha sido perjudicial nos queda la duda racional de lo que hubiera sucedido no haciendo nada.

Entre los tópicos excitantes hay algunos que son á la par resolutivos y pueden en ciertas formas de la erisipela prestar servicios importantes. La tintura de yodo y el aceite de eucalipto, sustancias á las que nos referimos, son capaces de prevenir y áun de curar rápidamente las erisipelas de los sujetos escrofulosos, cuando la inflamación es limitada y poco aguda, pero en las erisipelas agudas y febriles aumentan la inflamación en vez de mejorarla.

Entre los demás tópicos excitantes debemos también hacer mención de los amoniacales y de las cantáridas que se han usado para limitar la erisipela y para que haciéndose artificialmente exudativa ó flictenosa, tuviera algun desahogo la inflamación y terminara más pronto.

Ni estos ni los cáusticos consiguen el efecto deseado en la mayoría de los casos. El nitrato de plata cambia el color de la piel y oscurece por lo tanto el enrojecimiento cutáneo, dá consistencia al epitelio, que puede por esta circunstancia ejercer alguna compresión sobre el dérmis, y parece que modera las molestias de la erisipela, sin embargo de lo cual ni basta para limitarla ni mucho ménos para detener su evolución.

Los antisépticos, y especialmente las soluciones fenicadas que no tienen aplicación en los casos comunes de erisipela aguda, la tienen muy especialísima en las traumáticas y en las que amenazan terminar por gangrena. En estos casos las lociones ó fomentos repetidos con la solución acuoso-alcohólica normal de ácido fénico (5 por 40 de alcohol y 400 de agua) curan rápidamente la herida mejorando á la par la erisipela é impiden la presentación de la gangrena.

Por esta sucinta reseña del tratamiento de la *cutitis, dermatitis* ó erisipela habreis podido colegir lo fácil que es llenar las indicaciones *generales* ó *comunes* que se presentan para combatirla.

Pronto, al ocuparnos de las especies admitidas por los autores, y al hablaros del tratamiento de la idiopática ó pseudo-exantemática, comparado con el que las demás exigen os haremos ver las indicaciones *especiales* y los medios que debéis emplear para llenarlas con acierto.

Entremos desde luego en este asunto.

La *división* ó *clasificación* de la erisipela ha sido tan va-

riable como las ideas dominantes en la ciencia. Quien la ha clasificado por su causa, quién por su asiento, su marcha ó su anatomía patológica, y quién, en fin, por sus complicaciones, por la edad de los pacientes ó por su modo de presentarse.

Por razón de su causa, considerada en abstracto, la han dividido en *Idiopática*, que se presenta espontáneamente sin causas externas ni internas suficientes para poderla confundir con la *Sintomática* efecto de enfermedades internas, ni con la *Traumática* resultado de violencias externas.

Por su asiento, se ha dividido en erisipela de la cara, de la cabeza, del tronco, de las mamas, de los miembros, de los órganos genitales y generalizada ó de todo el cuerpo.

Por su marcha, en fija, serpigínea, ambulante, continua, intermitente, siderante maligna y metastásica.

Por su anatomía patológica, en cutánea, linfática y venosa y también en vesiculosa, flictenosa, flemonosa, edematosa, gangrenosa y ulcerosa.

Por sus complicaciones, en apirética, febril, biliosa, inflamatoria, adinámica y atáxica.

Por la edad de los enfermos en erisipela de los niños recién nacidos y de los viejos, y

Por el modo de presentarse, en esporádica, endémica y epidémica.

No todas estas especies que admiten los autores de Patología interna tienen caracteres suficientes para formar unidades morbosas, pero algunas son dignas de un estudio especial.

La de los niños recién nacidos, por ejemplo, perfectamente estudiada y descrita por Trousseau, es muy común en las épocas en que reina epidémica ó endémicamente la fiebre puerperal, sobre todo, si la madre la padece; empieza generalmente por una inflamación latente ó profunda del ombligo, llega á la piel y haciéndose ambulante ó serpigínea, se extiende por diferentes puntos del cuerpo, quitándose en unos para salir en otros; pero, dejando siempre libre la cara y la cabeza aunque se halle generalizada en todo lo restante del cuerpo.

Otras veces empieza por pequeños puntos diseminados en el cuerpo, que se extienden y reúnen. Esto hace que su curso sea lento y su duración de mes á mes y medio; pero lo grave es la insidiosidad del padecimiento por la facilidad con que puede engañarnos.

Leve, sin gravedad en sus síntomas y casi insignificante al principio, va desarrollándose poco á poco cuando la inflamación se extiende, tomando la fiebre una intensidad grande y sobreviniendo vómitos, diarrea, convulsiones, y en fin, la muerte, ó flemones y abscesos numerosos en diferentes puntos, que conducen al mismo término por la fiebre lenta puohémica.

La erisipela de los ancianos es un grado más en intensidad



del *eritema fijo* que se presenta en los hidrópicos y cuyos caracteres recordareis seguramente. Aparece en las piernas algo hinchadas de los viejos, tiene un curso lento, una duración muy larga, se mejora y disminuye mucho por la quietud en la cama ó la posición horizontal, y se exacerba al levantarse y andar; es fija ó no ambulante, y á pesar de esto rara vez supura, siendo muy frecuente el que termine por la formación de una gran flictena, la gangrena del dérmis sobre el que ésta se forma, y la conversión de la solución de continuidad resultante en una úlcera grande, profunda y de mal aspecto, con todos los caracteres de las *úlceras atónicas de las piernas*, tan bien descritas por Richerand.

Ni la erisipela vesiculosa ó miliar, ni la flictenosa ó ampollosa merecen capítulo aparte, pues en nada se modifica el curso de la erisipela común, porque se forman exudaciones infra-epidérmicas que sólo indican un grado mayor de agudeza, pero no es lo mismo cuando la afección se propaga á los tejidos subdérmicos, constituyendo la

*Erisipela necrótica*. En esta inflamación suele presentarse como síntoma inicial, además del enrojecimiento poco uniforme, del dolor contusivo profundo, del calor urente y de un prurito interno que no puede alcanzarse con las uñas, un edema cálido ligero que desaparece con el color en el sitio de la presión del dedo, y una sensación de peso que impide al enfermo mover la parte afectada. Pronto se hace más dura, abultada y resistente, aumenta el calor, y la fiebre toma una intensidad y un carácter inflamatorio muy graduados. Sigue creciendo todo: fenómenos gástricos y nerviosos aparecen en la escena febril; algún escalofrío nos indica la formación del pus, y con efecto, en la piel que se había puesto dura, reaparece el *edema cálido* que los cirujanos han llamado de retorno, y más tarde el absceso, que después de producir flictenas, romperá por gangrena un trozo circular de piel para que salga el pus acumulado en su interior y algunos tejidos dérmicos y subdérmicos esclerizados.

La fusión del tejido celular, del adiposo y del conectivo deja la piel tan delgada que es muy notorio el enflequecimiento de la parte que ha sufrido el flemon, comparado su diámetro con el de la congénere del otro lado del cuerpo.

La *erisipela ambulante, sucesiva, errática, vaga ó serpigínea* lleva este nombre por su modo de extenderse ó de propagarse ó porque se compone de varias erisipelas sucesivas que se desarrollan en diferentes puntos de la piel.

Algunos prácticos admiten dos variedades según que la erisipela avance progresiva ó serpigíneamente á puntos inmediatos, ó salte á puntos distantes, pero el mecanismo debe ser idéntico y además se mezclan tanto estas formas convirtiéndose una en otra con tanta facilidad, que no creemos haya motivo para su separación.

Es más grave que la fija, por intensa que sea, en atención á su larga permanencia en la piel, á la duración mayor de la

fiebre, á la disposición que tiene á supurar, al aniquilamiento de las fuerzas del enfermo que determina y á la poca eficacia de los remedios, debida seguramente á que hay una causa interna ó una disposición especial que sostiene la enfermedad.

Suele empezar por la cara ó por el cuello y descender después al cuerpo y á los miembros, ya desapareciendo completamente en los primeros puntos invadidos antes de empezar en los próximos ó saltar á los distantes, ya invadiendo los nuevos sin haber acabado su evolución en los antiguos.

En este último caso se convierte en la

*Erisipela general ó generalizada*, especie rara en el adulto, frecuente en el niño y tan grave, que es constante y rápidamente mortal, porque es imposible abolir de pronto la totalidad de las funciones cutáneas, ó si queréis mejor, las funciones de la totalidad de la piel sin que sobrevenga la muerte.

Entre las especies admitidas por algunos autores que debemos citar antes de explicarnos nuestra clasificación, se hallan las erisipelas linfática y venosa, perfectamente descritas por Boinet.

La *linfática* empieza por una verdadera angioleucitis. Las líneas rojas, largas, dolorosas y tumefactas que indican la inflamación de los vasos linfáticos, convertidos por ella en cordones macizos abren la escena sintomática, pero pronto las fajas más pálidas de piel sana que entre ellos quedaba empiezan á llenarse de líneas rojas más pequeñas y oblicuas ó transversales á la dirección de las primeras, cubriéndose todo de una rubicundez uniforme, poniéndose la piel dura, tensa, ardiente y muy dolorosa, sobreviniendo fenómenos gástricos y febriles de importancia, y terminando casi siempre por la formación de abscesos múltiples después de seguir el curso de la erisipela ambulante ya descrita.

La *venosa* empieza por una flebitis capilar estudiada y descrita por Cruveilhier y por Boinet.

Es propia de los viejos cuyas venas son gruesas, y presenta, al invadir, líneas tortuosas y anastomosadas en forma de red, de un color rojo-violado parecido al de los equimosis, constituyendo placas redondeadas relucientes pero sin elevación.

Termina generalmente por flictenas gangrenosas, y los fenómenos generales que la acompañan son: fiebre moderada aunque maligna, con gran depresión de fuerzas, delirio y á veces coma. A esta flebitis capilar sigue la flebitis de los gruesos troncos venosos con toda su cohorte sintomática incluso el desarrollo ó formación de abscesos metastásicos y la muerte por embolia ó por la infección purulenta.

Las demás especies que admiten los prácticos, son dependientes unas de complicaciones morbosas coincidentes; otras de complicaciones epidémicas, y algunas de las modificaciones sintomáticas que el sitio ó la región enferma imprimen en la enfermedad; pero como caben todas dentro de nuestra clasificación, y como no creemos necesario aceptar divisiones por cada una de las innumerables regiones del

cuerpo en una dolencia que puede recorrerlas todas en pocos días, pasaremos á exponeros la clasificación que nosotros hacemos de las erisipelas.

Las dividimos, como á todas las dermatosis, en artificiales, parasitarias y espontáneas ó de causa interna.

Las *artificiales* ó provocadas pueden ser simples, efecto de causas externas excitantes ó traumáticas, ó virulentas, resultado de la inoculación de venenos animales ó humores descompuestos. Las diversas especies que este grupo comprende están perfectamente caracterizadas, porque además de los fenómenos especiales de sus erisipelas, y de presentarse generalmente en sitios descubiertos, las acompaña otro accidente, que es efecto inmediato de la misma causa morbígena y que varía según ella. Ya es una herida, ya una picadura, mordedura ó puntura, ya en fin restos adheridos de las sustancias que han conseguido provocar la inflamación cutánea.

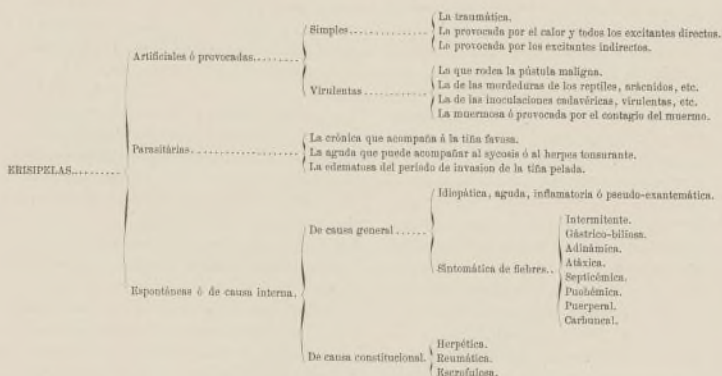
Las *parasitarias* dependientes de la existencia de cuerpos extraños dotados de crecimiento y de vida en el espesor del dérmis, están sólo por su presencia caracterizadas, y podeis explicar su evolución, su agudeza ó su cronicidad por el desarrollo del parásito, llámese *achorion*, *trichophyton* ó *microsporum*. Su acción no trasciende por lo común á la generalidad del organismo, y pueden transmitirse indirectamente si se transmite su causa.

Las *espontáneas* ó de *causa interna* están caracterizadas: primero por la ausencia de esas señales externas ó de esos es-

poros que producen las tiñas; segundo, por su mayor importancia clínica, puesto que son las más comunes y las que principalmente os llamarán á tratar, y tercero por los trastornos generales ó constitucionales que las preceden y acompañan. Entre las espontáneas de causa general está la *idiopática*, aguda, inflamatoria simple ó *pseudo-exantemática*, que nos ocupará dentro de breves momentos, y las *sintomáticas* de fiebres graves como la intermitente, gástrico-biliosa, adinámica, atáxica, septicémica, puohémica, puerperal y carbuncal. Estas últimas podrían, si quierais, estudiarse entre las complicaciones; pero la verdad es que unas veces se trata de una enfermedad febril cuya fiebre toma por circunstancias especiales este ó el otro carácter maligno, y otras de una fiebre esencial durante cuyo curso y por su acción en la piel se presenta la inflamación de esta membrana con caracteres variables según sea aquélla.

Las *erisipelas espontáneas constitucionales* son tres: la herpética, la reumática y la escrofulosa, perfectamente caracterizadas todas á pesar de que no se admiten por los autores en atención á que las confunden con el eritema ó con otras dermatosis sólo porque son á veces su prelude; pero en muchos casos constituyen la única lesión apreciable, y forzoso es estudiarlas como una especie morbosa independiente.

Para que recordéis esta clasificación al hablarlos de los casos clínicos de la enfermería, os la repartiremos en el adjunto cuadro.



De la mayor parte de estas especies y variedades habeis tenido ejemplos en la enfermería durante el año anterior y lo que llevamos del curso actual.

Algunas, sin embargo, como la traumática simple, puohémica y septicémica, ó como las virulentas por mordeduras de

animales venenosos, por el contagio del muermo, del carbunclo ó de la pústula maligna, son propias de las clínicas quirúrgicas en donde seguramente habeis tenido ocasión de observarlas: otras, como la intermitente, puerperal, atáxica, adinámica y biliosa, sintomáticas de las fiebres de este nom-



bre se presentan con bastante frecuencia en las clínicas médicas y es probable que las hayáis visto en ellas muchas veces: finalmente, las parasitarias, la pseudo-exantemática, y las constitucionales vienen a nuestra enfermería, y á la sazón tenéis varios ejemplos que podéis consultar con fruto.

Recordad entre ellos el enfermo núm. 7 de la sala 8.ª, que al mismo tiempo servirá para demostrarnos lo grave que es la sarna abandonada ó mal tratada, por las complicaciones que pueden sobrevenir en su curso.

Trátase de un pobre trabajador, fuerte y robusto que adquirió la sarna hace tres meses, y que durante todo este tiempo, nada ha hecho para combatirla. A consecuencia de la picazon y de estarse rascando fuertemente todas las noches hay en su piel infinitas dermatósis artificiales además de los surcos que todos habéis visto.

Pápulas, vesículas, piústulas, ampollas, diviesos, eritemas, arañazos, costras, todo mezclado y en confuso desorden cubre su piel sin dejar punto libre, pero la irritación ha debido ser tanta en el muslo que se ha presentado en su parte externa una gran placa de erisipela del tamaño de la palma de la mano, rojo-intensa, dolorosa á la presión; la visteis hace tres días determinar en el enfermo una fiebre alta con delirio y fenómenos gástricos, náuseas, vómitos, lengua saburrosa y encendida en los bordes, sed intensa, ansiedad epigástrica y estreñimiento.

Se prescribió un emeto-catártico para combatir á tiempo y desde el principio el carácter gástrico-bilioso que se iniciaba en la fiebre, se mandó cubrir, no sólo la parte erisipelada, sino las más irritadas de la piel con almidón en polvo; y hoy veis empezar la declinación del padecimiento. El color ha palidecido, el dolor es menos, los ganglios inguinales que estaban muy inflamados y dolorosos han disminuido de tamaño y están más aislados y perceptibles en medio de una atmósfera de tejidos menos inflamada y ardorosa. Dentro de otros tres ó cuatro días todo habrá desaparecido y podremos emprender, aunque con precauciones, el tratamiento que la sarna exige.

En la sala inmediata, núm. 7, y ocupando la cama primera, tenéis un caso curioso de erisipela herpética. Es un hombre que ha estado varias veces en la enfermería con un pitiriasis rosado de la cara y de la cabeza, tratado con los arsenicales al interior y la glicerina primero, y después la pomada de breja y glicerina localmente.

Salió el año pasado muy bien; pero habiendo este año observado gran picazon en la cabeza creyó que se le iba á reproducir el mal y vino á la enfermería. El día de su entrada, la piel de la frente y de la cabeza estaba roja, tirante, reluciente, apenas dolía aunque se apretase con el dedo, pero la sensación que al enfermo aquejaba era de una gran picazon y tirantez que le obligaba, no á rascarse porque esto era doloroso, sino á clavarse las uñas en ciertos puntos.

Todo parecía indicar que la piel de la cabeza iba á ser asiento de un brote eruptivo húmedo, y sin embargo, habéis visto á este enfermo más de tres semanas con su erisipela en la cabeza y en los bordes de la parte cubierta de pelo, sin subir ni bajar la inflamación, y con poca ó ninguna fiebre hasta ayer que el padecimiento pareció despertar, tomando la forma ambulante, y propagándose á las orejas y al cuello, en donde seguirá por algún tiempo, sino se cubre de algun eczema ó no se reproduce el pitiriasis.

La poca tumefacción, el brillo y tirantez de la piel, y sobre todo, la picazon que sustituye al dolor, son, pues, además del curso lento, de la falta ó pequeñez de la reacción febril, de las reproducciones en épocas determinadas y de su conversión ó transformación en erupciones húmedas, caracteres suficientes para distinguir la erisipela herpética de las demás.

Un buen ejemplo de erisipela escrofulosa existe hoy en la joven que ocupa la cama 6.ª de la sala 13. El carácter principal de esta erisipela es el infarto cutáneo, primero edematoso y después indurado que la acompaña, y que la sigue como consecuencia más ó menos inmediata de la inflamación. La lentitud de su curso, la escasez de fenómenos generales y la hipertrofia lenta de todos los tejidos afectos que se presentan en dicha enferma, los vereis igualmente en los demás enfermos de igual índole.

El mal empieza por ser agudo y al parecer pseudo-exantemático, siendo la cara ó los miembros inferiores el sitio de preferencia en el cual se repiten ó reproducen las erisipelas sucesivas.

A cada nuevo brote de erisipela, y suele haber cuatro ó cinco en el año, se infartan y endurecen más los tejidos, determinando por último la hipertrofia y la elefantiasis de los árabes.

En esa joven que lleva ya dos años de padecimiento, durante los cuales ha sufrido doce veces la erisipela, veis ya la hipertrofia de la cara y sobre todo de la nariz; pero en los dos enfermos de elefantiasis de las piernas que hay en la sala 8.ª y que han sido retratados hace poco para nuestro *Atlas*, podéis investigar el curso que ha seguido el mal, que data desde su niñez y que se debe á erupciones escrofulosas, sustituidas después por erisipelas periódicas ó hipertóxicas.

Durante mucho tiempo hemos dudado, pero ya estamos profundamente convencidos que la erisipela escrofulosa es la única que dá lugar á la elefantiasis, y por lo tanto que esta enfermedad es una manifestación de la escrofula maligna.

Por más que se repitan las erisipelas agudas, si no recaen en sujetos escrofulosos, por más que se reproduzcan las erisipelas herpéticas ó reumáticas ó de cualquiera otra naturaleza no sobreviene nunca la elefantiasis característica de la escrofula.

Hoy no hay en la sala ningún enfermo con erisipela reu-

mática, pero es fácil que la encontreis en las piernas de nuestros clientes golosos.

Ocupa generalmente los miembros varicosos de estos pacientes; es fija, dolorosa, y poco elevada; la piel en ella es tersa y brillante como en la especie herpética, pero no pica en cambio; forma placas limitadas de tres á seis pulgadas de diámetro, parecidas á las del eritema de la misma índole; su curso es crónico y su duración larga, de dos á tres meses y aún mucho más; termina casi siempre por ulceración ó gangrena, pero nunca la hemos visto supurar á no hacerse ambulante y generalizada, en cuyo caso no sólo se hace flojonosa, sino que su inflamación se extiende por debajo de las aponeurosis determinando abscesos profundos ó infiltración purulenta intersticial é interorgánica.

Las complicaciones que pueden presentarse en el curso de la erisipela son tan importantes y tienen tanta influencia para el pronóstico, que preferimos hablarlos de ellas á seguir describiéndolos las numerosas especies de esta enfermedad.

En último término el resultado ha de ser idéntico, puesto que como veis, las especies que faltan por describir se fundan en su mayor parte en algunas de estas complicaciones.

Pueden presentarse en la localidad afecta, en órganos distantes ó en la generalidad bajo la forma de fiebres graves ó malignas.

Las complicaciones locales son la ulceración, la gangrena, la induración y la hipertrófica.

Las complicaciones metastásicas son casi siempre congestiones ó inflamaciones de las membranas serosas y fibrosas intracavitarias (meningitis, pleuresia, pericarditis, endocarditis y peritonitis); pero algunas veces son catarros ó inflamaciones de las mucosas y accidentes nerviosos graves, como el asma y la epilepsia.

Las complicaciones generales son la puohemia, la septicemia y todas las fiebres graves, que si en alguna ocasion son causa de la erisipela, en muchas más son coincidencias ó efecto de la inflamación dérmica, no variando mucho por esta circunstancia los caracteres de la entidad morbosa.

La ulceración rara vez se presenta en la erisipela que ocupa la mitad superior del cuerpo, lo cual no quiero decir que sea frecuente en la inferior; es efecto casi siempre del éxtasis sanguíneo que la acompaña en la forma que se ha llamado *venosa* (flebitis capilar) y la veis especialmente en las piernas varicosas de los ancianos y trabajadores del campo; pero además de estas causas es preciso admitir un vicio general como el reumatismo ó la escrófula para poder explicar bien no sólo su primera aparición, sino su reproducción; y sobre todo, la tenacidad con que resiste á los medios mejor combinados de tratamiento.

Puede llegar á constituir la erisipela ulcerosa de los ancianos un exutorio necesario para la prolongación de su vida, y si desaparece rápidamente no será extraño que los veis ha-

cerse hidrópicos ó anasirquicos, falleciendo en breve tiempo.

Por esto, las erisipelas ulceroas de los jóvenes y las que aparecen por vez primera deben combatirse con energía, debiendo por el contrario transigir algo con las antiguas, reproducidas ó que atacan á los viejos ó personas propensas á las infiltraciones serosas.

En muchas ocasiones la ulceración es consecuencia de otra complicación importante, que es

*La gangrena.* Efecto unas veces del éxtasis sanguíneo, resultado otras de un exceso de inflamación, es más á menudo, dependiente de estados generales graves é infecciosos, ó de la naturaleza virulenta de la enfermedad. Se presenta generalmente al tercero ó cuarto día de la invasión de la erisipela precedida de escatofrios y de fenómenos gástricos que complican la fiebre, la cual toma el carácter intermitente y con más frecuencia el remitente, el atáxico ó el tifoideo. Se desarrolla en el punto de la piel erisipelada que va á gangrenarse una flictena grande que se llena de un líquido sanioso negruzco, y á las pocas horas se chafa y se rompe, quedando sin embargo el epidérmis alveado en una gran superficie que se ve por transparencia de un color negruzco. El dérmis está blando, flácido y como infiltrado debajo por una exudación saniosa y fétida, y al cabo de unos días si la fiebre no ha muerto al enfermo, se limita la escara por un círculo inflamatorio, y cae, dejando una ulceración superficial pero extensa, que cicatriza lentamente si las condiciones del sujeto han mejorado, cosa que es bastante difícil.

Sea que la fiebre tome el carácter maligno despues de la presentación de la flictena gangrenosa, sea que tuviere ya dicho carácter antes de la presentación de aquella, la veis con todas las irregularidades de las fiebres graves, acompañada de delirio, de descomposición del semblante, de calor urente, de exacerbaciones vespertinas, de sudores parciales, de lentores y de otros fenómenos atáxico-adinámicos que suelen preceder á la muerte. Cuando esta va á llegar, todos los fenómenos generales y locales remiten; pero esta remisión es tan engañosa ó insidiosa como toda la enfermedad, pues el enfermo muere tranquilo de un síncope, de una embolia ó en medio del coma, si el baño general ó los antisépticos más poderosos no han podido modificar el curso casi irremediable del puerterimento.

¿Qué diferencia hay entre esta sintomatología febril y la que acompaña al carbunco, al muermo, á la pústula maligna y á las diversas fiebres tíficas y septicémicas que pueden dar lugar á erisipelas gangrenosas?

Ninguna, señores, y sólo en la localidad y en el curso anterior de la enfermedad es donde podreis encontrar algunas poco características.

Todos los envenenamientos morbosos tienen algo de comun en su esencia y en sus manifestaciones, y no es extraña semejante confusión cuando se llega á ese punto, en el cual se



confunden también las alteraciones ó lesiones histológicas y humores de todas estas dolencias.

La *induración* consiste en la organización de los exudados inflamatorios de la erisipela, y sólo se verifica cuando la absorción está disminuida por atonía general en el individuo ó local de la parte afectada.

Basta con que una sola vez en una erisipela recidivada no se verifique bien y completamente la resolución, para que el núcleo indurado que queda se aumente considerablemente en las siguientes repeticiones.

Algunos han querido explicar por sola esta circunstancia la elefantiasis de los árabes que sigue á las erisipelas repetidas de las piernas; pero ya hemos dicho anteriormente que para explicar la primera aparición, la atonía general y la local, la abundancia de exudados y la falta de absorción, así como las reproducciones periódicas de la inflamación, es necesario aceptar un estado constitucional que no puede ser otro que la escrófula.

Los caracteres de la induración son conocidos de todos, y la palabra sola indica su significación; sin embargo, es muy raro que exista independiente de

La *hipertrofia*. Cuando las dos están unidas determinan la *elefantiasis*: si la induración no existe, la hipertrofia simple complica pocas veces la erisipela.

Prescindiendo ya de estas complicaciones locales, que son poco frecuentes, entraremos en el estudio de las que tienen más importancia en el curso y en los resultados de la inflamación dérmica.

Hace pocos meses habéis tenido ocasión de observar la más interesante y al mismo tiempo la más común de las complicaciones metastásicas.

En un hombre como de 40 años, robusto y bien constituido que ocupó la cama núm. 48, de la sala 8.ª, y entró en la enfermería con un eczema crónico de ambas orejas, se presentó después de un disgusto y una riña que tuvo con el de la cama inmediata, una erisipela aguda y febril de toda la cabeza. La erisipela parecía seguir el curso natural de esta enfermedad; pero al cuarto día, el dolor exterior de la cabeza se hizo interior ó profundo, la erisipela palideció algo, el pulso se hizo contraído, pequeño, duro, irregular y muy frecuente, asomó el delirio y pronosticamos con seguridad la invasión de una meningitis. Las evacuaciones sanguíneas generales primero y derivativas después detuvieron algo el ímpetu de la enfermedad, pero todos recordáreis el grave estado á que llegó este enfermo, su delirio furioso y las reliquias que le dejó tan terrible padecimiento.

Durante él, la erisipela abandonada desapareció rápidamente, y en la convalecencia sirvió como de fenómeno crítico la reaparición del eczema de las orejas que se hizo agudo y se extendió por todo el cuello y la cabeza.

En las erisipelas del tronco es raro que se presente la me-

ningitis como complicación, pero en cambio son frecuentes la endocarditis y pericarditis, la pleuresia, la bronquitis y la peritonitis.

No es necesario ni propio de este sitio, explicarnos los síntomas que caracterizan semejantes padecimientos. Basta con que sepáis por nuestro conducto, que la afección entónces se oculta y desaparece si el mal nuevo toma proporciones considerables; se oculta y reaparece, si se domina pronto con los recursos del arte, y no desaparece aunque palidezca si la inflamación interna es ligera y fugaz.

De todos modos nótese siempre en las complicaciones metastásicas fenómenos locales de la parte de la piel inflamada y fenómenos generales ó internos que os indican el acontecimiento y el grado de su peligro. Como estos trastornos son generalmente repentinos no pueden ménos de llamaros la atención y de ponerlos sobre aviso; pero no suelen ser tan característicos que desde el primer momento os indiquen cuál va á ser la complicación. Sangrad inmediatamente si los fenómenos que se indican son congestivos de pecho ó de cabeza. La disnea y el delirio piden evacuaciones sanguíneas generales. Dad el emético si los fenómenos son gástricos, y sobre todo si la lengua está saburrosa y hay náuseas, á no ser que á la par haya fenómenos congestivos, en cuyo caso es preferible un purgante y una emisión sanguínea; pero no os descuidéis porque es más fácil evitar que curar las complicaciones de la erisipela.

Si la fiebre inflamatoria que acompaña á esta enfermedad cambia de carácter y se trasforma en cualquiera de las fiebres graves de que ya hemos hablado, conoceréis la naturaleza de la complicación por los caracteres de la fiebre atáxica, adinámica, puerperal, puohémica, septicémica, intermitente, etc., que todos habréis visto seguramente en vuestra práctica ó en las clínicas médicas.

Si coincide la aparición de la erisipela y de estas fiebres, ó éstas preceden á aquellas, la inflamación cutánea en sí tiene ménos importancia que la causa que la determina y su resultado es el que la fiebre tenga, siempre más grave que cuando pasa lo contrario.

Podéis comprender desde luego la importancia de las complicaciones ya citadas, y la influencia que han de tener para el pronóstico, sin que nos esforcemos más en demostrarlo. Ninguna otra enfermedad cutánea exige tantos conocimientos enciclopédicos por parte del médico que se verá en ocasiones en la necesidad de tratar las enfermedades internas más variadas, ni tanta perspicacia para advertirlas y prevenirlas ó evitarlas con tiempo.

De entre todas las numerosas especies de erisipela, la que hoy debe ocuparnos con preferencia es

La *erisipela aguda idiopática ó pseudo-exantemática*. Llamada por unos *inflamatoria* y por otros *simple ó común*, tiene la mayor parte de los caracteres asignados al género ó tipo

de que ya hemos hablado. Ocupa casi siempre la cabeza, empezando por la nariz y las mejillas y propagándose después á la frente y las orejas y más tarde al cráneo y al cuello. Va precedida de escalofríos y demás prodromos de una fiebre inflamatoria intensa, en cuyo primero ó segundo día empieza á desarrollarse la inflamación cutánea. Se presenta en los cambios de estación y especialmente en la primavera, después de un sofoco moral ó material, de un exceso en la alimentación ó en la bebida, durante la plétora ó el molimen hemorrágico. Los prodromos febriles aparecen bruscamente sorprendiendo al enfermo, que se queja de fuerte dolor y pesadez de cabeza con tendencia al sueño y deseo de cerrar los ojos. El pulso se hace lleno, duro y frecuente (de 90 á 112 pulsaciones por minuto, pudiendo llegar en los niños á 130 y más si la afección se hace grave). El color de la piel inflamada es rojo-vivo, y su calor se aumenta como máximo hasta cuatro grados más que el de la piel sana; la tumefacción es algo pastosa aunque resistente y dolorosa á la presión; el epidermis está seco, brillante y lustroso; los párpados se ponen siempre edematosos cuando les llega la inflamación; las orejas se abultan mucho pero sin edema; los pelos de la cabeza obran sobre la piel del cráneo como verdaderos cuerpos extraños, sintiendo al tocarlos como si con cada uno de ellos se la pinchase.

Todos estos síntomas van en aumento durante un septenario; y generalmente al noveno día se limita la erisipela, deja de ser ambulante ó de extenderse, y empieza á declinar, siendo la fiebre la primera que desaparece.

La absorción de los exudados cutáneos tarda aún en efectuarse cuatro ó cinco días, y la descamación foliácea del epidermis termina en otros tantos, de modo que la duración de esta enfermedad en su grado máximo de desarrollo es próximamente de dos semanas.

Cuando la erisipela aguda tiene poca intensidad, se limita pronto en la cara, ó es fija desde el primer momento, la duración es menor, de cinco á nueve días, y todos los síntomas guardan una proporción relativa.

Las flictenas se presentan frecuentemente en la erisipela pseudo-exantemática. Se forman rápidamente, en pocas horas, y en vez de ser signo de mal agüero se ve por el contrario que con el desahogo que proporciona á los productos de la inflamación, ésta cede desde el momento en que aparecen aquellas.

Fácil es por lo dicho encontrar los caracteres diferenciales de esta especie de erisipela, cuyo curso normal es raro que se altere por complicaciones de importancia.

De la erisipela traumática la distinguireis en seguida por la ausencia de toda herida, úlcera ó solución de continuidad, necesaria para la presentación y calificación de aquella.

Las que hemos llamado erisipelas artificiales virulentas, dependientes del muermo, de la pústula maligna, ó de in-

oculaciones sépticas tienen, como sabéis, varios caracteres notabilísimos para poderlas distinguir de la pseudo-exantemática. Además de las pústulas en la maligna y en el muermo, además de la picadura, mordedura ó puntura en las restantes erisipelas de este grupo, existe una rapidez en el desarrollo ambulante del mal, una intensidad en sus síntomas, una gravedad tan grande en las lesiones locales y en los fenómenos generales, que generalmente se determina la gangrena, la fiebre de forma atáxica y muchas veces la muerte á los pocos días de la invasión de la enfermedad, cosa muy excepcional en la forma idiopática ó pseudo-exantemática.

El color de esas erisipelas es oscuro, violado, y llega á negro al sobrevenir la gangrena; su tumefacción es enorme, enfimatosas, crepitante; si hacéis en ella escarificaciones que no servirán por cierto para detener el progreso del mal, se exudará por ellas un líquido sanioso, sanguinolento, en el que no sólo encontrareis como exudados ó productos inflamatorios, glóbulos blancos de la sangre, sino también glóbulos rojos é infinidad de corpúsculos móviles que son verdaderas bacterias, idénticas á las que circulan con la sangre en los grandes vasos de estos pobres enfermos.

Cada una de las erisipelas virulentas que hemos mencionado tiene además caracteres particulares, y un curso especial, puesto que son enfermedades generales y distintas, de las cuales la erisipela sólo es un síntoma importante, ó si queréis mejor, uno de los efectos primeros, directos ó inmediatos de la inoculación virulenta, causa de todos los trastornos morbosos que sobrevienen.

El muermo, la pústula maligna, la mordedura del crótalo, de la víbora y otros reptiles venenosos, así como las inoculaciones sépticas, tienen, según su especie, caracteres diferenciales suficientes para que no podáis confundirlas, porque vayan acompañados de erisipela, con la dermatitis aguda de que nos ocupamos.

Poco ó nada debemos decir de las dermatitis parasitarias porque ninguna se parece en su sintomatología, y sobre todo en su curso á la pseudo-exantemática.

La que acompaña al favus es crónica, limitada á placas pequeñas de uno á cuatro centímetros, sin tumefacción notable de la piel, y con poco dolor y aumento de calor; empieza y concluye por un eritema ó hiperemia cutánea que persiste algún tiempo después de curada la enfermedad, y es producida por los esporos del achorion, verdaderos cuerpos extraños y vivos, dotados de crecimiento y de la propiedad de nutrirse de los jugos cutáneos de los animales que tienen pelo, por cuyos dos conceptos irritan la piel, la congestionan y la inflaman.

La que algunas veces precede al pórigo decalvans ó tiña pelada, es aguda, rosado-pálida, edematosa, limitada á una ó varias superficies de medio á cuatro centímetros, cuando más, de diámetro, superficies que rápidamente se convierten en calvas con la piel decolorada.





La que puede sobrevenir en el curso de la tña tonsucante ó del *syccosis* parasitario es una inflamacion areolar ó circundante á los puntos afectos, que termina por supuracion y produccion de fungosidades.

Si además de todos estos caracteres, añadís los que nos suministran al microscópio los esporos vegetales y las exudaciones pocas ó muchas, que siempre existen en ellas y nunca en la especie pseudo-exantemática, comprendereis bien las diferencias que la separan de las tres especies parasitarias enunciadas.

Ya no es tan fácil el diagnóstico entre la erisipela idiopática y las sintomáticas de fiebres intermitentes ó continuas graves.

La erisipela intermitente no es rara, si quereis llamar así á la que se repite, por ejemplo, todos los meses en la época menstrual; pero es rarísima si entendemos por tal la que puede acompañar á una fiebre intermitente siendo un síntoma de la misma, presentándose cuando la accesion se presenta y retirándose cuando se disipa ó termina.

En este último caso, que es el que merece considerarse como intermitente verdadera, la erisipela es tan ligera y fugaz, tan limitada y circunscrita, como puede presumirse ha de ser para desaparecer en pocas horas. En España solemos llamar *ramalazos* de erisipela á estos conatos inflamatorios de la piel, que á veces se presentan sin estar ligados á la fiebre intermitente ó remitente, pero que son constantes como manifestacion de la periodicidad.

El sitio en que aparecen no es siempre el mismo en todas las accesiones, y á pesar de su fugacidad no es extraño que al repetirse muchas veces terminen por dar lugar á supuraciones infiltradas y abscesos frios que se forman tan insidiosa como rápidamente.

Esto ocurre cuando la fiebre ataca á sujetos caquécticos ó cuando el paludismo es mortífero y maligno.

Sus sitios de preferencia son la nariz, el cuello y los puntos que se hallan sujetos por el decúbito del enfermo á mayores presiones, como las regiones sacra y trocaterianas.

La *erisipela atáxica*, ó cuya fiebre toma el carácter atáxico, puede confundirse con la erisipela idiopática de la cabeza cuando ésta es algo intensa y el delirio que determina es fuerte; pero hay un carácter que por sí solo basta para su distincion, y es la regularidad de su curso en esta y la irregularidad y el curso anómalo de la atáxica ó maligna.

Alternativas de crecimiento y de disminucion, fiebre que no guarde relacion con la gravedad de los síntomas generales, placas erisipelatosas que aparecen distantes del punto en donde estalan ó palidecen otras, por lo que puede decirse que la erisipela salta, en lugar de ser ambulante, delirio furioso unas veces, tranquilo y con la expresion de hebeitud otras, todo esto y los síntomas nerviosos que caracterizan á la atáxica en general ó á la fiebre atáxica en particular, constituye un conjunto fenomenal suficiente para darnos á conocer

la erisipela maligna y distinguirla de la pseudo-exantemática.

En las *erisipelas adinámicas*, la coloracion es más oscura, pero el calor, la tumefaccion y la dureza son menores. Las circunstancias del enfermo postrado por la adinamia, ó por la fiebre adinámica, dan á esta erisipela una firmeza y semicronicidad que la distinguirá fácilmente de las demás y sobre todo de la aguda, cuyo diagnóstico estamos haciendo.

Recordando lo que os dijimos anteriormente al citar tres ó cuatro ejemplos de la enfermería, terminareis tan importante juicio clínico respecto á las formas ó variedades que hemos llamado reumática-herpética y escrofulosa.

El color oscuro-violado, la firmeza de la placa erisipelatosa, su larga duracion, su situacion en las piernas y cerca de los tejidos varicosos que caracterizan á la reumática: el color rojo-claro, la picazon, la indolencia y poca tumefaccion propios de la herpética y la gran tumefaccion como edematosa, la indolencia y la coloracion rojo-pálida de la escrofulosa, son, con efecto, signos diagnósticos tan importantes que no habreis olvidado seguramente, pero que os debemos traer á la memoria para que los compareis con la intensidad y agudeza de los síntomas que caracterizan á la erisipela pseudo-exantemática, y podais fijar vuestra consideracion en su distinto curso, en su diferente gravedad, en los diversos tratamientos que deben exigir y en la razon que tenemos para considerar á todas estas especies, no como cambios ligeros de una sola enfermedad, sino como enfermedades verdaderamente distintas é independientes.

La erisipela aguda, aunque tengan intensidad muy graduada todos los síntomas, siempre es benigna; y á no ser por imprudencias del enfermo ó del médico que provoquen complicaciones, termina favorablemente y por resolucion en uno ó dos septenarios.

Si comparais esta benignidad y esta terminacion con la malignidad, cronicidad ó malas terminaciones de las demás especies de erisipela, hallareis motivos importantes de distincion que no son ciertamente los que menos interesan al médico práctico, y pasando á la terapéutica los encontrareis todavía mayores.

La dieta, la quietud en la cama, el abrigo, los sudoríficos, los polvos feculentos á la erupcion, son los únicos remedios necesarios en el período de invasion y en el de estado de la erisipela pseudo-exantemática.

Es preciso que veais amagar una congestion cerebral ó una meningitis para que dispongais emisiones sanguíneas generales, ó locales derivativas á los tobillos ó á la márgen del ano.

Es necesario que la preceda ó acompañe un estado salubral para que os atrevais á prescribir un emético ó un catártico. Si nada de esto existe ó se teme, intervenir con otros medios es perturbar el curso natural de la enfermedad, que siempre tiende á una feliz terminacion.

En cambio, señores, son infinitos y muy variados los remedios que exigen las demás especies de erisipela.

La traumática, cuyas dos causas principales son el enfriamiento ó la infección de la herida, exige como indicados esenciales el abrigo y los desinfectantes fenicados ó creosotados. A veces hay necesidad, si el mal no cede con ellos, de dar al interior los antisépticos y especialmente la quinina; pero por regla general, consiguiendo detener ó corregir la infección local de la herida, se limita la erisipela y cede con facilidad.

Cuando la erisipela se presenta en los traumatismos, no por enfriamiento ni infección local, sino por infección general previa poohémica ó septicémica, no basta el abrigo ni los desinfectantes locales, y es forzoso apelar á los remedios internos ya indicados por si alcanzan á contener la infección, cosa que no siempre sucede.

Las erisipelas virulentas exigen los remedios más heroicos de la cirugía. Sójás, desbridamientos, cauterizaciones con los álcalis concentrados, con los ácidos y hasta con el fuego en el punto de la inoculación, y después los desinfectantes locales y los antisépticos al interior; todo esto con urgencia, porque si no, se llega tarde, el mal avanza rápidamente, y el enfermo sucumbe.

En las erisipelas parasitarias la indicación especial que se presenta es la muerte y eliminación del parásito, que obra como cuerpo extraño y vivo en el espesor de la piel, provocando y alimentando la inflamación; después ó á la par de la depilación y de los tópicos parasitocidas, convienen las lociones ó cataplasmas emolientes; pero nunca hay necesidad de remedios internos de ninguna clase, á no exigirlos alguna complicación ó enfermedad coincidente.

La erisipela intermitente, sea cuotidiana, terciaria ó cuartana simple, doble ó duplicada, exige un tratamiento antilípico pronto y enérgico, porque generalmente acompaña á fiebres tan malignas como solapadas é insidiosas por su aparente benignidad. Ningun tópico es en ellas necesario: pero fíjase bien en las condiciones de la fiebre, porque en muchas ocasiones necesitaréis empezar por el emético para que la quinina después, á dosis altas, corte las accesiones, y en otros casos tendréis precisión de insistir largo tiempo en este remedio para combatir la remitente consuntiva que sigue, efecto de la mezcla del paludismo y de la absorción ó infección purulenta.

Puede decirse que en las demás erisipelas malignas, la siderante, la adinámica y aun la atáxica, este remedio es también el indicado para uso interno; pero no os olvidéis además de los desinfectantes locales y especialmente de las lociones alcohólico-quinadas, fenicadas ó creosotadas, que sirven de mucho en estos casos aunque no haya escoriaciones ni denudaciones del dérmis.

El tratamiento de cada una de estas fiebres ha de variar forzosamente según mil circunstancias del enfermo y de la

enfermedad, que todos conocéis por vuestros estudios de clínica médica, y no es natural que nosotros trasapemos más los límites de la especialidad para daros á conocer detalles que debeis ya saber mejor que nosotros.

La erisipela herpética puede ser combatida por dos clases de medios muy distintos: las pomadas resolutivas y astringentes de óxido de zinc, bismuto, tannino, breá, etc., que sientan bien en los casos leves, ó las pomadas vexcantes, especialmente amoniacales, que provocan una erupción exudativa.

Como la erisipela herpética es casi siempre una erupción exudativa detenida en su evolución ó abortada, en este último caso, ó con los remedios últimamente indicados, imitamos á la naturaleza devolviendo á la enfermedad su curso natural, y no es extraño por lo tanto ver cómo cede rápidamente la inflamación y todo desaparece.

No olvidéis, sin embargo, la causa que ha de tender á reproducirla. Dad los arsenicales al interior, prescribid baños dulces, templados, uno ó dos por semana, y recomendad, en fin, para conseguir el resultado que deseáis, todos los remedios que por largo tiempo y con constancia sabeis que exige el herpetismo.

La erisipela reumática es de muy difícil curación por el sitio declive que ocupa y por el estado varicoso de las venas que la rodean. La ulceración y la gangrena sobrevienen además con frecuencia en su curso, y mezcladas ambas lesiones dificultan y modifican mucho el conveniente tratamiento.

La posición horizontal, una compresión ligera y graduada de la extremidad, y algun ligero toque cada tres ó cuatro dias con el aceite de almendras dulces y el aceite de enebro mezclados en partes iguales, favorecen la resolución y evitan la ulceración y la gangrena; pero si éstas aparecen, hay que apelar á los tópicos fenicados ó á los demás astringentes y antisépticos locales.

El tratamiento interno debe ser al principio alcalino, y después debe sustituirse por la tintura de yodo ó el yoduro potásico.

Las aguas minerales sulfatado-cálcicas y las clorurado y yodurado-sódicas templadas, sientan bien para la curación de estas úlceras erisipelatosas y para evitar en lo posible la reproducción del mal.

La erisipela escrofulosa, tan tenaz por su cronicidad y frecuentes recidivas, es un lupus eritematoso algo intenso, y como tal necesita un tratamiento interno antiescrofuloso, fundado en el aceite de bacalao y el yoduro de hierro, los tónicos amargos, el vino, y las condiciones higiénicas que se recomiendan contra la escrófula.

Los tópicos pueden en esta enfermedad tener una gran influencia, evitando su reproducción si se aplican en los amargos ó cuando tiende á invadir la inflamación.



Dando en el punto donde aparece el *ramalazo* un poco de aceite de enebro ó de tintura de yodo cada dos ó tres dias, generalmente se detiene ó hace abortar la erisipela; pero si ya está la inflamacion en su periodo de estado, si es extensa ó intensa, no debe aplicarse nada sobre ella, esperando para hacerlo á su completa declinacion.

No olvideis estos sencillos remedios que os darán resultados brillantes en los primeros momentos de la enfermedad, y los enfermos, sobre todo las jóvenes, os agradecerán mucho el que eviteis la deformidad de su semblante, que ven venir aterrorizadas con la repetición de las erisipelas.

Tanta diferencia en las indicaciones y en los medios de lle-

narlas, ¿no os demuestran, señores, que la erisipela es una afeccion genérica, que puede tener naturalezas muy diversas y ser expresion de enfermedades distintas ó efecto de muy variadas causas?

¿Habremos estado equivocados al comprenderlo así y al afirmarlos que muchas veces no tratamos una enfermedad, sino un síntoma, que no tiene derecho propio para formar como unidad morbosa en las llaves del cuadro nosológico?

La importancia que estas deducciones tienen para el estudio práctico de todas las enfermedades, no puede ocultarse á vuestra ilustracion, que es la encargada de dar su fallo en este asunto.

## LECCION CUARTA.

De los pseudo-exantemas inflamatorios eruptivos. — Su división en secos y húmedos. — Pseudo-exantemas secos papulosos. — *Líquén y pródigo*. — Del *líquén* considerado en general ó como *lesión cutánea*. — Su definición. — Ocurridad y confusión de su historia. — Diferencias que le separan del *pródigo*. — Naturaleza y causas principales del *líquén*. — Sintomatología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento del *líquén* considerado como *lesión cutánea*. — Del *líquén* *agudo ó pseudo-exantemático*. — Sus caracteres. — Especies de *líquén* que admiten los Autores. — Diagnóstico diferencial entre ellas, las que nosotros admitimos y el *líquén* que nos ocupa. — Pronóstico y tratamiento del *líquén pseudo-exantemático*.

SEÑORES:

Hemos dividido los pseudo-exantemas inflamatorios en *simples y eruptivos*; y estudiada ya la *erisipela*, comprendida en la llave de los primeros como género único, debemos hoy ocuparnos de los segundos.

Los pseudo-exantemas eruptivos, son *secos ó húmedos*.

Los secos pueden ser *papulosos ó escamosos*. El *líquén* y el *pródigo* entre aquéllos, y el *psoriasis* y el *pitiriasis* entre éstos, nos servirán de tema en la lección presente y en las inmediatas.

### LÍQUEN.

El *líquén*, considerado en general ó como simple *lesión cutánea*, está caracterizado por la presencia de pápulas rojas ó rosadas diseminadas en toda la superficie cutánea (formas agudas, artificiales, parasitarias y pseudo-exantemáticas), ó agrupadas en uno ó varios puntos de aquélla (formas agudas y crónicas dependientes de estados constitucionales), acompañadas de picazón variable segun la causa, sitio, extension y cronicidad del mal, cubiertas en su ápice por una ligera escamita adherente, y terminando por resolución, á pesar de la hipertrofia del dérmis y de la exageracion de los pliegues de la piel, que determinan cuando se fijan largo tiempo en un sitio.

Nada más oscuro que la historia del *líquén*, porque con esta palabra se han estudiado en la antigüedad dermatosis muy diferentes, y cada autor ha denominado así á una erup-

ción de forma elemental distinta. Bastaria que leyérais en un día lo que acerca de esta enfermedad dicen los médicos griegos y romanos, sin llegar siquiera á los médicos de la Edad media, para que os confundierais hoy mismo despues de haber visto en las salas numerosos pacientes con *líquén*, y despues de lo poco que pueda enseñaros la presente conferencia.

Para aumentar, si cabe, esta confusion, un ilustre dermatólogo alemán, el Dr. Hebra, cuya libertad ó independencia de opinión todos conocéis, y cuyo espíritu observador y eminentemente práctico nadie puede poner en duda, niega que haya diferencias esenciales entre el *líquén* y el *pródigo*, por lo ménos en las especies admitidas hasta hoy, y sólo describe dos formas de aquél; el *líquén ruber*, y el *líquén scrofulosorum* ó de los *escrofulosos*, incluyendo todas las demás admitidas por los autores en la descripción del *pródigo*.

SEGUNDA PARTE.

27



Si nos fijamos sólo en los caracteres objetivos de ambas lesiones cutáneas, es positivo hasta cierto punto (y sólo en las formas diseminadas), lo que indica el Dr. Hebra; pero atendiendo á los caracteres subjetivos, al curso, duracion y relaciones morbosas de ambos padecimientos, es fácil encontrar diferencias bastantes para fundar el género liquen y algunas de sus especies.

El carácter diferencial para nosotros de mayor importancia, es la diseminacion y falta de coloracion en las pápulas del prurigo, y por el contrario, la coloracion roja y con frecuencia la aglomeracion en placas de las pápulas del liquen. Ambas dermatosis pican; pero en igualdad de condiciones, es más cruel é insoportable la picazon del prurigo. De aqui vienen consecuencias y reliquias muy notables, que acompañando á esta última erupcion, no se presentan nunca en la primera.

Las costras sanguinolentas y adherentes al ápice de las pápulas, efecto de los innumerables arañazos que el enfermo con prurigo se determina, sin que pueda evitarlo su firme voluntad; las lesiones mecánicas repetidas en su piel, y tal vez condiciones especiales de la enfermedad ó del enfermo, manchan el epidermis con un pigmentum moreno-oscuro que nunca desaparece, mientras que el liquen crónico, largo tiempo fijo y circunscrito en un punto, le colora de un rojo violado debido seguramente á la dilatacion de los capilares y á la astenia vascular consecutiva.

Al pasar hoy visita habeis podido apreciar tan sensibles diferencias en dos enfermos de la Sala 7.

Es el uno un porteroso herpético y asmático, que entró hace algunos días en la enfermería negando que tuviera tos, y mucho ménos fatiga, á pesar de que su modo de hablar nos lo demostraba con evidencia (acto de valor muy comun en los pruriginosos crónicos, porque temen que no se les mande nada para mitigar su insoportable picazon), y en él habeis visto su espalda de *mulato* contrastando por su coloracion con el tinte blanco rosado de su pecho y vientre. El prurigo, fijo en este sujeto durante muchos años en la espalda y en el escroto, ha dado lugar á esa *hipercromia* que no se explica bien, como algun dermatólogo quiere, por la confluencia de las cicatrices epiteléricas de los arañazos; y ese color del fondo del cuadro, esa aspereza papulosa de la piel que la vista no percibe y que tan notable es por el tacto, esas costras sanguinolentas, diseminadas y mezcladas con arañazos, forman un contraste singular con las reliquias y caracteres del liquen crónico que padece ese otro enfermo colocado frente á él y en la misma Sala.

Recordad bien aquella pierna flaca y lustrosa con aquella mancha roja-oscuro y como vinoso en su tercio medio y cara anterior; parece una cicatriz extensa y reciente; su epidermis brilla y carece de arrugas; en algunos puntos se resquebraja y esfolia, formando bordes blancos, y la piel, aunque

engrosada en este punto, ni ha perdido la sensibilidad, ni dá señales de padecer. Sin embargo, en ella ha existido por largos años un liquen circunscrito, y todavía de tiempo en tiempo retoñan en su fondo algunas papulitas rojas y diseminadas.

La comparacion que con la vista podeis hacer de ambas dolencias en estos enfermos, os enseñará más que todo lo que añadir pudiéramos con este objeto.

El prurigo es casi siempre crónico, y cuando le veis, temed complicaciones viscerales de importancia, ya porque se verifique la retropulsion de la erupcion, ya sin necesidad de que esto ocurra. El liquen diseminado es ménos duradero que el prurigo, y el circunscrito, aunque muy crónico, no va acompañado, por lo comun, de afecciones viscerales de la misma naturaleza, ni se ha observado su repercusion tan frecuente en el prurigo.

Al discurrir sobre el diagnóstico de las especies, os haremos notar algunos caracteres diferenciales de importancia entre las afines en naturaleza de ambas dermatosis genéricas.

Hay autores, y entre ellos Cazenave, que considerando al liquen como una neurrose ó hiperestesia cutánea, atribuyen su produccion á las causas generales de las neurosis, y especialmente á las afecciones morales.

Este modo de ver la cuestion podría ser admisible, si Cazenave admitiese á su vez con nosotros que las causas más comunes de las neurosis crónicas no son precisamente las afecciones morales, sino las discrasias ó estados constitucionales herpético, reumático, sífilítico, escrofuloso, etc; pero la hiperestesia cutánea no es más que un elemento, ó mejor dicho, un síntoma de la lesion y falta en el liquen de los sífilíticos, como diría Hebra, ó en las sífilides papulosas, como decimos nosotros.

Aun suponiendo á la hiperestesia, no sólo constante, sino necesaria, existe además una lesion cutánea, mayor ó menor, segun los casos, numerosa ó rara segun diferentes causas, generalizada ó circunscrita segun las especies; y esta lesion, las pápulas, no son neurosis, no consisten siquiera en la erection congestiva de las papilas cutáneas, sino que constituyen verdaderos productos exulativos de la superficie del dermis, que se organizan é induran debajo del epidermis sin llegar á la fusion supuratoria.

¿Por qué no pican, cuando deben á la sífilis su existencia? ¿Por qué las acompaña la hiperestesia cutánea, diversamente graduada, en todas las especies debidas á otras causas?

Imposible es por hoy contestar á tales preguntas, enlazadas seguramente con la árdua cuestion de la esencia de las enfermedades.

Devergié pretende que el liquen es una erupcion contagiosa, y cita un caso en la segunda edicion de su obra, que considera irrefutable; pero se guarda muy bien de decir que el contagio exista en todos los casos, ni que siquiera llegue á

ser una de las causas principales de la afección papulosa liquenoides.

Para nosotros no existe semejante contagio, y el hecho citado por Devergie se explica perfectamente por la acción directa de las pomadas que el enfermo usaba y el practicante ó el asistente le aplicaba valiéndose de sus dedos.

Se contagia la sarna y las afecciones fitoparasitarias, se propagan los pseudo-parásitos, pero las pápulas de liquen que los acompañan no son realmente contagiables en sí, sino mediante los seres vivos, animales ó vegetales, que producen dichas enfermedades.

La herencia, lo mismo que el contagio, no es causa directa del liquen; puede serlo indirectamente, determinando el herpetismo y la escrófula, que son las causas más positivas de la afección papulosa, como de tantas otras pustulosas, vesiculosas y escamosas.

Cítanse ejemplos, sin embargo, en los cuales es positiva la herencia de la forma del padecimiento; y esto que es muy común en el psoriasis, ocurre algunas veces en el liquen crónico sostenido por el herpetismo.

Las causas del liquen pueden ser externas ó internas. Los parásitos animales ó vegetales, todos los incitantes exteriores, las fricciones secas, ciertos tópicos medicamentosos, como la ipecacuana, la lapsia y otros varios, constituyen los principales agentes exteriores que pueden provocarle. La plétora general ó accidental, el uso de bebidas y de alimentos excitantes en la estación primavera, y ciertos estados constitucionales como la sífilis, el reuma, el herpetismo y la escrófula, son las causas internas principales del liquen.

Como cada una de estas causas da á la erupción papulosa que determina caracteres especiales y constituye su naturaleza, fundaremos en ella la división ó clasificación de especies, reducidas, como puede presumir, á siete: el liquen artificial, el parasitario y el espontáneo, que comprende el agudo ó pseudo-exantemático, el sífilítico, reumático, herpético y escrofuloso.

La sintomatología de cada una de estas especies es distinta, como veremos más adelante; pero hay caracteres comunes ó genéricos, que pueden servirnos para la descripción de la lesión ó de la afección cutánea.

Si se trata de una forma aguda de liquen, existen generalmente ántes ó en el momento de su aparición prodromos y fenómenos febriles, ligeros y fugaces, acompañados de picazon generalizada ó limitada á los puntos en que ha de presentarse la erupción. Semejantes molestias duran algunas horas, ó persisten algunos días, si la erupción llega á ser muy extensa y confluyente.

Preséntase ésta, ya constituyendo granos sueltos y diseminados por toda la superficie de la piel, ya formando una ó varias agrupaciones ó placas en diversos puntos. Sus granos son sólidos, duros, secos, acuminados, rosados ó rojos, del

tamaño de un grano de mijo, y acompañados de picazon mayor ó menor, según los casos.

Según cual sea la forma que el liquen adopte, así varía su aspecto y condiciones de permanencia, duración y tenacidad.

**PRIMERA FORMA.** *Liquen generalizado, formado por pápulas sueltas y diseminadas por toda la superficie cutánea.*

En esta forma están incluidos el *liquen agudo ó pseudo-exantemático*; los *liquenes parasitarios*, que acompañan á la sarna; á la piojera y á ciertos fitoparasitismos muy generalizados (como puede serlo el *herpes tonsurante*), y el *liquen sífilítico*, que es una manifestación aguda de la sífilis cutánea.

El primero y el último van precedidos de prodromos febriles y acompañados de fiebre ó de dolores reumatoideos; los segundos ó parasitarios van precedidos de una picazon insostenible, y de la inquietud ó insomnio consiguientes, pero la fiebre no se presenta á no revestir el mal una extensión é intensidad que raras veces se observa.

Todos tienen un curso breve si se alaca su causa, variable entre una y cuatro ó cinco semanas, según la especie, pudiendo alguna vez conseguir su desaparición en mucho menos tiempo.

Terminan por resolución, á no trasformarse *in situ* la lesión papulosa en vesículas ó vesículo-pústulas de eczema impetiginoso por la acción cruenta de las uñas ó por la disposición ó estado general diatélico del paciente.

**SEGUNDA FORMA.** *Liquen generalizado ó muy extenso, formado por varias placas repartidas en distintos puntos de la superficie cutánea.*

En esta forma están incluidos los liquenes sub-agudos escrofulosos y herpéticos. Su curso es lento ó crónico, pero cada placa eruptiva en sí, tiene los caracteres de las inflamaciones agudas. Preséntanse de pronto en varios puntos del cuerpo placas rojas, eritematosas, *largas y angulosas*, cubiertas de numerosas y agrupadas papulitas poco salientes y acompañadas de picazon intensa. El paciente se rasca, y la erupción se aumenta y se sostiene semanas y meses. Si en un punto desaparece espontáneamente ó á consecuencia de tópicos apropiados, nuevas placas se presentan en sitios más ó menos distantes. El número de placas es siempre escaso; dos, tres ó cuatro, colocadas *según la especie morboza*, ya en puntos análogos y simétricos de los miembros, ya en un solo lado, ó en el tronco, cabeza y cuello. A veces las placas son lineales y parecen arañazos, colocados paralelamente y en número de cuatro ó seis para constituir una placa de diez á veinte centímetros de longitud por tres ó cuatro de anchura.

El liquen de que nos ocupamos puede durar muchos años por la reproducción en puntos distintos de las placas eruptivas, pero cada placa aislada dura cuando más tres ó cuatro meses, á pesar de la acción de las uñas y de los remedios inten-



pestivos. Si estas causas irritantes son muy sostenidas, ó si la irritabilidad de la piel es grande, pueden estos líquenes transformarse en la variedad llamada *liquen agrius*; en la cual se forman vesículas y costras escamosas, más ó menos húmedas, sobre el ápice de las pápulas.

La tenacidad de esta erupción liquenoides no implica su incurabilidad; puesto que la afección termina á veces espontáneamente por resolución, ó se cura por los remedios internos y externos que la ciencia aconseja, sin que llegue á reproducirse.

TERCERA FORMA. *Liquen circunscrito, fijo y limitado á una sola placa eruptiva, ó cuando más á dos.*

Generalmente reumático y algunas veces escrofuloso ó herpético, este liquen es por su tenacidad la desesperación de médicos y de enfermos; ocupa casi siempre los extremos inferiores, ó las regiones cubiertas de pelo (liquen pilaris).

En el primer caso está constituido por una placa ó por dos, colocadas simétricamente en ambas piernas, de color rojo variable en intensidad. Pasando sobre ellas la mano se observa una aspereza muy notable, no tan fuerte, pero parecida á la del papel de lija, ó mejor á la de una lima gruesa y gastada. Las pápulas que sobresalen de la placa eruptiva son cónicas, muy duras y distantes unas de otras, se dejan romper con dificultad por las uñas dando una gota de sangre, y formando una costra negra, detrás de la cual se ve un araño más ó menos cruento. A veces este liquen se hace *agrius*; es decir, se cubre de costras escamosas en el ápice de sus pápulas, que adquieren un tamaño considerable.

En el segundo caso las pápulas ocupan la base de los pelos, ó lo que es lo mismo, éstos salen de su ápice; pero aquéllas no desaparecen aunque se haga la avulsión de los apéndices córneos que las atraviesan. En la cabeza, el color de la placa liquenoides es poco perceptible, al revés de lo que se observa en el púls y en las axilas, donde su color rojo es intenso.

La induración y las arrugas de la piel que siguen á este liquen fijo y circunscrito, son comunes á la forma anterior de liquen generalizado y sub-agudo.

Tal es, en resumen, la sintomatología del liquen, considerado en general, ó como lesión cutánea.

Respecto á su diagnóstico, poco tendremos, señores, que añadir después de lo dicho anteriormente con referencia á la manera de distinguirlo del prurigo. Sin embargo, hay ocasiones en que el eritema y la urticaria papulosos, el acné, la sarna, el eczema crónico, el herpes, el pitiriasis, el psoriasis, el ictiosis y algunas sífilides y escrofulides resolutivas, escamosas ó ligeramente crustáceas, pueden confundirse con el liquen.

Las formas mixtas que hemos estudiado en otras conferencias con los nombres de *eritema papuloso* y de *liquen urticado*, se distinguirán fácilmente de todas las especies del liquen de

que acabamos de hablar por la mezcla de las dos lesiones elementales que vereis en aquéllas y no en éstas, así como por la mayor mancha congestiva, y por lo tanto fugaz, que rodea á las primeras y que no existe en las segundas.

En el *eritema papuloso*, las pápulas son un accidente de la afección principal, y por lo mismo son escasas en número, aunque más grandes que de ordinario, y se encuentran disminuidas á grandes distancias sobre la mancha eritematosa.

Las placas sobre que descansan las pápulas del liquen circunscrito, no son eritemas ó manchas congestivas; son verdaderas inflamaciones crónicas con exudaciones y producciones celulares, y así vereis: primero, que no desaparecen por la presión; y segundo, que determinan hipertrofia ó induración de la piel, aumento de sus arrugas, etc.

La *urticaria papulosa*, ó liquen urticado, tiene bastante para su conocimiento y distinción con la aparición y desaparición intermitente del picor y de los habones que rodean á las pápulas.

El *acné rosáceo* y *eritema acnéico* de la cara, conocido vulgarmente con el nombre de caparrosa y fuego ó color del bigado, están constituidos por tubérculos inflamatorios, ya discretos ó aislados, ya agrupados en la mejilla ó la nariz, sobre una placa eritematosa. Como dependientes de la inflamación de los folículos sebáceos, contienen en su interior un líquido espeso compuesto de una mezcla del sebo, del epitelium parietal y de pus, que si el folículo es muy superficial, se manifiesta al exterior formando una pequeña pústula en el ápice del tubérculo. Nada de esto vereis en el liquen que se presenta en la extremidad cefálica. Prescindiendo de que sólo se le ha visto en la frente y entre el pelo de la cabeza, sus pápulas son mucho más pequeñas, secas y duras, y no contienen ningún líquido en su interior.

Los acnes pueden acompañarse de calor y de tensión dolorosa, y el liquen de picazon intensa. Los primeros, al supurar, dejan cicatrices hundidas y blancas, y el segundo eleva, hipertrofia, endurece y agrieta la piel, en donde crónicamente y por largo tiempo reside. El liquen es fijo desde luego y los acnes fugaces al principio, creciendo más tarde por brotes ó exacerbaciones agudas ó sub-agudas que coinciden con los cambios de estación, con las alteraciones ó épocas menstruales en la mujer, y con otras causas que no influyen para nada en el liquen circunscrito.

La *sarna* puede confundirse con el liquen, lo cual no debe extrañaros, sabiendo, como sabéis, que hay un liquen parasitario que la acompaña, y que es una de sus principales manifestaciones; pero la sarna no está exclusivamente constituida por las pápulas liquenoides, sino que además tiene como caracteres patognómicos, el parásito, el surco ó los surcos que fabrica, y la mezcla de otras lesiones vesiculosas y pustulosas con las pápulas citadas.

El *eczema crónico*, en su período de declinación ó desca-

macion, se parece bastante al liquen en placas, ó al circunscrito, y sobre todo al liquen agrios. En más de una ocasion los hemos confundido, á pesar de estar muy prevenidos contra este error, y ha sido preciso que un nuevo brote de la erupcion, enseñándonos la forma elemental naciente, nos hiciese ver que se trataba de una vesícula ó de una pápula. Los eczemas secos ó fijos, dependientes del reumatismo, son especialmente los que mejor pueden engañarnos. La dificultad de ver la vesícula naciente, la escasez de la exudacion y la escamilla confluyente que los reviste, ocultan á nuestra vista la forma de la lesion cutánea.

En estos casos no podemos ménos de recomendaros un medio que es de mucha utilidad para el diagnóstico. Mandad que apliquen sobre la parte afecta una cataplasma emoliente hecha con harina de linaza y manteca; levantadla á las pocas horas, y mirad entónces la superficie enferma. Si es un eczema, observareis la *criba* ó multitud de pequeños hundimientos y orificios de los conductos sudoríparos, en cuyo ápice terminal se forman las vesículas á la sazón rotas y desprovistas de la descamacion que las cubria mediante la accion tópica de la cataplasma. Si por el contrario es un liquen, en vez de hundimientos y orificios, se observarán brillantes y rojas elevaciones papulosas diseminadas sobre una placa eritematosa.

Las demás especies y formas del eczema crónico son más fáciles de distinguir del liquen, aunque estén en su período de descamacion ó declinacion: primero, por su mayor fugacidad y por la historia del padecimiento, que nos enseña ha existido abundante exudacion y vesículas que el mismo paciente ha visto; segundo, por la denudacion epidérmica que se produce frotando la superficie enferma y la exudacion inmediata que sobreviene en el eczema, y no se presenta en el liquen; y tercero, por la *criba* ó las *pápulas* que, segun cual sea la enfermedad, se aparecen á nuestra vista despues de esta denudacion artificial.

El herpes tiene una forma circular ó angular, mientras que el liquen ocupa placas de mucho mayor tamaño, irregulares, angulosas y generalmente alargadas. Sólo el liquen filoparásitario, que á veces se presenta en la tiña tonsurante sustituyendo al herpes, pudiera confundirse con él; pero como manifestacion de la misma causa morbosa, importa poco el error, que no modifica las indicaciones ni los juicios clínicos. Con algo de cuidado, sin embargo, podreis tambien distinguir este liquen del herpes circinado, y observar á veces con una lente cómo se mezclan y sustituyen en la placa elevada y circular las vesículas y las pápulas.

La circunstancia, que no habreis olvidado, de presentarse á veces cubriendo las pápulas del liquen una ligera escamita, puede ser causa de que se confunda con el pitiriasis, el psoriasis y el ictiosis.

La separacion que siempre existe entre las pápulas del liquen, aunque se implanten en una placa más ó ménos

extensa, hace que las escamas que pueden cubrir sus ápices estén tambien distantes, y esto sólo bastará para diferenciarle de las placas escamosas del pitiriasis, que están todas cubiertas por igual de la descamacion furfurácea.

Las escamas del psoriasis punctata y guttata se parecen muy poco al liquen diseminado. La blancura y brillo nacarado de aquéllas, y la escasa ó ninguna picazon que las acompaña, son suficientes caracteres diferenciales, no sólo para las formas dichas, sino más principalmente para las formas circunscritas é inveteradas, en las cuales el liquen pica de una manera horrible.

El ictiosis, por limitado que esté, siempre será una afeccion congénita, y que no ocasiona tampoco picazon ni molestias de ninguna clase.

Hay algunas sífilides y escrofuloides, que sin ser papulosas ó liquenoides, pueden simular un liquen simple, diseminado ó circunscrito; pero este diagnóstico, nada difícil por otra parte, debemos dejarle para cuando nos ocupemos de las manifestaciones cutáneas de la sífilis ó de la escrófula en particular.

El pronóstico del liquen, considerado en general ó como lesion cutánea, varia segun la forma que adopta para su presentacion.

El diseminado ó constituido por pápulas diseminadas en toda la superficie cutánea es leve, porque su duracion es corta y su tratamiento sencillo y eficaz. Las causas que pueden darle origen son fáciles de remover ó de combatir, y en muchos casos la enfermedad termina por los simples esfuerzos de la naturaleza.

El liquen diseminado en placas ya es más tenaz; su causa es tambien más general y ménos dominable por los recursos de la ciencia; su duracion es más larga, y aunque puede desaparecer espontáneamente, casi siempre hay que ayudarla con remedios que combatan la disercia ó la diatesis que le produce y sostiene.

El liquen circunscrito es una enfermedad que causa la desesperacion del enfermo y del médico. Su larga curacion, que á veces llega á quince ó veinte años, su tenacidad y rebeldia, las crueles picazones que la acompañan, y la ineficacia ó escaso resultado de las medicaciones mejor combinadas para vencerla, hacen que su pronóstico sea grave, siquiera no llegue nunca á determinar, por sí, la muerte de los pacientes.

Dos indicaciones tendreis que llenar para combatir la lesion papulosa liquenoidica, además de la causal que varia segun la enfermedad ó la especie morbosa; primera, calmar la picazon; y segunda, resolver el infarto especial que constituye la pápula.

Las lociones con cocimiento de adormideras ó con disoluciones de morfina, de cloroformo, de láudano, etc., las unturas con pomadas en las que entren estos ó otros narcóticos, como la belladona ó el beleño, y el uso interno del acónito,



del bromuro de potasio, del cloral y de los preparados de ópío á dosis suficientes, sirven para calmar la picazon, que es si no en todas, en la mayoría de las especies de líquen, el síntoma más importante y molesto.

La resolución de las pápulas se consigue más rápidamente con las lociones alcalinas (carbonatos y bromuros de potasio y de sodio), las soluciones fenicadas, creosotadas, de cloruro mercurio, de alcanfor, de subacetato de plomo, etc., y con el uso de los baños de vapor y de las pomadas astringentes (de bismuto, tannino, sulfato de zinc) ó excitantes especiales, como las de breja y aceite de enebro ó de abedul.

Combinando los resolutivos con los calmantes, según el buen criterio que dá la práctica, dominareis esta lesión cutánea, que es de las más rebeldes y tenaces en las formas crónicas y circunscritas, y de lo más benigno y fácil de curar en el líquen agudo ó pseudo-exantemático, que es el objeto principal de esta conferencia.

El líquen pseudo-exantemático es una afección cutánea aguda y muchas veces febril, que se presenta con frecuencia en nuestros climas en la primavera y en el estío, y se conoce por el vulgo con el nombre de *hercor de sangre*, lo mismo que la urticaria y algunas otras dermatosis agudas.

Después de una causa excitante cualquiera que pasa inadvertida casi siempre, siente el enfermo un ardor general que se acompaña de una fiebre moderada parecida á la catarral. Es raro que precedan calofríos, y el paciente no guarda cama ni se abate como en las fiebres de otra índole, porque los dolores generales, la inquietud y el movimiento de pulso son ligeros. Sigue en sus ocupaciones ordinarias, refresca y se adieta algo; pero observa picazon molesta en varios puntos de su cuerpo, y esto le obliga á mirarse, dándole ocasion para ver la erupcion que en ellos ha brotado. La constituyen numerosas y pequeñas pápulas rojas y acuminadas, diseminadas en toda la superficie del cuerpo, pero principalmente en el tronco y en los brazos, separadas entre si por anchos espacios de piel sana aunque algo congestionada.

Al día siguiente la congestion cutánea ha desaparecido ó disminuido considerablemente, y en cambio la erupcion es mayor por los nuevos brotes de pápulas que se han intercalado en los espacios que separaban las del día anterior.

En los dos ó tres días próximos sale toda la erupcion que ha de salir, y si bien continúa otros tantos en su periodo de estado, pronto declina, pierde su coloracion y desaparece sin descamacion, relictua ni señal de ninguna especie al terminar el septenario.

Los fenómenos iniciales febriles no acompañan á la enfermedad hasta su término; á veces no existen siquiera, y por lo comun desaparecen al principiar ó al terminar el brote papuloso.

Uno de los caracteres más notables del líquen agudo es la picazon. Fuerte, ardorosa, brusca en su aparicion, tiene el

máximum de su intensidad en este momento, y va disminuyendo progresiva y lentamente en los tres ó cuatro días siguientes, hasta desaparecer ántes ó al mismo tiempo que la erupcion.

En un septenario, á veces no completo, se juzga por lo tanto esta enfermedad cuando no hay causas que perturben ó retarden su natural evolucion; pero si se trata, por ejemplo, con fricciones irritantes, sulfurosas ó con medios perturbadores análogos, ya porque se crea que convienen, ya porque se confunda el mal con la sarna, entónces la erupcion se exagera, se convierte en artificial, se complica ó mezcla con pústulas, y puede asi trasformada durar mucho más tiempo.

Nada más comun que ver esta erupcion en nuestro clima, á pesar de que en Francia no la han visto ni la describen dermatólogos tan ilustrados como Bazin; ni nada más fácil que su diagnóstico de las demás especies de líquen que los autores admiten, á pesar de su infinito número y de las infundadas divisiones hechas por algunos en el género patológico que estudiamos.

Para daros á conocer estas innumerables especies con todos los detalles y con los caracteres que las asignan los diversos autores de dermatología, sería preciso que nos detuviéramos demasiado. Nos limitaremos á enumerarlas, dividiéndolas en dos grupos derivados de su forma y de su naturaleza, y haremos resaltar los caracteres diferenciales que más importancia pueden tener para el diagnóstico del líquen agudo ó pseudo-exantemático.

Por su forma se ha dividido el líquen en *simple* y *compuesto*. En el *simple*, se han admitido las variedades siguientes: *Circumscritus*, *difusus*, *pilaris*, *lividus*, *trópicus*, *giratus*, *inveteratus*, *agrius*, *ferax*, y *atrófulus* ó *fuego de dientes* ó *de la denticion*, subdividido en *intertinctus*, *confertus*, *evoláticus*, *alvidus* y *cándidus*. (Hatteman, Biet, Cazenave.)

En el *compuesto* admite Devergie las tres especies de *urticado*, *eczematoso* y *herpetiforme*.

Por su naturaleza se han admitido en el líquen (por Bazin y otros dermatólogos) las especies que siguen: *artificial*, *zooparasitario*, *fitoparasitario*, *escrofuloso*, *reumático*, *herpético* y *sifilítico*, á las cuales nosotros añadimos el *simple-agudo* ó *pseudo-exantemático*.

Prescindiendo de la crítica que pudiéramos hacer de todas estas clasificaciones, os diremos que el tipo del líquen simple descrito por Hatteman, se parece bastante al de nuestro líquen pseudo-exantemático. Es para él una afección febril en su principio, caracterizada por granos rojos que empiezan á brotar por la cara y por los brazos, y que poco á poco se extienden á toda la superficie del cuerpo, terminando por resolución en diez, catorce ó lo más veinte días.

Ninguna de las otras formas tiene parecido ni puede confundirse con el líquen agudo ó pseudo-exantemático.

La especie *pilaris*, considerada por Bazin como una artrítide ó manifestación del reumatismo, porque va acompañada con frecuencia de jaquecas y de gastralgias, es una erupción crónica, rebelde, que se presenta en la base del pelo de la cabeza, de los sobacos ó de los órganos genitales. Sus pápulas rojas pican mucho, están atravesadas por pelos, y se reproducen incesantemente despues de su aparente terminación por descamación furfurácea; nada se observa de fiebre ni de fenómenos generales, salvo las coincidencias reumáticas que puedan existir.

El liquen *circumscriptus*, siempre reumático para el mismo autor, pero que algunas veces es herpético de un modo evidente, está limitado á una ó varias placas redondeadas ó circulares, sobre las cuales brotan agrupadas numerosas pápulas rojas y duras con una picazon irresistible. El borde ó contorno de la placa es muy saliente y marcado. Las pápulas se resuelven en quince ó veinte días; pero ántes de su completa desaparición las van reemplazando otras nuevas, de modo que el padecimiento en general puede durar muchos años, sin otros fenómenos generales que las coincidencias herpéticas ó de otra índole que segun su naturaleza le acompañan.

El liquen *diffusus* está caracterizado por placas papulosas, grandes, extensas y en número suficiente para considerar á la erupción como generalizada. Su cronicidad consiste, no en la fijeza de la dermatosis, sino en que se presentan nuevas placas cuando desaparecen las antiguas, circunstancias ambas que bastan para distinguirla del pseudo-exantemático que hemos descrito.

El *lividus*, parecido al sifilítico por su color y por la ausencia de picazon, es de un curso lento también, y está formado por agrupaciones de pápulas mezcladas con manchas hemorrágicas. Coincide casi siempre con el reumatismo articular crónico.

El *giratus*, llamado así por la forma de zig-zag que adoptan las agrupaciones papulosas; el *inveteratus*, variedad tan rebelde del *circumscriptus*, que persiste veinte ó treinta años en un punto, á pesar de todos los remedios imaginables, y el *trípicus*, propio de los países intertropicales, se distinguen fácilmente del pseudo-exantemático por los simples caracteres que indica su denominación.

El liquen *agrius* ó *ferox*, separado infundadamente por Devergie en dos especies, es un liquen circunscrito, crónico, rebelde, acompañado de extensa picazon y cubierto, á consecuencia de los arañazos, de costras y escamitas, que pueden ocultar su forma elemental. Basta esta ligera exposición de sus caracteres para distinguirla del agudo-febril y generalizado, que en el breve tiempo de un septenario termina felizmente sin grandes recursos terapéuticos. El liquen *agrius* es, por otra parte, una manifestación del herpetismo.

El *strófulus*, fuego de dientes, ó liquen *escrofuloso* de los niños de pecho, es una erupción que por su aparente agudeza

podiera tomarse por el pseudo-exantema liquenóide. Se presenta comunmente en la cara y en el cuello de los niños pequeños en forma de pequeñas pápulas rojas, mezcladas á menudo con manchas críenmatosas (*interfictus*), ya confluentes (*confertus*), ya formando grupos diseminados (*collatus*).

Estas pápulas pican especialmente por la noche, se exacerban con el llanto, con el calor, salen de pronto en la época de la dentición, desaparecen bruscamente si se presenta alguna afección interna, y se trasforman ó preceden á las demás escrofulides benignas exudativas, que como el usagre ó eczema impetiginoso, han sido confundidos con la misma denominación de fuego de la dentición.

A pesar de la agudeza de las lesiones, la enfermedad es crónica porque se reproducen las pápulas y puede durar varios meses ó varias semanas ántes de terminar ó de trasformarse en el usagre. Su localización en la cara, en el cuello ó en puntos limitados del cuerpo, la edad y circunstancias de los enfermos, su mayor duración, y la facilidad que presenta de trasformarse en otra forma de erupción escrofulosa, bastan para distinguirla del pseudo-exantemático.

Las dos variedades de *strófulus alcidus*, llamado así por sus pápulas blancas, y de *strófulus candidus*, por el gran tamaño que aquellas tienen y la ausencia de picazon y fenómenos inflamatorios, son tan crónicas, que sólo por esta razón pueden eliminarse en el diagnóstico.

Las formas mixtas de Devergie (liquen urticado, eczematoso y herpetiforme) se distinguirán bien por la mezcla ó combinación de las lesiones elementales, y además por los caracteres siguientes. El liquen *urticado*, de que hemos hablado en una conferencia anterior, puede ser una afección aguda y generalizada, pero pica mucho más que el pseudo-exantemático en la época del día ó de la noche en que salen los habones de la urticaria á rodear á las pápulas; la congestión cutánea es mucho más extensa en esta especie, es una afección en gran parte intermitente y no sigue el curso regular del liquen simple agudo.

El liquen *herpetiforme* es el herpes ó tiña tonsurante cuyos caracteres debeis ya conocer; contagioso, nummular, cubierto de escamitas, tonsurando el pelo ó el vello del cuerpo, ni es agudo, ni generalizado.

El *eczematoso*, ó bien es una escrofulide polimorfa, pápulo-vesiculosa y pustulosa que sigue el curso lento de esta clase de afecciones cutáneas, ó bien es el liquen *agrius* ya descrito.

Más fácil, y sobre todo más provechoso, ha de ser para vosotros el diagnóstico del liquen agudo ó pseudo-exantemático con las demás especies de liquen que se admiten y que nosotros admitimos fundando la clasificación en la naturaleza del mal.

El liquen, dividido en artificial, parasitario y espontáneo, segun los órdenes de nuestra clasificación, se subdivide en va-



rias especies que el ilustre Bazin ha indicado, y que nosotros aceptamos como resultado también de nuestra propia observación.

El *artificial*, provocado directamente por el frote, por el uso de pomadas irritantes, de ipecacuana, etc., es agudo, confluente, pero limitado al sitio de la fricción, cuya piel en general está enrojecida ó eritematosa.

El *parasitario*, provocado por la presencia del sarcopites, es disseminado y puede ser generalizado como el pseudo-exantemático; pero están sus pápulas mezcladas con vesículas ó con otras lesiones cutáneas, y existen á la par sarcos y erinencias acarianas, picazon nocturna y todos los demás síntomas de la sarna.

El *parasitario*, provocado por el *trichophyton*, es el herpes ó tía tonsurante ó el líquen herpetiforme de Devergie, de cuyo diagnóstico ya hemos hablado hace un momento.

El *espontáneo*, cuando es una manifestación de la *sífilis*, se presenta á las pocas semanas ó á los dos ó tres meses de la existencia del chanero inicial; y sin que lo sospeche el enfermo, porque ni pican ni duelen, aparecen pápulas grandes, rojo-oscuros ó cobrizas, muy disseminadas en el cuello, los brazos y á veces el pecho y las espaldas. Su aparición no es brusca, sino lenta y sucesiva, de modo que dura diez, quince ó veinte días. Estas pápulas permanecen en su período de estado uno, dos ó tres meses, según la constitución del enfermo ó el tratamiento que se emplee, y al fin se resuelven sin descamación ni cicatriz. De modo que el *líquen sífilítico*, aunque vaya acompañado en su origen de fenómenos febriles y dolores reumatóides, se diferenciará pronto del *pseudo-exantemático* por su cronicidad, el color, tamaño y condiciones especiales de sus pápulas y la ausencia de picazon.

Cuando el líquen espontáneo debe su origen al *herpetismo*, pudiera muy bien confundirse con el pseudo exantemático, porque sus pápulas son muy pequeñas y están disseminadas por toda la superficie del cuerpo ó sobre numerosas placas distantes mucho entre sí; pero su picazon es irresistible, no se presenta de pronto la erupción ni con fiebre, y además es crónica y recidivante, siendo cada brote primaveral mas extenso y tenaz que los anteriores, y sobreviniendo coincidencias herpéticas profundas, como neuralgias y catarros crónicos en el curso de la enfermedad eruptiva. También hemos visto este líquen *circunscrito* y limitado á dos placas redondeadas en las piernas, simétricas, muy pruriginosas y muy crónicas.

El líquen *escrofuloso* es el strúfulus ó fuego de dientes, de cuyo diagnóstico y variedades ya nos hemos ocupado.

Finalmente, el líquen *reumático* se caracteriza por ser siempre *circunscrito*, fijo y muy crónico, por su especial pi-

cazon, que está constituida por pinchazos fugaces, por su color violado-oscuro y las coincidencias reumáticas.

Bazin admite en esta especie de líquen tres variedades, el *circunscrito*, el *pilaris*, y el *lúcidus*, con los caracteres asignados por los demás autores á estas formas de la enfermedad.

Ninguno de ellos, como veis, puede confundirse con el líquen agudo, fugaz, generalizado ó pseudo-exantemático, cuyo tipo os hemos pintado á la ligera.

Es tal la benignidad de este padecimiento, tan normal y breve su evolución y tan sencillo su tratamiento, que como prueba de ello no queremos citar mas que el caso de la jóven que ocupa en la actualidad la cama núm. 12 de la sala 8.ª, que ántes llamábamos de Santa Bárbara.

La mujer en cuestión parece tener 24 ó 26 años, robusta, bien constituida. Es criada de servir, y dico que ha tenido siempre buena salud, pero que hace ocho días estando en el primero de su período menstrual, tuvo un grave disgusto, se sofocó mucho y la regla se suprimió repentinamente.

Al día siguiente se encontró ligeramente febril, con dolor de cabeza y malestar de estómago; y en la cara, en el cuello, pecho y brazos le salieron unas cuantas pintas rojas que hicieron temer á sus años una fiebre eruptiva, por lo que se vino al hospital.

Las manchas se convirtieron en pápulas, y cuando nosotros vimos á la enferma ya estaban disseminadas en toda la superficie del cuerpo. Entre todas, sin embargo, no pasaron de cuarenta. La picazon era intensa y ardorosa; no había fiebre; la lengua estaba sucia y el período no se había restablecido. La prescribimos un purgante salino, sinapismos bajos y polvos de almidon á la erupción.

Dos días después empezó la erupción á declinar; y hoy, día sexto de observación, ha desaparecido casi en totalidad.

No creáis, á pesar de este ejemplo, que el uso de los purgantes sea siempre necesario, pues si aquí le usamos fué porque el estado de la lengua nos indicaba una saburra coincidente. Basta en la mayoría de los casos una prudente expectación, diluyentes y media dieta; para conseguir el mismo resultado y en el mismo tiempo.

No olvidéis que la supresión de la regla, los excesos en el régimen y las pasiones excitantes, son las causas más frecuentes del líquen agudo, y que combatiendo los efectos y complicaciones que esas mismas causas hayan podido determinar, dejareis en libertad á la erupción cutánea para seguir su evolución normal, siempre pronta y feliz, sin necesidad de tratamiento ó con el sencillísimo que hemos indicado.

Debiéramos ocuparnos hoy del *prurigo*; pero estareis muy fatigados con lo árido del asunto, y preferimos dejarlo para la conferencia inmediata.

## LECCION QUINTA.

De los pseudo-exantemas *seca papulosa* (continuación). Del prurigo considerado en general ó como lesión cutánea.—Ideas generales acerca de esta afección.—Sus causas, síntomas, relaciones morbosas ó importancia clínica.—Especies diversas del prurigo.—Su diagnóstico, pronóstico y tratamiento.—¿Existe un prurigo agudo simple, ó pseudo-exantemático?

SEÑORES:

Hoy debemos ocuparnos de una de las lesiones cutáneas más importantes y dignas de llamar la atención del médico práctico.

Tal vez estemos fuera del terreno que nos incumbe estudiar, y el pretexto de los pseudo-exantemas no pueda servirnos

para el caso; pero prometiendo para otro año un curso de semiótica cutánea, en el que tiene un puesto de perfecto derecho, dispensádmnos en éste que os hablemos, siquiera sea ligeramente, del

### PRÚRIGO.

Con una apariencia casi insignificante, con lesiones tan pequeñas y tan poco apreciables que á veces sólo el tacto puede percibir las y con localizaciones tan limitadas en muchos casos que apenas tienen una pulgada de extensión, es, sin embargo, el prurigo la afección cutánea más terrible que puede sufrir la humanidad.

Porque aminoremos sus padecimientos exponen su vida los enfermos de prurigo, ocultando otras enfermedades más importantes que contraindican los remedios de aquél: y en alguna ocasión esta afección cutánea tan despreciable para el vulgo de los médicos ha conducido á desgraciadas personas por el horrible camino del vicio, del crimen, de la desesperación y aún del suicidio, causando la infelicidad no sólo del individuo, sino de la familia y quién sabe si de alguna nación.

¿Crecéis en vista de semejante cuadro en la importancia del estudio clínico del prurigo?

ABRIL 1904. FUENTE.

Ciertas alteraciones de la sangre, como las que acompañan á la ictericia ó al abuso de los alcohólicos y excitantes, la existencia en ó sobre la piel de numerosos parásitos y pseudo-parásitos, la suciedad, los trastornos menstruales que coinciden con la edad crítica, la vejez en los sujetos de un temperamento nervioso muy graduado, la dismenorrea, los infartos de la matriz y de los ovarios, las pasiones eróticas y las hiperemias de la médula ó de los centros nerviosos que pueden determinarlas, las irregularidades de la inervación dependientes del histerismo, las lesiones de la circulación sanguínea, ya sean producidas por afecciones vasculares ó por infartos viscosos del hígado ó de los pulmones que entorpecen el curso de la sangre, el herpetismo, el reuma y en algunas ocasiones la escrófula; tales son, señores, las causas principales del prurigo.

Empieza la enfermedad por la presentación de unas pápu-

35



las duras, pequeñas y tan profundamente enclavadas en el espesor del dermis, que sólo por el tacto se perciben. La picazón fuerte que las acompaña obliga al enfermo á rascarse, ó mejor dicho, á clavarse las uñas para romperlas y dar salida á una ligerísima exudación serosa que por el pronto alivia aquella sensación molesta; pero no tarda ésta en volver; nuevas pápulas se presentan y la picazón crece y se extiende á otros puntos.

Si queréis apreciar con la vista la lesión cutánea, puede suceder que no la veáis, porque las pápulas tienen el mismo color que la piel; pero pasando la yema de los dedos por la superficie enferma, observaréis asperezas semejantes á las del chagrin y á veces á las de los dientes de una lima gruesa algo gastada; tal puede llegar á ser la dureza de las pápulas y la impresión que en nuestro sentido táctil determinen.

A poco tiempo de duración que lleve el prurigo, nuevos fenómenos aparecen. El ápice de las pápulas cortado ó roto por las uñas del enfermo se cubre de una costra sanguinolenta pequeña y adherente y la piel próxima está sembrada de arañazos ó lesiones cruentas más profundas, porque la intensidad del picor obliga á los pacientes á rascarse con objetos más ásperos que sus uñas.

Como resultado de semejantes lesiones reproducidas diariamente en los sitios que ocupa el prurigo, veréis una *hiperacrecion* notabilísima del *pigmentum cutáneo* que da á la piel un color moreno oscuro muy distinto del color blanco rosado de las partes sanas, lo cual no constituye una mancha uniforme, sino *ráfagas* irregulares, heterogéneas ó versicolores, por haber en ellas puntos sanos y otros de diferente intensidad en su coloración.

La multitud de cicatrices epidérmicas que dejan los arañazos hace que la piel de la región pierda sus arrugas y surcos naturales, los apéndices córneos y el vello que ántes tuviera, presentándose, aunque oscura, muy lisa, lustrosa, sin pelos ni secreción sebácea perceptible, no sólo por la oclusión de los orificios foliculares, sino por la destrucción de las mismas glándulas encargadas de su formación.

Los demás síntomas que acompañan al prurigo dependen: 1.º, del sitio en que se fija ó localiza si es circunscrito; 2.º, de las simpatías que ejerce en algunos sistemas generales, y principalmente en el nervioso; 3.º, de sus relaciones con otras afecciones diatélicas y coincidentes, y 4.º, de su causa y naturaleza, ó lo que es lo mismo, de la especie morbosa que representa.

1.º El sitio que más influencia tiene en la sintomatología del prurigo es la piel ó la membrana mucosa de los órganos genitales externos tanto en el hombre como en la mujer.

Figuráos lo que padecerán los desdichados enfermos acosados por una picazón constante é irresistible en dichos órganos, sin poder evitar la imperiosa necesidad de rascarse sitios tan vergonzosos, no sólo en las soledades de su dormitorio,

sino en las reuniones, en los sitios públicos, en las visitas y hasta en los actos más solemnes de su vida!

Figuráos el horrible sufrimiento de esos mártires para dominarse en tan críticos momentos; su desesperación si no lo consiguen y tienen que confesar su desgraciada suerte para disculparse y evitar el ridículo, que no por eso deja de afligirles; su pena inmensa al ver que un día y otro día, un mes y otro mes, un año y muchos años, ¡siempre! es igual su vida, sin encontrar con toda clase de remedios alivio suficiente á su tormento!

Veréis á estos enfermos al poco tiempo tristes, pensativos, enismados, buscando la soledad, huyendo de todo el mundo, hasta de sus amigos más queridos, porque una sola idea les domina; ocultar su enfermedad y poder satisfacer sin testigos la necesidad, que no es el placer, de rascarse. Como la picazón se exacerba con el calor de la cama, el insomnio, ó mejor dicho, la imposibilidad de dormir, es constante, y esto aniquila mucho al enfermo. Por fortuna el aparato digestivo se conserva en buen estado y la nutrición se verifica.

La rudeza de los frotamientos, su persistencia en unos órganos tan sensibles y de piel tan fina y delicada, la congestión mecánica que en ellos sostiene y la excitación erótica que favorece ó determina dan lugar á varios efectos de importancia.

Es uno de ellos la inflamación de la piel y del tejido celular subcutáneo ó célula adiposo de la región, que constituyendo erisipelas, flemones y diviosos en el escroto ó en los grandes labios mortifica con frecuencia al paciente.

Estas verdaderas complicaciones de la enfermedad ocasionan dolores y otras molestias incómodas; pero á veces dan lugar á un alivio fugaz, á un periodo más ó menos largo de calma en la afección principal, hasta el punto de que las enfermas se creen curadas y no hablan de sus picazones anteriores al médico, si es que le han avisado para la curación de su absceso ó de su forúnculo, venciendo su pudoroso miedo y natural vergüenza.

La calma, sin embargo, dura poco; la picazón reaparece y con ella toda su cohorte de síntomas; nuevas dermatitis y linfangitis se presentan y determinan adenitis supurantes en las ingles (bubones del prurigo, Hebra); la intranquilidad aumenta; las pasiones eróticas se desarrollan impetuosas y dominando á la mejor inteligencia, á la más firme voluntad y á la más austera virtud conducen al enfermo á repugnantes excesos.

La *ninfomanía* ó la *satiriasis* sintomáticas del prurigo genital son terribles y los desgraciados pacientes, que empiezan por entregarse á una masturbación furiosa, concluyen casi siempre en la prostitución ó en el libertinaje clínico y desenfrenado.

Hechos conocido á una señora virtuosísima, casada siendo joven con un anciano respetable, la cual empezó á los treinta años á padecer el prurigo vulvar. De la alegre y agitada vida

de las reuniones y los saraos en donde lucía su hermosura, la vimos pasar casi repentinamente á la vida mística de las iglesias y el confesionario. Triste, abatida, pálida, ojerosa, ¡ella! que ántes hacía la felicidad de toda su familia y era el encanto de cuantos la trataban, se volvió de un genio irascible y cruel, abandonó la sociedad y se pasaba horas enteras en la iglesia rezando y sollozando.

Como el esposo era anciano y la mogigatería es el recurso más común en las mujeres cuando quieren faltar á sus deberes conyugales, no dejó de haber malas lenguas que murmurasen de semejante cambio y que incitasen al suspicaz y celoso marido á que la espíase ó mandase espíar.

Indignada la enferma cuando lo llegó á comprender sufrió después del disgusto doméstico consiguiente un ataque histeriforme horrible, que fuimos llamados á ver y remediar.

La pobre señora nos confió su enfermedad, pintando apasionadamente sus tormentos y el refugio santo á que acudía para librarse de las tentaciones del vicio.

Procuramos por entónces calmarla ofreciéndola remedio pronto á sus males; pero á los pocos días se fué á vivir el matrimonio lejos de Madrid y sólo hemos salido al cabo de un año que la infeliz ha sido conducida á un manicomio después de algunos meses de haber perdido la razón.

¡Cuántas otras en cambio han caído en la pendiente á que las arrastra su enfermedad!

En el hombre es muy raro que el prúrigo genital llegue á determinar la locura y además lo que se llama crimen en la mujer es aceptado por desgracia en nuestra sociedad como cosa corriente en el hombre; de modo que puede con más facilidad buscar ese alivio fugaz á sus padecimientos, sin perder su honra ni comprometer la ajena.

La localización del prúrigo en las regiones plantares da lugar á fenómenos raros que hemos podido estudiar algunas veces y principalmente en el caso que vais á oír.

Tratábase de un caballero de la buena sociedad en una de las primeras capitales de España, el cual vino á consultarnos el año próximo pasado para ver de aliviar los tormentos que sufría y remediar el ridículo en que había caído por lo que llamaban sus excentricidades ó monomanías en la población referida. Cuando nos decía el objeto de su visita, y ántes de empezar á describir la enfermedad, le vimos mover furiosamente los pies dentro de sus botas; á los pocos instantes se puso en pie y estuvo dando brincos en la sala, golpeando el suelo alternativamente con el uno ó con el otro hasta que al fin se volvió á sentar; cogió un bastón grueso, de callado, que llevaba siempre consigo y se golpeó fuertemente la planta de ambos pies, pidiéndonos mil perdonos por su falta de educación y por no serle posible hacer otra cosa, ni hablarnos siquiera de sus padecimientos. Al cabo de cinco minutos de esta situación enojosa, durante la cual teníamos estar al lado de un loco, nos dijo el enfermo con lágrimas en los ojos y con el des-

fallecimiento de un hombre rendido por la fatiga y la desesperación: «Acaba V. de ver uno de los accesos de mi enfermedad, tal vez el más ligero que he tenido en dos ó tres años. En mi país he tenido algunos que me han durado media hora. En estos casos, además de hacer lo que V. ha visto, tengo que descalzarme, esté donde esté, y rascarme los pies con cualquier cosa hasta que brote sangre, quedándome después rendido de fatiga y de vergüenza, ó huyendo al campo ó á mi casa, si es que puedo moverme. La enfermedad empezó durante un ataque reumático que sufrí hace cuatro años, notando yo una picazón irresistible en la planta del pié derecho debida á unos granitos ó pequeños bultos como cabezas de alfiler, pero muy duros, que en número de seis ó siete tocaba yo en ella. A los pocos días me mejoré; á los pocos meses se reprodujo la erupción y ya no ha desaparecido; siempre me pica, pero tres ó cuatro veces al día y sobre todo por la noche me dan estos ataques de picazón horrible, durante los cuales me vuelvo loco y terminaré por serlo ó por pegarme un tiro si esto no cede ó no se cura.» Consolamos al desgraciado ofreciéndole más de lo que esperábamos del tratamiento y pasamos á ver el sitio enfermo, que á consecuencia de tanto traumatismo estaba completamente desfigurado. La piel de ambas plantas gruesa, rajada y agrietada por muchos puntos, sembrada aquí y allá de pápulas estaba toda cubierta de sangre. No pudimos llegar á tocarla, porque al tratar de hacerlo y por temor al cosquilleo natural, nos dijo el paciente que si lo hacíamos le daría una convulsión. ¡Cuadro terrible, señores, que jamás se nos olvidará y que quisiéramos haberlo podido pintar con todos sus detalles!

De las demás localizaciones que suele tener el prúrigo puede prescindirse para explicar la sintomatología de la enfermedad descendiendo á ligeros detalles en la descripción de los fenómenos simpáticos que desarrolla el prúrigo generalizado.

2.º Parece imposible que una dolencia que apenas tiene lesiones anatómicas perceptibles dé lugar á simpatías morbosas importantes, y, sin embargo, por las que hemos visto presentarse en el prúrigo localizado genital, podemos presumir las que ofrecerá á nuestra observación el extenso ó generalizado.

La tristeza, la preocupación, la intranquilidad, el insomnio, la necesidad imperiosa de rascarse en diversos puntos del cuerpo son mayores, y aunque la locura no sea tan frecuente, también se presenta algunas veces.

Hemos visto ataques convulsivos é histeriformes determinarse á consecuencia, más que de la picazón, de la crueza de los arañazos y frotamientos; espasmos de la vejiga y de la uretra, que hemos dudado si serían dependientes de la enfermedad ó de los enfriamientos y lociones frescas ó acidulas que los enfermos usaban para calmar la picazón; convulsiones parciales de los músculos palpebrales cuando la afección residía en la piel que los cubre; rectorragias y afecciones varico-



sas é inflamatorias de la márgen del ano en el pródigo anal, y un fla, fenómenos nerviosos muy variados segun las condiciones del individuo y de la enfermedad.

3.º Las relaciones que el pródigo tiene con otras afecciones coincidentes no sólo aumentan y modifican la sintomatología de la enfermedad, sino que influyen poderosamente en su semeiyótica y por lo tanto en su diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Repetidas veces nos habreis oido decir que el pródigo va casi siempre acompañado de afecciones viscerales y principalmente de fatiga ó disnea provocada por causas diversas, ya pulmonales, ya cardíacas; y así es, en efecto, aunque el enfermo trate de ocultarlo por temor de que no queramos remediar su pródigo, que le molesta mucho más que la afección interna.

De trescientos siete enfermos de pródigo que hemos tenido ocasion de asistir, doscientos veinte y cuatro sufrían á la par afecciones viscerales más ó ménos graves del hígado, de los intestinos, del pulmon, del corazon, ó de los centros nerviosos.

De estos doscientos veinte y cuatro, quince coincidían con afecciones de la médula, treinta y siete con lesiones hepáticas crónicas de diversa clase, ciento treinta y ocho con catarros pulmonales crónicos y los restantes con lesiones del corazon y de los grandes vasos.

Hay que advertir que en el número de los trescientos siete, sólo incluimos los pródigos espontáneos ó de causa interna, eliminando el icterico y todos los de causa externa artificial ó parasitaria; de modo que en las dos terceras partes puede decirse que hay fatiga, ya por falta de influencia nerviosa, ya por infarto hepático, ya por enfisema ó edema pulmonal, ó ya, en fin, por desórdenes circulatorios y respiratorios dependientes de un aneurisma, de estrecheces ó de insuficiencias valvulares.

Por esto no extrañareis que al ver un enfermo con pródigo en la sala le preguntemos en seguida por la fatiga y la afirmemos, aunque él la niegue, si oímos alguna tos por ligera que os parezca. En todos los que ahora existen en la enfermería habreis podido comprobar este hecho curioso, pues todos la negaban y en todos la habreis observado por vosotros mismos.

Deslindar, pues, la lesion visceral que acompaña al pródigo es de necesidad absoluta para el clínico que quiera fundar, como es justo, en bases sólidas el pronóstico y el tratamiento de la enfermedad y precisamente por la forma y naturaleza de las lesiones internas se puede venir en conocimiento muchas veces de la naturaleza de la afección cutánea.

Las lesiones vasculares indican casi siempre el reumatismo; las catarrales y nerviosas el herpetismo ó reumatismo en proporcion igual; las hepáticas el herpetismo y las glandulares ó ganglionares el escrofulismo como causa principal de la afección cutánea que nos ocupa.

El pródigo nunca es sífilítico. La sífilis, como ya sabeis, tiene horror á la picazon.

Sin perjuicio de los caracteres especiales que luego os diremos, sospechad un pródigo reumático cuando existe una lesion de corazon coincidente y un pródigo herpético cuando coincidan lesiones hepáticas ó de los centros nerviosos; dudad entre uno y otro, apelando á otros datos para decidir, si la lesion visceral es un catarro crónico.

El pródigo puede depender tambien de otras dolencias no diatésicas ni crónicas, sino agudas fugaces y de causa externa, como la ictericia, la sarna, la piojera, etc., y en este caso, aunque cambian sus caracteres, bastará semejante coincidencia morbosa para distinguirla en gran número de ocasiones.

4.º La naturaleza del mal ó la especie morbosa hace variar mucho los caracteres de la afección pruriginosa. El parasitismo determinando el pródigo le da por caracteres su fugacidad y curabilidad y la coincidencia de las demás lesiones parasitarias variables segun cual sea el parásito ó pseudo-parásito que las determina. La ictericia le acompaña del color amarillo en la piel; la escrofula le limita en placas acompañadas de poca picazon, pero cubiertas de pápulas muy duras y tan ásperas al tacto, que parecen los dientes de una lima; el reuma le hace presentarse localizado tambien en uno ó varios puntos (en el dorso, en el ano, en las regiones articulares) y en sujetos robustos que padecen, sin embargo, otras afecciones cutáneas, mucosas, articulares ó viscerales de naturaleza reumática. Su picazon punyitiva, su movilidad, su desaparicion en el verano, su reaparicion y su terrible gravedad en el invierno, son caracteres de verdadera importancia para el diagnóstico. El herpetismo es la enfermedad que con más frecuencia da al pródigo esos caracteres crueles y espantosos que conducen á la desesperacion. La picazon continua, irresistible, pero que se exacerba por acosos, por la noche y por el calor; su tendencia á la generalizacion; su preferencia por los órganos sexuales y su cronicidad y tenacidad á pesar de los mejores tratamientos, dan á esta especie morbosa una importancia clínica que en vano buscaremos en las demás especies. ¿Cómo explicar el que Hardy y otros autores modernos no admitan el pródigo herpético?

Por lo dicho hasta aquí habreis venido en conocimiento de las múltiples relaciones morbosas del pródigo, pues casi siempre es síntoma de una enfermedad grave y se presenta en periodos avanzados é incurables de la misma, teniendo esta lesion cutánea una gran importancia para el patólogo como signo pronóstico cuando se presenta en el curso de una afección constitucional.

Las especies y variedades de forma admitidas por los autores y consignadas en las obras antiguas de dermatología (Villan y sus adeptos Bateman, Gilbert, Rayer y Cazenave) se reducen á las siguientes:

*Pródigo mitis:* Han llamado así á un pródigo subagudo de

pápulas grandes, mayores que las del líquen, acompañadas de escasa ó tolerable picazon, que se presenta por lo comun en los niños, en los sujetos muy linfáticos ó en los escrofulosos.

*Prurigo fórnicans*, propio de los adultos ó ancianos, formado por pápulas pequeñas y numerosas acompañadas de picazon intensa, parecida á la que producirían muchos hormigas recorriendo y mordiendo nuestra piel continuamente. Se encuentra localizado ó generalizado y puede durar muchos años.

*Prurigo senilis*, propio de los ancianos é incurable. Se le atribuye por dichos autores la formacion por generacion espontánea de los piojos que en número considerable pujan en la superficie cutánea de los pacientes.

Por su extension le han dividido en *general ó generalizado*, cuando ocupa gran parte de la superficie cutánea; y *parcial, limitado ó localizado* cuando ocupa una region anatómica ó parte de ella: de aquí las denominaciones de

*Preputialis*, cuando ocupa el prepucio;

*Pubis*, cuando ocupa la region pubiana y es dependiente del parásito pubiano ó ladilla;

*Urethralis*, cuando ocupa la uretra, siendo su causa más frecuente la existencia de los cálculos vesicales;

*Podica*, cuando ocupa la margen del ano, bien dependa de lombrices, hemorroides, el pecado de sodomia ó un estado constitucional indeterminado;

*Escrofi*, cuando ocupa el escroto, determinando en él grietas, hipertrofia, exudacion febril y elevaciones estriadas blancuecinas que sustituyen á las pápulas;

*Vulvar ó pudendi muliebris*, cuando ocupa los genitales externos de la mujer, siendo la causa más frecuente y á veces el efecto de la leucorrea, la ninfomanía y el vicio del onanismo en este sexo;

*Plantar*, cuando ocupa las regiones plantares.

Alibert admite cuatro especies: el liquenoides ó *furfurante*, el formicante, el pedicular y el latente ó sin pápulas, frecuente segun él en las mujeres. Gintrac admite: 1.º El *prurigo esencial, nervioso* ó sin pápulas, el cual puede ser general ó parcial (*podicis, escrofi, pudendi*). 2.º El pedicular. Y 3.º El *herpético (mitis, fórnicans)*.

Bazin divide el prurigo en varias especies: 1.º *Artificial directo*, forma aguda, benigna, producida por el calor intenso, por el desaseo, etc., en los herreros, cocineros y oficios análogos, constituida por grandes pápulas, mezcladas con eritemas, vesículas, pápulas y á veces pústulas, afeccion que cede con remedios sencillos y desaparece cuando cesa la causa. 2.º *Parasitario ó sarnoso*, que es el que acompaña á la sarna y tiene por lo tanto como caracteres coincidentes y signos diagnósticos los que le proporciona esta enfermedad parasitaria. 3.º *Pedicular*, propio de los viejos sucios, que se mudan poco y no se lavan nunca y se manifiesta por pápulas

las diseminadas en la espalda y el muslo acompañadas de picazon variable y exudacion viscosa. 4.º *Ictérico*, propio de los enfermos ictericos ó con lesiones antiguas del hígado que estorban el curso natural de la secrecion biliar, caracterizado además por los picores vivisimos que determina despues de comer y durante la primera digestion de los alimentos. 5.º *Artificial indirecto*, producido por la ingestion de una cantidad excesiva de licores en sujetos que no están acostumbrados á la bebida, tan fugaz que sólo dura treinta ó cuarenta horas, tiempo máximo de accion de los espirituosos en el organismo. 6.º *Escrofuloso (mitis)*, crónico, formado, segun este ilustre dermatólogo, por pápulas grandes, algo rojas y poco molestas, pero que nosotros hemos visto y representado en láminas formando placas de color oscuro y con una dureza y confluencia en las pápulas como los dientes de una lima. Otras escrofulides benignas exudativas de la piel y de las mucosas ocular, palpebral ó naso labial suelen coincidir con esta especie de prurigo. 7.º *Reumático*, siempre parcial ó limitado á la region putenda, á la espalda, cuello ó regiones articulares, que se presenta ó exacerba en el invierno, desaparece de pronto, se reproduce igualmente y está formado por pápulas pequeñas y escasas en número, cuya picazon es punzativa. 8.º *Herpético (formicans)*, constituido por pápulas pequeñas, discretas, diseminadas en todo el cuerpo, cubiertas por costra negruzca sanguinolenta que dan lugar á un prurito intenso, verdaderamente atroz, por accesos, que se aumenta por la noche, por la accion del calor ó por cualquier causa que acelere el curso de la circulacion sanguinea; se presenta á veces sin pápulas y siempre en sujetos nerviosos. Su curso es lento, muy crónico; tiene tendencia á generalizarse; deja graves reliquias en la piel, que endurece y engruesa; se acompaña de herpétides internas ó mucosas y de afecciones viscerales, así como de lesiones ó perturbaciones de la inteligencia que conducen con frecuencia al suicidio.

Admitimos con Bazin todas estas especies de prurigo tan perfectamente descritas y caracterizadas por él; pero echando de menos una, de que os hablaremos luego, trataremos de probar su existencia al final de la conferencia de hoy, despues de estudiar los puntos generales que aún nos restan acerca del prurigo considerando en general como lesion cutánea ó como afeccion genérica.

#### DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO, INDICACIONES Y TRATAMIENTO DEL PRURIGO.

Si circunscribiéramos, como Hebra, en límites estrechísimos la afeccion que nos ocupa, remitiendo al líquen ó á otras dermatosis las especies que más dificultaren el diagnóstico, este juicio sería facil y estaria al alcance de todas las inteligencias; pero admitiendo dichas especies, la cuestion se complica para el género que ya no tiene caracteres comunes tan



precisos ni tan marcados. El liquen, la sarna, los eczemas secos herpéticos ó reumáticos de las regiones pilosas, el acné pilaris, el estrófulus, la urticaria, la pitiriasis ó afección pedicular y algunas formas de dermatosis escamosas (psoriasis y pitiriasis) limitadas á las regiones pudendas pueden simular un prurigo, ó confundirse con algunas de sus especies si es intensa la picazon que les acompaña.

Aún debéis recordar, señores, lo que respecto al diagnóstico del liquen hemos dicho en la conferencia anterior. El liquen generalizado de pápulas rojas es casi siempre agudo, de poca duración y no puede confundirse con el prurigo generalizado herpético tan crónico y rebelde, cuyos pápulas no se perciben con la vista, sino con el tacto y á través de los arañazos y costras sanguinolentas que rodean y cubren la lesión cutánea.

Los liquenes circunscritos se distinguen pronto de los prurigos parciales ó limitados, porque las pápulas de aquéllos se asientan sobre una placa roja, mientras que las pápulas de éstos están diseminadas sobre la piel de color normal.

La sarna por su diseminación se parece al prurigo generalizado; pero sus lesiones especiales, la mezcla de éstas con otras lesiones variadas y su fácil curabilidad por las fricciones sulfurosas la separan bastante de la afección pruriginosa.

Los eczemas secos circunscritos tienen siempre algo de exudación, costras húmedas bien perceptibles y se asientan sobre una placa, en la que se aglomeran todas las costras ó vesículas en período de declinación y descamación furfurácea, único momento en el que pueden confundirse con el prurigo.

El acné pilaris no produce molestias bastantes para tomarle por prurigo y lo mismo sucede con las dermatosis escamosas de las regiones pudendas, pues aunque engruesan, infartan y resquebrajan la piel afecta, su picazon es moderada y las escamas blancas y nacaradas que cubren aquélla son bien perceptibles para que puedan inducirnos á error ó sembrar la duda en nuestro ánimo. El estrófulus ó liquen escrófuloso tiene unas pápulas rojas, blandas y casi siempre húmedas por mezclarse con vesículas en nada parecidas á las pápulas *citrinas* ásperas, secas, duras y morenuzcas del prurigo de la misma índole.

La urticaria es por ciertas circunstancias la enfermedad que más puede asemejarse al prurigo cuando los habones no son muy visibles y rojos. Con esperar un poco de tiempo, los habones se presentarán, y si esperar no queremos para formar nuestro juicio, veamos si existe esa *hinchazon blanca casi edematosa* que acompaña á toda urticaria, ó por el contrario, esa hiperemia y aumento de pigmentum ó coloración oscura sin hinchazon que sigue á todo prurigo crónico.

La pitiriasis ó afección pedicular, la piojera, como vulgarmente decimos en España, se ha confundido con el prurigo hasta el punto de creer el desarrollo de los pseudo-parásitos

efecto de la enfermedad y por lo tanto síntoma de la misma. Fácil sería la distinción haciendo tomar al enfermo dos ó tres baños largos con disoluciones de sublimado, ácido fénico ó ligado de azufre; pero si el respeto ó el miedo más ó menos fundado que hay para hacer desaparecer de pronto la piojera nos impide emplear semejante reactivo diagnóstico y observar después de él la desaparición del picor cuando se trata simplemente de la afección pedicular, todavía nos quedan algunos signos de importancia, como la presencia de costras húmedas en el cuerpo y sobre todo en la cabeza si se trata de la piojera antigua y la ausencia de esa hiperemia en fajas característica del prurigo.

La historia de todos estos padecimientos, el modo que han tenido de presentarse, su curso, su duración relativa y otros caracteres propios de cada especie servirán para confirmar su diagnóstico con la afección de que hoy nos ocupamos.

El pronóstico del prurigo varía según su agudeza ó cronicidad y principalmente según la especie morbosa que representa y las relaciones que tiene con lesiones viscerales más ó menos importantes.

La forma aguda (prurigos artificiales, parasitarios, pseudo-exantemáticos, ictericos, etc.) es leve y su desaparición es pronta con sencillos remedios, siempre que se aleje la causa.

La forma crónica es grave porque depende de estados constitucionales en períodos avanzados; pero es muy distinta su gravedad, según cual sean éstos. Ligera en la especie escrófulosa, grande y terrible á veces en la reumática por las lesiones internas que la acompañan, es siempre mayor en la herpética por los sufrimientos atroces que determina, incompatibles muchas veces con la razón, ya que no con la vida.

Las indicaciones que deben llenarse en el tratamiento del prurigo son principalmente tres: 1.ª Calmar la picazon. 2.ª Combatir la causa. Y 3.ª Combatir las lesiones viscerales, nacuosas ó de otra índole que coincidan con el padecimiento cutáneo. Al llevarlas á efecto debe tenerse siempre presente una *condición importantísima*, que puede modificar en mucho estas indicaciones hasta el punto de impedirnos obrar en algunos casos. Nos referimos á la *repercusión*, que es un hecho probable, aunque no constante en el prurigo y que puede comprometer bruscamente la vida del enfermo.

Primera. No es tan fácil como pudiera creerse calmar la picazon. Hay muchas sustancias que la mitigan por breve rato; pero la enfermedad triunfa por lo común de todas ellas si es crónica y depende especialmente del herpetismo ó reumatismo.

Las lociones frecuentes con oxícrato y mejor con las soluciones de ácidos minerales (clorídrico, nítrico y sulfúrico al medio por ciento) la mitigan por algunas horas; á veces las disoluciones del sublimado (del uno por mil al uno por ciento) y las de los carbonatos alcalinos bastante concentradas hacen lo mismo; pero cuando la picazon es muy generalizada ó

extensa hay que apelar á los baños templados, alternando los emolientes de almidon con otros de cualquiera de las sustancias referidas. Nosotros prescribimos cuando más para cada baño media onza de sublimado, de una á dos onzas de ácido fénico, de una á dos libras de carbonato de potasa y de media onza á seis dracmas de los ácidos minerales enérgicos previamente disueltos en bastante agua, ántes de mezclarlos con la de la tina. El miedo á la repercusión, ó la imposibilidad de dar lociones y baños en los sujetos que padecen catarros ó lesiones cardíacas tan frecuentes en los enfermos de pródigo, ha hecho pensar, como remedios tópicos, en las pomadas.

La sulfo-alcálina de Helmerich, repetida durante cinco ó seis noches seguidas, es una de las más eficaces. La de bromuro potásico (media dracma por onza) es también utilísima; pero la que más solemos emplear es la de morfina y alcanfor en proporción de ocho á diez granos de cada una de estas sustancias por onza de manteca.

Si ninguno de estos tópicos ú otros mil que podríamos citar (tannino, bismuto, alcohol, breva, todo, sal común, sulfuros, etc.), produce efecto bastante, ó si por razones especiales no pueden emplearse, la picazón debe combatirse con remedios internos calmantes, anodinos ó estupefacientes. El cloral, la morfina y el bromuro de potasio á dosis crecientes son los mejores, aunque se han encomiado mucho el acónito y el estramonio. Como casi siempre estos remedios son convenientes también para los catarros y fatigas que acompañan al pródigo, no hay contraindicación para su empleo, á no ser la que precede del uso continuado de los mismos por los trastornos que en el sistema nervioso ó en el aparato gástrico pueden á la larga determinar.

Son por lo mismo remedios poderosos, mas sólo debémoslos echar mano de ellos en los accesos fuertes ó en los períodos de mayor exacerbación si los tópicos no sirven, no convienen ó no pueden prescribirse.

Nunca se nos olvidará la efusión con que nos dió las gracias un desgraciado enfermo de pródigo herpético, al que hicimos dormir diez y ocho ó veinte horas seguidas con una dosis de agrano de morfina despues de una vigilia lo ménos de quince días. Creía imposible tamaña ventura y con la tranquilidad del descanso ó por la acción persistente del narcótico se despertó tan bueno, que se creía curado y libre de molestias. Desgraciadamente á los pocos minutos y cuando su inteligencia se despejó por completo, reaparecieron todos los síntomas y el desengaño fué cruel. Quería repetir á cada momento la pillora, que fué preciso suspender por miedo al narcotismo y á la manía del paciente y sujetándole durante dos meses al tratamiento por el bromuro potásico, que tiene ménos inconvenientes, conseguimos hacer tolerable su existencia.

¿Cuánto bromuro creéis, señores, que necesitaba éste infen-

liz para conseguir un estado de tranquilidad compatible con el sueño y con el ejercicio normal de sus funciones físicas ó intelectuales? (Media onza en dos dosis, una por la mañana y otra por la noche! Es bueno fijarse en este dato para que veáis la inocuidad de tal remedio á dosis elevadas, cosa que no extrañaréis los que hayáis tenido que curar epilépticos, y aún sin esta circunstancia, los que hayáis podido comprobar por el análisis de las orinas de los que le toman con qué rapidez se elimina dicha sustancia por el emunctorio renal.

Tiene además importancia para demostraros la valentía con que debemos dar ciertos remedios si queremos ser útiles y no desacreditarlos, pues es lo cierto, que en dicho enfermo no vimos grandes resultados hasta que llegó á tomar cuatro escrúpulos por dosis, es decir, ocho al día.

El extracto de acónito y el de extramonio se prescriben á dosis de á grano repetida varias veces al día y sobre todo por la noche.

El cloral á las dosis de medio á un escrúpulo y administrado al acostarse suele producir una sedación agradable y el sueño. Si con una sola dosis no basta, puede repetirse durante la noche; pero por el día es conveniente dejar libre al enfermo de su influjo.

Combinando los remedios internos y los tópicos de esta medicación sintomática, que sin atacar á la verdadera causa combate la poderosa influencia del sistema nervioso en la terrible enfermedad de que tratamos, se conseguirá mayor efecto. No olvideis, sin embargo, que calmar la picazón no es más que combatir un síntoma y que rara vez bastan los remedios sedantes para curar la enfermedad, que como hija de diversas causas y con índole muy variable, necesita otros recursos variables también para ceder.

Segunda indicación. Combatir, alejar, exterminar si es posible la causa y corregir sus efectos inmediatos y consecutivos en los sistemas y aparatos orgánicos es la base del tratamiento racional del pródigo.

Si en todos los casos pudiera separarse la causa con la facilidad que en el parasitario ó artificial estaría de más la medicación sedante de que hace poco nos ocupábamos.

Con efecto; una ó dos fricciones con la pomada de Helmerich, haciendo desaparecer la sarna, mejoran rápidamente el pródigo que la acompaña, y si bien es cierto que dura más que ella y continúa por algunos días molestando todavía al enfermo, también lo es que con los baños y los polvos emolientes desaparece en poco tiempo, así que ha cedido el hábito de rascarse y las demás erupciones artificiales que produce el sarcopites: uno ó dos baños parasiticidas de sublimado, de ácido fénico ó de quintsulfuro potásico, destruyendo los piojos propios de la pitiriasis ó enfermedad pedicular curan también sin el auxilio de sedantes el pródigo ó la picazón que la caracteriza: la dieta, los diluentes y purgantes ó emeto-catárticos hacen desaparecer rápidamente el pródigo determinado



por la indigestion de ciertos mariscos y pescados azules, y en fin, los polvos emolientes y las bebidas subácidas combaten fácilmente el pródigo de los herberos y de otros oficios producido por el calor de la fragua ó por la proximidad de los grandes hornos.

No es ya tan fácil alejar la causa del pródigo icterico. Dependiendo éste de la presencia de la bilis en los capilares cutáneos, es preciso á veces un tratamiento largo, fundado en los purgantes, sudoríficos ó diuréticos, para restablecer las funciones hepáticas y para eliminar ó conseguir la absorcion de la bilis extravasada.

El pródigo escrofuloso, lo mismo que el reumático y el herpético dependientes de un estado constitucional muy crónico y grave, deben atacarse en su causa; pero siendo ésta tan tenaz y rebelde, es indispensable auxiliar el tratamiento racional lento y continuado, con la medicacion sintomática sedante de que hemos hablado anteriormente.

El tratamiento racional del escrofuloso, ya exista bajo la forma descrita por los autores con el nombre de pródigo miltis, ya bajo la forma *córnea* descrita por nosotros y representada en el Atlas de esta obra en una buena lámina, se reduce al uso interno del aceite de higado de lacalao ó del ioduro de hierro, á los baños minerales clorurado-sódicos ó sulfurado-cálcicos, á los baños de mar y al empleo tópico del aceite de enebro que es el resolutivo más poderoso de la induración papulosa y el que mejor calma sus ligeras molestias, pues la picazon es tolerable ó insignificante en esta especie morbosa.

Nada basta en ocasiones para mejorar el pródigo reumático cuando se localiza en uno ó varios puntos, pues no sólo resiste á la medicacion sedante más enérgica sino al tratamiento antireumático más heroico y mejor combinado.

Siendo frecuente confundir el mal en su origen con diversas afecciones cutáneas crónicas no se le trata en esta época de su evolucion por los alcalinos que podrian modificarla y contenerla, y bien adquiriendo derecho de domicilio en un sitio se fija en él, bien por el contrario, salta de uno á otro como las demás afecciones reumáticas, ó se repercute y alterna con el reumatismo mucoso y visceral.

De todos modos la medicacion alcalina debe ser la base del tratamiento. Dos, tres ó más dracmas al día de bicarbonato de sosa en otras tantas dosis, el uso de baños generales en los que se disuelve media libra de subcarbonato de sosa ó de potasa, las aguas minerales de Sobron, de Vichy, de Wals, etcétera, todo empleado con mucha constancia puede dar felices resultados.

Conviene de vez en cuando suspender la administracion de los carbonatos alcalinos y entónces se sustituyen por el cólchico, la digital, el nitro, el ioduro ó el bromuro potásico, siguiendo para su uso las reglas de terapéutica general que todos conocen.

Cuando estos medios no producen efecto debe apelarse al

uso interno y externo de la tintura alcohólica de iodo que en los reumatismos anómalos, y como tal debe siempre mirarse al reumatismo cutáneo-mucoso, da excelentes resultados.

El pródigo herpético cede en ocasiones espontáneamente por una repercusion brusca que determina fenómenos graves, ó por revulsion interna emanada de inflamaciones viscerales ó de fiebres intermitentes; pero los remedios de la terapéutica son casi impotentes contra él, si es antiguo ó muy crónico.

El arsénico, la brea y el ácido fénico son los remedios que deben, sin embargo de esto, emplearse al interior. El primero si la enfermedad da treguas y el enfermo tiene regulares condiciones, y los segundos si el progreso de la enfermedad ha llegado á producir un estado caquético en el que la sangre y todos los órganos están ya lesionados profundamente.

El licor de Fowler empezando por una gota y subiendo hasta veinte en dos dosis, mañana y tarde, las píldoras asiáticas de la Farmacopea, empezando por una y subiendo hasta tres en las veinticuatro horas, el ácido arsenioso, empezando por un gránulo de á miligramo y subiendo hasta quince ó veinte en varias dosis al día; todo esto empleado con mucha constancia, descansando unos dias cada dos ó tres meses para cambiar el preparado arsenical, puede detener la progresiva evolucion y crecimiento espontáneo de tan cruel padecimiento; pero, repetimos, á pesar de la energia y de las dosis elevadas de tales remedios se ven pocos resultados definitivos.

La brea en disolucion acuosa y mejor en cápsulas se prefiere al interior, cuando hay complicacion catarral y el ácido fénico cuando á este estado catarral se adicione la inapetencia, la dispepsia, la diarrea y un estado caquético que no da treguas ni esperanzas de poder usar largo tiempo los arsenicales.

En los enfermos de pródigo cuyo estado caquético avanza, bien por los progresos de la anemia, de la hidroemia, de la albuminuria ó de la diabetes que son muy comunes en el periodo visceral del herpetismo, bien por las lesiones especiales del pulmon, del corazon ó del higado, se observa la desaparicion de la hiperestesia cutánea tres ó cuatro dias antes de la muerte, signo pronóstico de importancia que no debeis olvidar para ajustar á él vuestro modo de conducir.

Tal desaparicion no es una repercusion, ni siquiera una revulsion interna más ó menos inflamatoria y poderosa; es la vida que se va lentamente y empieza por adormecer la influencia nerviosa exagerada, que produce la picazon; es la indiferencia, la relajacion orgánica y de tejidos que en las enfermedades crónicas y muy largas precede á la agonía.

Si al procurar restablecerla por los revulsivos y excitantes cutáneos no veis pronto que reaparece, pronosticad una cercana muerte; suspended el plan interno que el enfermo haya seguido, recomendadle el vino, los difusivos y antiespasmódicos.

dicos y retardad así en lo posible el fin funesto que se acercará de un modo inevitable.

La existencia tan frecuente de los dos estados diatésicos, herpético y reumático, puede dar lugar á un prurigo *misto*, con caracteres de ambas formas.

El prurigo *herpético reumático* se presenta en los periodos avanzados del herpes-reumatismo acompañado de lesiones viscerales en la mayor parte de los órganos profundos. En su tratamiento deben intervenir á la vez los alcalinos y los arsenicales, sin perjuicio de la medicación sedante y de la que exijan los síntomas de las afecciones internas.

Tercera indicación.—Combatir las afecciones coincidentes de la piel, de las membranas mucosas, de las vísceras ó del sistema nervioso que acompañan al prurigo, es, como hemos dicho, una de las principales indicaciones que debemos llenar.

En las especies artificiales y parasitarias no existen complicaciones internas que exijan un tratamiento especial; pero en la escrofulosa, en la herpética y sobre todo en la reumática se presentan innumerables afecciones profundas que por sí solas tienen gravedad más ó ménos alarmante y requieren medios de tratamiento variables y de verdadera importancia.

En la forma escrofulosa, más que complicaciones, hay coincidencias morbosas dependientes del periodo en que se encuentra la enfermedad que generalmente es poco avanzada. Así, que acompañan por lo común al prurigo la escrófula celular y ganglionar superficial, las escrófulas exudativas de la piel y de las mucosas nasal y labial, óculo-palpebral y del oído externo, la amigdalitis crónica hipertrofica, y en algunas niñas, la leucorreya.

Las queratitis ulcerosas acompañan á los eczemas de la cara y puede ocurrir que ambas dolencias coincidan con el prurigo escrofuloso.

Pesado y molesto sería para vosotros el que nos detuviéramos en los detalles de la medicación conveniente para cada una de estas manifestaciones de la escrófula. De un modo general puede decirse que los remedios internos son los mismos y que los locales sólo se modifican por el sitio que ocupa la lesión morboza. Las disoluciones astringentes de tanino, de nitrato de plata, sulfato de zinc, de alumina, etc., y el agua concentrada de beca sobre todas ellas constituyen el mejor tónico para loción en las escrófulas de las mucosas nasal, bucal, genital y óculo-palpebral.—Los toques con la tintura alcohólica de iodo son útiles para combatir las afecciones de la garganta y de la matriz, así como los infartos glandulares. Finalmente, los eczemas impetiginosos coincidentes se tratan en su periodo de agudeza con las cataplasmas de harina de arroz y en el crónico con el aceite de enebro ó con las pomadas astringentes.

En la forma reumática las complicaciones son ya de impor-

tancia. El catarro crónico se hace con mucha frecuencia sofocante y los ataques asmáticos que determina ponen en peligro la vida del paciente.

Para esta complicación convienen los revulsivos enérgicos y los sedantes al interior por el orden siguiente: belladona, bromuro potásico ó cloral en una mixtura antiespasmódica.

En ciertos casos los antiespasmódicos y especialmente la gomo-resina de asséfida suelen dar muy buenos resultados: en otros los purgantes drásticos ó un emeto-catártico prueba mejor que los demás remedios, y en algunos, los diuréticos como el nitro, la escila y la digital administrados con valentía detienen la disnea y suspenden los fenómenos graves que la acompañan.

En esta época del reumatismo visceral no es común que se presenten ataques articulares ó musculares; pero pueden presentarse y hay que combatirlos por los medios comunes que no debemos detenernos á explicar, puesto que son propios de la clínica médica. Es, en cambio, muy común la endocarditis ó pericarditis de forma subaguda ó crónica; el hidrotórax y el hidropericardias, el edema pulmonal y la angina de pecho que combatiréis con los revulsivos *loco dolenti* y con alguno de los sedantes y antiespasmódicos ántes citados, salvo los casos agudos y que recaigan en sujetos fuertes que podréis tratar además con los antiflogísticos directos.

La forma herpética del prurigo presenta como principales complicaciones los infartos hepáticos, las diarreas y dispepsias más rebeldes, los catarros pulmonares crónicos y enfisematosos, la cistitis crónica, las hemorroides, la nefritis albuminúrica y lesiones varias del sistema nervioso de la vida animal y de la vida orgánica que dan lugar á neurosis raras é incurables como la ataxia locomotriz, la parálisis progresiva y las neuralgias viscerales de curso remitente.

En todas éstas complicaciones las aguas ó los baños mineralo-medicinales pueden dar resultados satisfactorios si las fuerzas del enfermo permiten su administración.

Por regla general deben prescribirse las aguas alcalinas como Sobron, Alzola, Vichy, Wals, etc., para las dispepsias, infartos hepáticos y para las afecciones del riñón y de la vejiga, y las sulfurado-cálcicas frías para las demás complicaciones de que hemos hablado, con las limitaciones que el sentido común indica desde luego.

Nosotros recomendamos con preferencia para los catarros el uso en bebida y tal vez en inhalación y pulverización de las de Santa Agueda, Escoriaza, Elorrio y todas sus análogas de las Provincias Vascongadas, ó las de Panticosa, La Puda, Ontaneda y La Arborea en otras provincias. La administración de los baños templados, que en muchas ocasiones puede ser peligroso, en algunos y con severísimas precauciones es muy útil.

Las neurosis deben tratarse con los baños fríos, las irrigaciones ó las duchas, y á aguas minerales sulfurado-cálcicas

ERUCINA FARVE.

4



ya clorurado sódicas como Trillo, Cestona y otras mil que de ambas clases poseemos en nuestro país.

Cuando enumeramos las indicaciones principales que hay que llenar en el pródigo os indicamos el peligro de una repercusión, accidente gravísimo y complicación tan frecuente en esta dermatosis como rara en todas las demás.

Preciso es limitar, sin embargo, su probable existencia ó presentación á las formas herpética y reumática del pródigo, pues en las restantes tampoco se ha observado por ningún clínico.

La repercusión en su origen se manifiesta por fenómenos nerviosos generales ó localizados en alguna viscera importante; pero siguiendo su curso puede dar origen á congestiones ó inflamaciones de los órganos profundos. Los ataques convulsivos eclámpicos, coreicos ó epileptiformes, los vómitos biliosos, la hiperdia crisis renal, nasal ó intestinal, la tos brusca y convulsiva y la angina de pecho son por lo común los fenómenos iniciales de la retropulsión; y la congestión hepática ó pulmonal, la asfixia, la apoplejía ó el derrame seroso los fenómenos terminales ó consecutivos más frecuentes.

Ved, señores, cuántas indicaciones nuevas se os ofrecerán para combatir esta complicación terrible que echa por tierra el mejor plan preestablecido.

Todos deben subordinarse al empleo de los revulsivos y de los sedantes, si es que las condiciones del sugeto y la graduación de los fenómenos congestivos no exigen imperiosamente alguna evacuación sanguínea.

Los sinapismos repetidos á los sitios en que residía el pródigo que huyó, el emplastro de tapsia, las fricciones con aceite de croton solo ó mezclado con Ipecacuana pueden dar resultados inmediatos; y si no los dan, los purgantes salinos y los drásticos empleados con valentía es probable que los consigan.

Decimos probable, porque hemos visto algunos casos de verdadero éxito; pero no es seguro, pues también hemos visto casos rápidamente mortales.

La terminación funesta en el pródigo reumático-retropulso es casi siempre por asfixia, por embolia ó accidentes cerebrales consecutivos, mientras que en la forma herpética estos accidentes son primitivos y si pasan ó no se presentan, el aparato gastro-intestinal, determinando hiperdiarreas incoercibles, inicia la consunción y sobreviene la fiebre lenta que en pocos días mata al enfermo.

De aquí otra serie de afecciones morbosas que combatir, y que si fuéramos á detenernos en las minuciosidades terapéuticas ó detalles de tratamiento que reclaman, no acabaríamos nunca. (Tal es el enlace que encadena unos males con otros)

Al hablar de las especies admitidas en el pródigo por razón de su naturaleza hemos omitido expresamente una que no acepta Bazin ó que no habla de ella, á no ser que la confundida

con la artificial indirecta ó patogénica. Nos referimos al *pródigo agudo simple ó pseudo-exantemático*. ¿Existe tal especie morbosa? Debemos presentar á vuestra consideración las dos observaciones siguientes para decidir esta cuestión poco importante, pero de oportunidad en este momento.

En la primavera del año próximo pasado (1873) fuimos llamados con urgencia para ver á una hija del Sr. N., persona acomodada de Madrid y amigo nuestro. Fuerte y robusta, aunque de temperamento nervioso muy marcado, no había padecido enfermedad de consideración hasta la fecha de que hablamos. Su padre era herpético, pero ella no había tenido nunca erupciones.

Al segundo día de uno de sus períodos menstruales sufrió, además de la mojadura imprevista, un susto grande por cogerla en el campo una terrible tempestad. Se suprimió el período y al llegar á su casa la paciente fuimos llamados para presenciar el estado de intranquilidad alarmante en que se encontraba. El pulso era frecuente, la respiración anhelosa; la enferma se movía incesantemente en la cama y decía que se figuraba iba á tener una erupción porque la picaba todo el cuerpo. Con efecto, á las pocas horas de tal estado pudimos apreciar en los brazos, pecho y espalda algunas pápulas diseminadas, del mismo color que el de la piel, sin mezcla de eritemas ni habones. Creímos que con su salida desaparecería la inquietud de la enferma, pero por el contrario aumentó; nuevas pápulas acumuladas, según decía la enferma, en los genitales externos y en la márgen del ano aumentaron las molestias de la picazón, que se hizo insostenible durante la noche primera, y á la visita del día siguiente tuvimos necesidad de intervenir formalmente. Hicimos que tomase un baño general templado y largo y la recomendamos que durante él y con el agua de la misma tina se pusiera inyecciones vaginales con un clipso-bomba. Metida después en la cama se sosegó algo la enferma, reapareció la menstruación y creímos otra vez juzgado el padecimiento por la presencia de este flujo normal; pero aunque empezó á declinar lentamente la enfermedad, todavía duró un septenario la picazón con sus exacerbaciones nocturnas y la inquietud consiguiente. Cuando el período terminó insistimos en los baños, en los diluyentes al interior, y con esto, alguna dosis de bromuro de potasio por la noche y lociones de oxierato, desaparecieron las pápulas á los doce días sin que hasta el momento se hayan reproducido.

El otro caso de pródigo agudo que hemos observado se presentó hace pocos días en nuestra consulta.

Tratábase de un joven de la buena sociedad de Madrid, hijo de padres reumáticos, débil por los excesos de la vida elegante y desordenada de la corte y con diversos padecimientos nerviosos producidos por la misma causa.

Retirándose á su casa al amanecer de un día caluroso, fue acometido por dos ruidos que le despojaron de su dinero y

alhajas, le desnudaron y pegaron, dejándole molido y avergonzado por su traje primitivo en una de las calles más céntricas, mientras ellos huían por una callejuela.

El disgusto natural que semejante acontecimiento le produjo, el susto que pasó, el enfriamiento que la desnudez le causó después de la ira, del miedo, de la vergüenza y de tantas pasiones juntas producidas en un momento, dieron lugar á la enfermedad que empezó por ligeros prodromos febriles acompañados de gran inquietud y excitación nerviosa. El profesor de guardia de la casa de socorro, que fué avisado para ver en la misma madrugada al enfermo, le dispuso una sangría de seis onzas del brazo y una bebida antiespasmódica, con cuyos remedios se tranquilizó y durmió algunas horas.

Al despertarse se vió en la precisión de rascarse en varias partes de su cuerpo por la terrible picazón que en ellas sentía, notando de paso que el punto de origen de tal molestia eran unos pequeños granitos papulosos imperceptibles á la vista, pero perceptibles al tacto, duros, puntiagudos y formando agrupaciones poco extensas en distintos sitios. Consultados por el profesor encargado de su asistencia que le acom-

pañó á nuestra casa, pudimos apreciar un prurigo disseminado con todos sus caracteres. Pápulas duras, pequeñas, con su ápice roto y cubierto de una costra sanguinolenta oscura, mezcladas con arañazos y dando lugar á picazón constante con exacerbación nocturna violenta. El enfermo conservaba todavía el pulso frecuente y alguna excitación nerviosa; pero ningún otro fenómeno se observaba en los demás aparatos orgánicos.

Le recomendamos baños generales templados y aniláceos en días alternos, alimentación ligera y nada excitante, lociones con una solución de subcarbonato de potasa al décimo y á los ocho días vino el paciente á decirnos que la enfermedad fué lentamente cediendo y que á la sazón había desaparecido.

Ahora bien, señores, ¿hay motivo para admitir un prurigo agudo, simple, ó pseudo-exantemático en vista de las dos observaciones precedentes?

Dejamos á vuestro propio criterio el fallo de esta cuestión y recomendamos á los prácticos que publiquen los casos análogos que hayan visto ó puedan ver en lo sucesivo para que aquél pueda fundarse en número suficiente de hechos.



## LECCION SEXTA.

De los pseudo-exantemas secos escamosos. Del pitiriasis en general ó como lesión cutánea.—Estudio histórico y clínico del pitiriasis.—Causas, síntomas, curso y terminaciones del mal.—Naturaleza variable de la enfermedad.—Su sitio anatómico. Especies diversas admitidas por los prácticos.—Diagnóstico del género y de las especies. Pronóstico y tratamiento del pitiriasis. Estudio clínico del pitiriasis agudo ó pseudo-exantemático.

SEÑORES:

Hoy vamos á ocuparnos de una afección cutánea ménos grave que la que nos sirvió de tema en el día anterior, pero no por eso ménos digna de estudio; pues la multiplicidad y diferencias clínicas de sus especies, el diverso tratamiento que exigen, lo variable de su curso y las opuestas condiciones y circunstancias en que á veces se desarrollan, hacen pensar al

médico en la necesidad de cultivar la ciencia con el criterio que en nuestro sentir es el verdadero; es decir, mirando á la lesión, sino siempre, en el mayor número de casos, como un síntoma, y no viendo, como Hebra, en la lesión toda la enfermedad. Vamos á tratar del, ó de la

### PITIRIASIS.

Afección caracterizada por la descamación furfurácea del epidermis sin infarto ó elevación del dermis subyacente y sin exudaciones previas.

Descrita confusamente en la antigüedad, fué colocada después por Willan entre las afecciones escamosas, en donde, como lesión, debe estudiarse; pero observadores más modernos la confundieron nuevamente con los eczemas secos ó con los húmedos en su período de declinación ó descamación y con las discromías ó alteraciones del pigmentum.

Buscando más tarde sus causas y su naturaleza, unos, como Gibert, la creyeron parasitaria; otros, como Franck, Hardy y Alibert, dependiente del herpetismo, y algunos, como Rayer, efecto de una hipersecreción pigmentaria. La influencia que el reuma y que la escrófula tienen en su desarrollo ha sido igualmente negada por unos y defendida por otros; pero al

fin, después de los estudios de Bazin y de los micrografos que han trabajado sobre el parasitismo vegetal, se han deslindado los casos, caracterizado las especies parasitarias del pitiriasis y las que no lo son y tienen naturaleza discrásica y eliminado en fin, la pigmentaria por completo. Hebra describe sólo la pitiriasis rubra generalizada como enfermedad independiente y Guibout no habla del género en sus lecciones, aunque en el curso de ellas menciona al pitiriasis repetidas veces. Bazin en sus afecciones genéricas de la piel estudia con todos sus detalles la enfermedad que nos ocupa, caracteriza sus diversas especies, separando las parasitarias de las provocadas por causas internas y puede servirnos de tipo para la conferencia de hoy por estar casi de acuerdo con los resultados de nuestras observaciones clínicas.

Las causas que determinan el pitiriasis son principalmente

las excitaciones continuadas en puntos limitados de la piel, las hebillas y alimentos excitantes, la escrófula, el reuma, el herpesismo y los vegetales parásitos; con especialidad el tri-chophyton tonsurans y el microsporon furfur. Un mal tratamiento y el abuso de las uñas ó del peine son las causas que con más frecuencia le sostienen ó le empeoran.

Difícil es hacer una descripción genérica del pitiriasis. Cada especie tiene caracteres suficientes para su distinción; pero caracteres positivos comunes á todas ellas, puede decirse que no hay más que la descamación furfurácea y seca de la epidermis.

Así veis que unas veces empieza la enfermedad por prodromos febriles como en la especie pseudo-exantemática, en la rubra y en las formas agudas herpética y reumática; otras aparece sin ellos, de pronto ó lentamente y sin notarlo el mismo enfermo, como sucede en la pitiriasis alta simple y en la versicolor.

La piel sobre la cual se desarrollan las escamitas está blanca y natural en la forma más común, que es la llamada simple ó alba; rosada en algunas especies herpéticas, escrofulosas y artificiales y rojo viva ó inflamada en la pitiriasis rubra aguda y generalizada.

La mancha escamosa que constituye la erupción puede depender además del color propio de las escamas; que es de aspecto de café con leche en la pitiriasis versicolor; negro en la nigricans y blanco brillante en las restantes especies.

La forma de estas manchas varía igualmente; ya son grandes, diseminadas, redondeadas, del diámetro de una peseta, con los bordes algo elevados y limpios, y á veces formando anillos sinos en el centro, como ocurre en algunas formas de la tinea tonsurante; ya mayores aún, redondeadas también, pero con los bordes sinuosos, sin elevación ó márgen que las separe de la piel sana; ya, en fin, muy extensas y difusas como en la pitiriasis rubra inflamatoria.

En la versicolor, la mancha, que empieza por ser pequeña y redondeada, crece por su circunferencia y uniéndose á las inmediatas puede formar placas extensas y angulosas que ocupen vastas regiones.

La descamación en el pitiriasis es continua: se desprenden unas escamas y salen otras; pero en ciertas especies es más adherente que en las demás. En la versicolor, por ejemplo, el detritus epidérmico se halla tan entrelazado con los esporos del microsporon, que es preciso rascar con la uña ó con el borde de un cortaplumas para que las escamas se desprendan y en la pitiriasis capitis caen espontáneamente sobre el cuello de la levita ó en el vestido de los pacientes.

Se ha comparado la descamación por su aspecto á las hojuelas del salvado (furfur); pero en ocasiones parece polvo de harina y en las formas agudas las hojas desprendidas son grandes y lamíneas (rubra), ó forman largos estuches á los pelos (parasitaria ó tonsurante.)

— ARZOBISPO MARTÍ.

Acompaña á la hipersecreción epidérmica y á la caída y renovación de las escamas en todas las especies del mal una picazón, que es ligera y poco apreciable en las fito-parasitarias, intensa en las agudas ó agudizadas por el frotamiento y á veces tan terrible en las herpéticas y reumáticas, que obliga á los enfermos á rascarse con energía, determinando erosiones y exudaciones que pudieran hacérselos confundir con los eczemas.

La piel que es asiento del pitiriasis tiene en suspenso ó muy disminuidas dos de sus principales funciones secretorias, la sebácea y la sudorífica y esto la hace presentarse seca y áspera al tacto y falta del brillo y de la untuosidad de la piel sana. Los pelos que sobre ella existen, comprimidos por las escamas que irritan además el cuello de los folículos favoreciendo su estrangulación, empiezan por debilitarse y caen al fin, reproduciéndose más débiles y volviendo á caer, hasta que la destrucción de la glándula pilífera da lugar á la alopecia definitiva.

Uno de los sitios preferentes del pitiriasis local ó localizada es el punto de unión de la piel y de las membranas mucosas, en el cual determina fenómenos especiales cuando se hace crónico ó lleva mucho tiempo de residencia.

Con mucha frecuencia acuden á nuestra consulta jóvenes linfáticas afectadas del pitiriasis palpebral, enfermedad que les molesta mucho, que tratan de hacer desaparecer con rapidez y que, sin embargo, es tan tenaz que suele resistirse meses ó años.

La afección ofrece la forma de una faja de línea á línea y media de anchura, paralela al borde libre de los párpados y llegando con él hasta la inserción de las pestañas. Esta faja, formada por escamitas muy pequeñas, sombrea el párpado, que tiene un color más oscuro ó moreno que la piel próxima, irrita la mucosa adyacente con especialidad en el ángulo interno y aún en el externo del ojo, determina, por consiguiente, un lagrimeo molesto que estorba la visión y como pica y el enfermo se rasca, la enfermedad aumenta. Si no se rasca, ni se lava la parte, la sequedad de las escamas produce en ella una tirantez que dificulta el movimiento y al cabo de algún tiempo grietas acompañadas de escozor, de exudación que pega los bordes palpebrales y de picazón. Si se lava ó se frota mucho se desprenden las escamas, queda desnudado el dermis ó la capa reticular y la erupción se hace húmeda presentando el aspecto de una erosión rojo-viva, brillante y exudativa.

A fuerza de permanecer la erupción mucho tiempo en el borde libre de los párpados se caen las pestañas ó se origina una blefaritis glándulo-siliar crónica, que al fin y al cabo las hace desprenderse y aunque se reproducen débiles y enroscadas vuelven á caer definitivamente.

La causa más frecuente de la mala coloración de las pestañas, de su inversión, del triquiasis, del distiquiasis y del ec-

—



tropion es la pitiriasis palpebral crónica de índole herpética ó escrofulosa que hace lentos estragos en estos órganos tan importantes para la vision como para la hermosura y expresion del semblante.

Por esto constituye la enfermedad un motivo de disgusto y de desesperacion en el bello sexo, que no puede soportar el tener los ojos tiernos ó pitarrrosos, como vulgarmente se dice en nuestro país, exigiendo de nosotros resultados más inmediatos que los que son posibles.

El *pitiriasis pudenda* localizado en los órganos sexuales del hombre ó de la mujer, preocupa mucho á los enfermos cuando se hace crónico y le acompañan, como es natural, afecciones inflamatorias provocadas en los sitios próximos. La mujer sólo en estos casos es cuando llama al médico para que la vea y entonces el *pitiriasis* vulvar, causa de todo, pasa inapercibido ó no puede observarse por la inflamacion flemonosa y circun-yacente que los que se oscurece.

Sólo dos enfermas hemos tenido ocasion de observar ántes de que vinieran estas complicaciones á estorbarlo. En una de ellas la descamacion furfurácea ocupaba todo el borde cutáneo-mucoso de ambos grandes labios en una faja de media pulgada de anchura. Toda la parte enferma se hallaba más abultada y tensa que de ordinario y la mucosa, más roja, exudaba un liquido blancuzco. Rascando con la uña la piel de un labio se desprendian escamitas casi pulverulentas, blancas y secas; pero esto provocaba mayor tension y picazon; la insercion de algunos pelos estaba rodeada de una pústula psí-cósea provocada seguramente por el acto frecuente de rascarse; pero se diferenciaba bien esta afeccion artificial de la pitiriasis, no sólo por las lesiones y el sitio diverso que ocupaban, sino por la sequedad, aspereza y dureza de la descamacion. Las lociones con agua de breu mezclada con un tercio de glicerina y un poco de borax, el uso de las aguas sulfurado-cálcicas de Santa Agueda, y los arsenicales al interior despues curaron á esta enferma en seis ó siete meses, aliviándola desde el primer dia.

En la otra enferma la pitiriasis ocupaba tambien los dos labios. Sobrevino en el derecho un flemon agudísimo que supuró rápidamente y por el momento desapareció la erupcion, permaneciendo en el lado izquierdo hasta que otro flemon supurado en este sitio la hizo desaparecer tambien.

La paciente se creyó curada; pero dos años más tarde fué á consultarnos con el mismo padecimiento, no sólo reproducido, sino muy agravado. Un tratamiento alcalino *intra et extra* la mejoró rápidamente y con él debe seguir largo tiempo si ha hecho caso de nuestros consejos.

El *pitiriasis* prepuccial constituye una molestia tan tenaz como fastidiosa para el hombre que la sufre. Ocupa generalmente el limbo del prepucio, el cual se agrieta por diferentes partes á consecuencia de los movimientos. Estorba y hace peligroso ó perjudicial el coito por la hemorragia que puede ocu-

rir, por el crecimiento de las grietas y por la facilidad de un contagio virulento y provoca un fimosis artificial que puede á su vez dar márgen á otro género de molestias. Su expresion fenomenal es análoga á la del vulvar. — Escamitas pequeñas formando una faja áspera, seca, dura y tirante que rodea el orificio prepuccial; picazon que se exagera con los pequeños movimientos, que se hace dolorosa en los grandes porque determinan fisuras ó heridas más ó ménos profundas y como complicaciones especiales las anteriormente dichas. Su curso es lento, porque los movimientos bruscos del coito tienen que empeorarlo á pesar de la medicacion más apropiada, ó porque una abstinencia prolongada, congestionando y aumentando la excitacion sexual, da el mismo resultado.

El *pitiriasis* escrotal no es tan propenso á complicaciones; pero como suele ser más extenso pica más y el enfermo se rasca sin tregua, determinando una exudacion análoga á la del eczema y desprendiendo á la fuerza las escamitas, que rara vez se presentan á nuestra observacion. — El *pitiriasis* de la márgen del ano sólo en los primeros tiempos de su salida puede conocerse: despues el sudor y la secrecion sebácea de los puntos próximos y el roce de las superficies le confunde con el intertrigo, con el eczema y con otras afecciones exudativas.

En el *pitiriasis* labial y labio-nasal las escamas ocupan la parte seca de la membrana mucosa; la tirantez es molesta, porque impide al paciente hablar, comer, reir, sonarse, etc., con la facilidad necesaria, so pena de que se formen grietas y sobre ellas costras adherentes y repugnantes por su color oscuro-sanguinolento. Son muy comunes las crispolas de la cara como complicacion de este padecimiento y su tenacidad es parecida á la del *pitiriasis* palpebral.

Otro de los sitios de preferencia del *pitiriasis* local ó localizado es la piel del cráneo.

La mayor secrecion epidérmica natural en este sitio y la excitacion constante en que le tenemos para quitarla, limpiar la cabeza y peinarnos, es la causa de su frecuencia. Constituye ademais el tipo de la pitiriasis alta ó simple y es tambien ó puede ser manifestacion del herpetismo, del reumatismo y de la escrófula.

La piel se conserva mucho tiempo en su color y condiciones normales, pero la picazon es grande cuando se acumula mucha caspa y ésta suele ser tan abundante que espontáneamente se desprende y llena con su salvadillo el cuello de las prendas de vestir. Como generalmente se descuida ó se trata mal esta enfermedad se hace muy crónica; el dermis llega á interesarse y con él los folículos pilosos, pudiendo decirse que el 80 por 100 de los calvos que existen, lo son por haber padecido la pitiriasis capitis.

Despues de la caída del pelo y sobre la piel blanca y reluciente que queda suelen formarse todavía algunas placas escamosas, pero duran poco y al fin declina formalmente la enfer-

medad y desaparece. Su curacion se consigue muchas veces antes de llegar á este extremo; pero es preciso tener el pelo siempre cortado al rape y hacer lociones frecuentes ó aplicar las pomadas resolutivas que despues indicaremos, cosa que es imposible conseguir en el bello sexo. De aquí la mayor dificultad en el tratamiento de esta dolencia en las señoras, que se oponen absolutamente al rape de sus cabellos, y las dermatitis agudas que en ellas sobrevienen. El contagio puede ser un sintoma del pitiriasis localizado. No es propio, sin embargo, de todas las especies. La versicolor y la que acompaña á los diversos periodos de las tías tonsurante, pelada y favosa en el momento de su reproduccion, son eminentemente contagiosas ó transmisibles por contacto; pero las demás especies no lo son.

El pitiriasis generalizado ó pitiriasis rubra generalizada, si no es tan frecuente como el parcial ó limitado, es de más importancia por su gravedad é intensidad. Acompañado siempre de fenómenos agudos ó inflamatorios, aunque su curso sea lento, de picazones más intensas y de coincidencias morbosas más notables que las que se presentan en el local, conviene estudiarle aparte por su importancia clínica. Empieza por manchas eritematosas grandes, colocadas por lo comun en la cara, en la frente, detrás de las orejas ó en el límite del pelo de la cabeza y acompañadas de calor, tension y picazon, que se aumentan con el froamiento. La epidermis de estas manchas se resquebraja á los pocos días y se forma de este modo la primera descamacion, fina, tenue, blanca, adherente al principio, despues seca y fácil de desprender. A través de ella se sigue viendo la piel roja, irritada, agrietada si el enfermo se rasca mucho y siempre seca, árida y raspada. El borde que limita la placa escamosa de la piel adyacente tiene menos escamas y forma por lo tanto una especie de cinta roja que rodea la mancha blanca constituida por aquéllas.

La enfermedad que en el primero ó en los primeros meses parece que se estaciona, empieza pronto á extenderse, ensanchándose la mancha escamosa por toda su circunferencia y saliendo otras varias en puntos distantes de la primera, que crecen con mucha mayor rapidez y pueden en poco tiempo cubrir toda la superficie cutánea sin dejar ni un solo punto sano.

Si esto llega á ocurrir, el aspecto del enfermo es verdaderamente horrible, porque el color rojo intenso de su piel, la descamacion pulverulenta blanco-sucia, que en algunos puntos en que no se ha podido rascar conserva, y una humedad clara y parecida al sudor, que todo lo envia sin manchar ni almidonar los lienzos como hace la exulacion del eczema, ponen al enfermo en un estado tan lamentable como asqueroso. Por otra parte, el ardor general, la tension dolorosa y la picazon tan extensa que el paciente sufre, dan lugar á una excitacion nerviosa tan grande y á un estado moral tan hipocondriaco, que determinan pronto trastornos de importancia en

las funciones principales. La digestion se altera, prodúcese diarreas que, si en un principio dependen de esa alteracion, despues se sostienen por la enterocolitis crónica que siempre complica esta enfermedad en su último periodo; la nutricion se disminuye rápidamente quedándose enjuto y demacrado en pocos meses el sujeto más obeso y robusto y sólo falta la fiebre lenta y la consuncion, que al fin pueden venir, para conducirlo al sepulcro.

Si en el curso de este padecimiento cutáneo sobreviene una enfermedad interna aguda, inflamatoria ó febril, el pitiriasis desaparece como por encanto y la piel recobra su color y condiciones normales; pero al empezar la convalecencia todo reaparece con más saña si cabe que anteriormente.

Puede la afeccion escamosa que nos ocupa, ya espontáneamente, ya por los auxilios del arte, tender á la curacion y entónces viene la declinacion lenta y progresiva; cede la picazon, la tension y la sensibilidad de la piel; disminuye su coloracion y la secrecion epidérmica y al fin desaparece todo sin dejar señales de su existencia.

¿Será este resultado definitivo? ¡Ah, señores, no os fieis ni procedais de ligero en vuestro pronóstico!

La enfermedad es diatéctica ó sintomática, mejor dicho, de un estado constitucional herpético ó reumático, y es difícil que no vuelva á presentarse á pesar del tratamiento mejor dirigido.

No todos los casos llegan, sin embargo, al extremo que acabamos de describir. Hay muchos en los cuales la pitiriasis rubra, aunque extensa y generalizada, no cubre todo el cuerpo y las placas obedecen pronto á un tratamiento conveniente.

Esta afeccion no es contagiosa; pero algunos, como Devergie, creen posible su transmision por herencia. Nosotros no hemos podido comprobarlo á pesar de haber observado con detenimiento y durante largo tiempo seis casos de esta enfermedad, todos ellos notabilísimos.

Respecto á las demás formas del pitiriasis, la herencia no está confirmada sino en corto número de casos. Pueden transmitirse por herencia los estados constitucionales herpético, reumático, escrofuloso, leproso, etc., que le determinan; pero el hijo de padres pitiriasicos puede ser eczematoso ó tener en vez del pitiriasis un psoriasis ó un liquen, siquiera sea de la misma índole herpética, escrofulosa, etc., que la afeccion cutánea paterna.

El curso y las terminaciones del pitiriasis son muy variables en las diversas especies del pitiriasis.

Algunos autores admiten en él tres periodos: de erupcion, de estado y de declinacion. En el primero la enfermedad invade con prodromos ó sin ellos, se presenta la erupcion y crece, se extiende y desarrolla hasta su límite máximo, pudiendo durar de un mes á varios años. En el segundo la enfermedad queda estacionaria y puede durar otro tanto. Y en el tercero ceden lentamente los síntomas, disminuye la picazon y



la descamación hasta que por fin desaparece sin dejar señales, cicatrices ni huellas de su existencia, y su duración puede variar entre algunos días y algunos meses.

El tratamiento, por otra parte, modifica notablemente la duración de estos periodos, perturbándolos si está mal dirigido y acortándolos en el caso contrario.

Nótase una gran diferencia, sin embargo, entre las formas agudas y las crónicas de este padecimiento, independientemente de su naturaleza y relativamente á su duración y á su curso. Las formas crónicas son fijas, tienen alivios pasajeros, pero no desaparecen como las agudas en breve tiempo. En cambio éstas se reproducen todas las primaveras ó todos los veranos cuando dependen de un vicio general.

La terminación común del pitiriasis es la curación espontánea al cabo de meses ó años y en mucho menos tiempo cuando se combata con un tratamiento apropiado. Nunca deja, como hemos dicho, al desaparecer reliquias en la piel, pero sí en las mucosas y en el pelo, que puede destruir por completo. Algunas veces terminatrasformándose *in situ*, en una eczema, ó determinando complicaciones inflamatorias que la oscurecen, y ciertas especies agudas y generalizadas pueden terminar por la muerte como todas las erupciones agudas ó inflamatorias que ocupan la casi totalidad de la superficie del cuerpo.

Tantas diferencias en el curso y terminaciones del mal, tantas variaciones en la sintomatología son prelado seguro de diversas indicaciones terapéuticas y de diversos juicios pronósticos que no pueden solamente explicarse por la agudeza ó cronicidad ó por la mayor ó menor extensión del mal, sino principalmente por la índole ó naturaleza distinta de la causa que produce y sostiene la afección cutánea.

¿Cómo es posible, señores, que tenga idénticas manifestaciones una enfermedad producida por una causa simplemente inflamatoria que otra sostenida por infinitos esporos vegetales, cuerpos extraños pero vivos, que crecen y se nutren á expensas de la sustancia de la capa profunda de la epidermis, mezclándose después con el detritus de la capa córnea ó superficial del mismo?

¿Cómo es posible que tenga el mismo curso una manifestación cutánea dependiente de la escrófula ó del herpetismo, que otra producida y sostenida por las maniolas de un peluquero ó de una dama que quiere todos los días limpiar la cabeza de escamillas insignificantes?

La naturaleza del pitiriasis causa de todo esto, es, pues, diversa según los casos y da lugar á varias especies morbosas bien caracterizadas, á pesar de la opinión de algunos dermatólogos modernos, como Hardy y Devergie, que le consideran siempre como herpético y atribuyen á coincidencias los esporos vegetales y los demás fenómenos morbosos coincidentes de otras diatesis.

El sitio anatómico que ocupa la enfermedad es en cambio el mismo en todas las especies; pues aunque Biett la coloca

en la red vascular del dermis y otros autores en la pápila pilosa ó en lo que Bazin ha dado en llamar pápila epidérmica, lo cierto y evidente para todos es que se trata de una hipersecreción epidérmica de la capa reticular de Malpighi producida por diferentes causas y acompañada en los casos agudos de fenómenos flogísticos ó inflamatorios bien marcados, no sólo clínica sino histológicamente considerados, los cuales ocupan toda la superficie de dicha membrana, invadiendo por consiguiente la totalidad de sus elementos anatómicos constitutivos.

La mayor parte de los clínicos admiten cuatro especies de pitiriasis y algunos cinco atendiendo á su coloración, es decir, la rubra ó roja, la rosada, la blanca ó alba, la morena ó versicolor y la negra ó nigricans. Por su sitio la han clasificado en pitiriasis capitis y pitiriasis corporis, incluyendo en esta última todas las denominaciones del localizado. Por su extensión y fenómenos inflamatorios se divide en fin como habeis visto, en parcial ó localizado y en general, agudo ó generalizado.

Realmente la palabra *agudo* no se aplica bien á una enfermedad que puede durar muchos meses aunque vaya siempre acompañada de coloración rojo-intensa y de otros fenómenos inflamatorios.

Alibert admitía el herpes furfuráceo volante y las manchas hepáticas (pitiriasis versicolor) como las dos únicas especies de esta enfermedad. Gintrac admite dos especies clasificadas por su naturaleza, la parasitaria y la herpética. Hardy las considera herpéticas á todas y acepta como formas la versicolor, la alba ó común, la rubra, la nigra y la pilaris. Bazin, por último, describe seis especies; la artificial, la parasitaria, la reumática aguda y crónica y la herpética aguda y crónica y en cada una de ellas variedades distintas que no enumeramos.

Nosotros añadiremos á éstas la escrofulosa, la leprosa, la pelagrosa y la pseudo-exantemática y os daremos brevemente á conocer los caracteres diferenciales de todas ellas.

1.° *Pitiriasis artificial*.—Depende generalmente de una rasura mal hecha y ocupa por lo tanto las regiones de la cara ó del cuello en que el hombre sufre esta operación. La piel que ha de afectarse del mal se pone tensa, roja, ardorosa, áspera y con ligero escozor al poco tiempo de la rasura; al día siguiente aparecen ya cubriéndola escamitas adherentes, que no suspendiendo el afeitarse por dos ó tres días, se reproducen y aumentan, pero que desaparecen en este tiempo si se evita la causa y se calma la excitación cutánea con lociones frías y aplicaciones de polvos emolientes. Es una afección cutánea que seguramente habeis visto muchas veces y sufrirlo algunas cuando vuestro barbero haya tratado de apurar la barba ó de descañonar demasiado como suele decirse en su lenguaje técnico.

2.° *Pitiriasis parasitaria*.—Los vegetales que producen todas las tiñas determinan la pitiriasis, ya en algunos momen-

tos de su desarrollo, ya constituyendo la totalidad de las lesiones cutáneas.

a. El *Achorion*, vegetal de la tiña favosa, determina la pitiriasis cuando después de rotos los favus y levantados por unturas ó cataplasmas se desarrolla y crece el vegetal dentro de los folículos para volver á salir al exterior. Rota la capa epidérmica que en un principio le aprisionó y le hizo tomar esa forma umbilicada de los hongos y no teniendo trabas para su extensión y desarrollo, los esporos de la planta levantan escamitas foliáceas con las que se mezclan presentando á nuestra vista el aspecto de un *pitiriasis blanco amarillento algo heterogéneo*. Pasado algún tiempo se acumulan y amontonan tanto los esporos que ya no puede llamarse á la afección pitiriasis, sino un favus roto, deforme y monticulado. De todos modos la *pitiriasis favosa*, aunque de corta duración, puede sostenerse en este estado mucho tiempo por la limpieza de la cabeza ó por el uso de unturas, que aunque no bastan para curar la enfermedad, pueden detener algo su evolución y crecimiento.

b. El *trichophyton tonsurans*, vegetal de la tiña tonsurante, produce también un *pitiriasis blanco sucio*, cuyas escamitas mezcladas con los esporos de aquel rodean la base de los pelos formando un estuche á la misma.

c. El *microsporon Audouini*, vegetal de la pelada ó del pórigo decalvans, da lugar á un *pitiriasis blanco farináceo*, muy fugaz y pocas veces visto; pero que se encuentra en la superficie cutánea ántes de la caída brusca del mechón de pelos que ha de dejar al descubierta la calva lúmpia y reluciente característica del mal. También alrededor de ésta y raspando con un cuchillito podréis recoger algunas veces ese polvillo blanco farináceo formado por el vegetal y detritus epidérmico.

d. El *microsporon furfur*, vegetal de la tiña epidérmica, conocido con el nombre de *pitiriasis versicolor*, *melasma*, *cloasma*, *pitiriasis nigra*, *manchas hepáticas*, etc., varía desde todas de una misma afección cutánea determinada por aquel, da origen á un *pitiriasis moreno*, *oscuro* ó *negruzco*. Este color depende de los esporos del parásito, y su mayor ó menor intensidad del mayor ó menor número y de la edad ó antigüedad de los mismos, aunque también puede ayudar la suciedad del enfermo á su mayor grado de coloración.

Los caracteres de estas diversas tiñas y de los pitiriasis que determinan han sido estudiados por nosotros en las lecciones sobre las dermatosis parasitarias y á ellas debemos remitir al que desee más detalles.

3.° *Pitiriasis espontáneas ó de causa interna*.—Constituyen muchas especies y variedades, á saber: escrofuloso, herpético, reumático, leproso, pelagroso y pseudo-exantemático.

a. *Pitiriasis escrofuloso*.—La *forma común ó benigna* del *pitiriasis escrofuloso* se presenta á nuestra observación con frecuencia en los niños pequeños y en los jóvenes linfá-

ticos, ocupando las aberturas naturales de la cabeza, es decir, el borde de los párpados ó de los labios y la entrada de la nariz ó del conducto auditivo externo; sus caracteres son los indicados anteriormente al describirlos el pitiriasis localizado: sus escamas pequeñas y adherentes, poco abundantes, y su coloración ó enrojecimiento de la piel que cubren, su tenacidad y cronicidad, sus reproducciones en el invierno y por causas debilitantes, las grietas costrosas que á veces se forman en el sitio que afectan y la eficacia para combatirlo de un tratamiento interno antiescrofuloso y de un tratamiento externo excitante ó iodurado, bastan para distinguirlo de otras especies.

La *forma maligna ó elefantásica* del *pitiriasis escrofuloso* es la que habéis visto en la enfermería numerosas veces en las piernas de las Barbadás, afectadas por esa especie de la escrófula maligna hipertrófica que se describe con el nombre de elefantiasis de los árabes.

Cuando esta enfermedad ha llegado á tener cierto desarrollo es constante la formación en la parte anterior de la pierna, y á veces en las laterales y en el tobillo, de escamas grandes, adherentes, blanco-sucias, que se van aglomerando unas encima de otras y volviéndose oscuras ó negruzcas por la suciedad. Si la enfermedad no se trata de un modo conveniente pueden formarse debajo de ellas úlceras atónicas de mal carácter; pero si se levantan con la glicerina, con la tintura de iodo y la compresión, se ve la piel intacta y sin denudaciones de ningún género. A veces con sólo la quietud en la cama se desecan y caen; y por el contrario, con el abandono y el movimiento aumentan hasta el punto de formar una especie de estuche á la pierna elefantásica. En el atlas de esta obra podréis ver fielmente representado el pitiriasis que nos ocupa, no sólo en una sino en varias láminas.

b. *Pitiriasis herpético*.—Hay bastante confusión en los autores modernos al describir las variedades de esta especie morboza, por lo cual prescindiremos de lo que ellos dicen para no llevarla á vuestro ánimo y os diremos simplemente lo que nosotros hemos observado:

1.° *Forma simple diseminada ó generalizada*.—Es muy común en nuestro país ver sujetos de antecedentes herpéticos con una descamación forfúrica generalizada, que no forma placas coloradas, sino que se echa de ver cuando el enfermo se frota la superficie del cuerpo. Eritóicos se desprenden numerosas escamitas, lo mismo que en el pitiriasis capitis, que cubren las ropas y que se reproducen tan rápidamente que á las pocas horas, y por un nuevo frote, se desprenden en el mismo ó mayor número. Estos enfermos, nerviosos y flacos por regla general, no hacen mérito de su dolencia, que no les molesta y apenas les pica; pero en el verano suele en algunos puntos agudizarse la descamación, enrojeciéndose la piel y aumentando considerablemente la picazón. Los baños y los polvos emolientes que se dan hacen desaparecer la agu-

GRUPPO 74870.



dización del padecimiento y todo vuelve á quedar y continuar como anteriormente durante muchos años ó durante toda la vida. Como se ve este pitiriasis herpético, por lo común abandonado, es leve en sí; pero no evita que el herpetismo siga su curso en las mucosas, que generalmente se afectan con catarros crónicos y graves de los cuales puede morir el sujeto si no acude con tiempo á un tratamiento arsenical.

2.ª *Forma roja ó rosada localizada en una ó varias placas.*—Bazin la llama inflamatoria; pero los fenómenos inflamatorios son escasos. Las placas rojas más ó ménos extensas y de forma irregular acompañadas de picazon intensa se cubren de escamas más abundantes en el centro que en la circunferencia y duran espontáneamente de cinco á veinte semanas, siendo sustituidas por otras que salen á cierta distancia.

3.ª *Forma rubra generalizada.*—Bazin la considera siempre como reumática; pero creemos exagerado este modo de ver y podemos citarnos un buen ejemplo acerca del cual no cabe duda alguna.

El Sr. N., distinguido autor dramático, de cuarenta y seis años de edad, nervioso y delicado de salud empezó á sentir á los cuarenta los primeros síntomas de su enfermedad, de la que hay antecedentes en su padre, en sus tíos y en su abuelo. Después de un grave disgusto y en medio de su vida laboriosa intelectual, sintió un gran malestar acompañado de fiebre y al día siguiente aparecieron con gran picazon numerosas placas rojas, irregulares y cubiertas de escamitas furfúricas que le duraron todo el verano, desapareciendo en invierno por completo y sin dejar señal. En este tiempo tuvo el primer catarro pulmonar que fué bastante tenaz para ponerle en cuidado. Durante los años sucesivos se ha reproducido la erupción por la primavera, siendo cada vez más larga, más intensa y más extensa ó generalizada, hasta el punto de que el año pasado ya no desapareció, aunque se mitigó por los meses de Diciembre y Enero del actual (1874). El catarro, que se fué haciendo más pertinaz, se ha hecho también permanente, aunque se mejora por el verano y en cambio existe una dispnea atónica acompañada de una hipersecreción intestinal tan refractaria, que hace tener una enterocolitis crónica con reblandecimiento de la mucosa.

Esta era la situación del enfermo cuando nos consultó. Demacración notable, pulso frecuente (98) y pequeño, frialdad aparente de la piel, tristeza, irascibilidad, tos frecuente con expectoración mucosa abundante y estertores húmedos y sibilantes, mezclados en la base de ambos pulmones; buen apetito, mala digestión, diarrea. Su piel tenía un color rojo subido y estaba sembrada en muchos y extensos puntos de escamitas blancas y adherentes, separadas por grietas sanguinolentas, todo lo que daba al sujeto un aspecto no sólo repugnante, sino extraño. Su cara parecía pintada expresado para asustar á los niños. Las pestañas, las cejas y casi todo

el pelo de la cabeza y del cuerpo había desaparecido y el estado moral que tanta desdicha producía en una persona verdaderamente ilustrada y distinguida es muy difícil de pintar fielmente. Su sensibilidad exagerada parecía la de un loco ó la de una histérica. El menor ruido le asustaba y le ponía tembloroso; el menor disgusto le hacía llorar como un niño. Había tomado, sin éxito, las más renombradas aguas sulfurosas de España, de Francia y de Alemania y todas le habían empeorado la erupción, aumentando su picazon ya muy intensa y haciendo crecer sus placas pitirásicas, que por fin se unieron en una sola que cubrió todo su cuerpo.

Ningún fenómeno reumático había observado en sí ni en sus antecesoros. Sujeto el enfermo á un tratamiento arsenical mezclado con dosis pequeñas de opio y á un tratamiento tónico emoliente, formado por baños amiláceos templados cada tercer día y unturas de glycerolado de bismuto y almidón, se sintió tan aliviado á los tres meses que concibió esperanzas de curarse y se marchó á un pueblo á reponerse y terminar una de las obras que estaba escribiendo.

Ha debido morir sin embargo, pues no hemos vuelto á oír hablar de él y el herpetismo, cuando llega á ese tercer periodo en que se generaliza en la piel y las mucosas, difícilmente se detiene en su curso á pesar de los alivios pasajeros que pueda proporcionar un tratamiento racional.

c. *Pitiriasis reumática.*—Deben admitirse en él tres formas principales: dos agudas por su aspecto inflamatorio y una crónica que generalmente se desenvuelve en las regiones pilosas.

4.ª *La forma aguda, leve ó benigna* se desarrolla en el invierno á consecuencia de una rojadura ó enfriamiento. Después de una fiebre de forma catarral, que dura dos ó tres días, aparecen diseminadas por todo el cuerpo manchas rojas redondeadas y de bordes dentados, que se unen pronto entre sí, formando grandes placas, ó que se colocan en círculo formando anillos sinos en el centro. La picazon que las acompaña á su salida es de picotazo y pronto se cubren de la descamación blanca característica que aumenta gradualmente á los diez ó doce días primeros y disminuye después, así como el rubor y la picazon, hasta que desaparece en otros tantos. Es casi constante que un ataque más ó ménos graduado de reumatismo articular, muscular ó fibroso preceda, acompañe ó siga al brote de esta erupción fugaz.

5.ª *La forma inflamatoria maligna, ó pitiriasis rubra generalizada*, de índole reumática, empieza como la anterior; pero después se generaliza y lleva un curso parecido al de la pitiriasis rubra generalizada herpética con las diferencias siguientes: La pitiriasis rubra reumática brota ó se exacerba en invierno y la herpética en verano; su picazon es mayor en los cambios bruscos de temperatura y se asemeja á los picotazos de los insectos parásitos, mientras que la de la herpética se empeora con el calor de la cama y es constante

y urente: no mejora como la herpética con los arsenicales, sino con los alcalinos y diuréticos. Se acompaña frecuentemente de albuminuria y fatiga por lesiones cardiacas de índole reumática y se reproduce con facilidad si un enfriamiento ó un susto modifica bruscamente la circulación de la sangre. Por esta causa, unida á la inmensa gravedad de toda erupcion generalizada y subinflamatoria, es mucho más peligrosa que la herpética y puede matar al enfermo, ya de pronto por la retropulsion, ya lentamente por la anasarca albuminúrica ó sintomática de lesiones del corazon. El color rojo de la pitiriasis reumática es más oscuro y amoratado que el de la herpética, la cual, por otra parte, no se repercute fácilmente, va acompañada de catarros y mata al enfermo por la consunción y la fiebre lenta.

3.ª *La forma crónica ó pitiriasis pilaris, pitiriasis capitis, etc.*, llamada así porque se limita á las regiones cubiertas de pelo, se presenta de una manera análoga á la pitiriasis herpética cuando se extiende á la cabeza. Puede tener la forma de discos, ó bien se generaliza en toda la region pilosa. La piel seca, tirante, las escamas secas tambien, ménos abundantes que en la herpética, los bulbos pilosos salientes y elevados, la picazon de picetazos, la caída lenta del pelo, la coincidencia con jaquecas reumáticas que se producen por un golpe de viento ó por un frío ligero, los dolores musculares ó articulares que á la par existen ó alternan, son caracteres suficientes para distinguirla, si no siempre, muchas veces, de las demás especies de pitiriasis.

4.ª *Pitiriasis leproso.*—Las manifestaciones cutáneas principales de la lepra son, como sabeis, las manchas, los tubérculos y consecutivamente las costras, las úlceras, las cicatrices y las deformidades de la envoltura cutánea; pero hay otras muchas de que os hablaremos á su tiempo, y entre ellas una descamacion blanco-sucia que se observa en el último período de la enfermedad y que constituye un verdadero pitiriasis leproso. Nunca aparece en los primeros años de la afeccion terrible de los hebreos, sino cuando las otras lesiones han modificado profundamente la textura, la sensibilidad y las funciones nutritivas y secretorias de la piel. Entonces, cuando toda la piel tiene ya ese color leonado, mezcla de moreno y amoratado, vereis que se pone seca, áspera y rugosa, y que al frotarla con la mano se desprenden escamas furfuráceas gruesas. Si el enfermo sigue sin tratamiento tóxico, y sobre todo si no se baña muy á menudo, estas escamas adherentes, aunque secas, se acumulan y amontonan en grandes placas de forma irregular en la parte anterior de la pierna y superior del pié, en la parte externa de los brazos y en otros varios puntos, constituyendo en ellos una especie de corteza dura de levantar ó separar sin cruencia, y sucia, asquerosa y repugnante en extremo, más que por ella por su mezcla ó por hallarse rodeada de las demás lepróides ó dermatosis leprosas. Confundido con ellas, y haciendo todos los

autores más caso del conjunto sintomático que de un detalle poco importante, se han olvidado del pitiriasis, cuyo curso lento y permanencia constante hasta la muerte del enfermo hemos podido evidenciar en algunos casos.

e. *Pitiriasis pelagrosa.*—La pelagra determina una descamacion foliácea de un color moreno-negruzco que todos habeis tenido ocasion de observar cuando se abandona á su curso espontáneo el eritema pelagroso del dorso de las manos y piés, ó el del cuello y la cara que tambien se presentan si en estos puntos se ha dejado sentir la influencia de los rayos químicos del sol. Su duracion varia entre uno y varios meses, pero en realidad no hay mucha reproduccion de hojas epidérmicas. Está limitada á la extension del eritema y empieza por la formacion de grietas que dividen ó resquebrajan la capa epidérmica superficial y dejan ver en el fondo la capa profunda de un color rosado, lisa, reluciente, parecida á la cicatriz reciente de una quemadura, lo que ha hecho que nuestro Calmarza la llame, cuando ha caído ya toda la descamacion, cicatriz pelagrosa.

Réstanos solamente describirlos la única especie que nos queda por estudiar, que es el pitiriasis pseudo-exantemático, lo que haremos dentro de un momento al finalizar los juicios clínicos del pitiriasis considerado en general.

Fácil ha de sernos, despues de lo dicho, establecer el diagnóstico del pitiriasis con las demás dermatosis secas ó húmedas que pudieran parecésele, así como el de sus especies entre sí.

Entre las formas secas, el *psoiriasis*, cuyas escamas son grandes, adherentes y brillantes ó nacaradas, tiene además como carácter diferencial importante la elevacion roja, sobre la cual se implantan sus escamas y la ausencia ó insignificancia de su picazon.

El *ictiosis* es una afeccion casi siempre congénita y permanente, con escamas adherentes y empizarradas, como las de las patas de las gallináceas, por cuyo carácter y la falta de curso ó evolucion morbosa se le distinguirá bien del pitiriasis por crónico que sea.

Entre las formas húmedas pueden confundirse con el pitiriasis el *acne sebácea*, el *eczema*, el *pénfigo* y alguna forma mixta de *eczema* ó *herpes psoriasiforme* ó *escamoso*.

El *acne sebácea* constituye una masa blanco-sucia y á veces negruzca (por adherirse á ella el polvo y otros cuerpos extraños de la atmósfera) que tapa una porcion limitada de la piel, se localiza casi siempre en la nariz, las mejillas ó la frente, y á veces coincide con la pitiriasis versicolor ó la nigricans, oscureciendo el diagnóstico. En nuestro atlas clínico podreis ver una lámina de cuerpo entero que representa esta mezcla, á la que hemos llamado falso ictiosis, porque parecia un ictiosis negro. El no ser congénito y haber tenido una evolucion relativamente rápida separó nuestras sospechas del ictiosis; el microscopio nos enseñó los esporos; pero la



magma sebácea en que éstos se desarrollaban y su fuerte adherencia á la piel nos demostró la coincidencia de un acné sebáceo casi generalizado.

Esto, sin embargo, es muy excepcional, y en los casos comunes distinguireis fácilmente ambas dolencias por la ausencia de escamas y de picazon en el acné sebáceo, por la blandura y untuosidad de la sustancia segregada que le constituye, por la ausencia de rubor en la piel que esta secreción cubre y por los puntos preferentes de localización distintos de las del pitiriasis.

El eczema en su período de declinación, cuando ya no aparecen vesículas nuevas que exuden y empieza el período de descamación, es la erupción que mejor puede confundirse con el pitiriasis, si por inadvertencia prescindimos de los antecedentes y detalles del curso que ha tenido el padecimiento en cuestión. Solamente con preguntar si la erupción en su origen ha sido seca ó húmeda habreis hecho el diagnóstico, y en caso de duda bueno es que apeéis á este testimonio; pero á veces sin él podemos conseguir nuestro deseo. Con efecto, las escamitas ó costras del eczema en declinación están más levantadas y separadas unas de otras que en el pitiriasis; no forman como en éste una placa totalmente cubierta, sino que quedan en ella huecos irregulares ó vacíos centrales, por los que podeis ver la piel enrojecida. El pitiriasis en placas, que es el que puede confundirse con esta especie de eczema, tiene además su límite circuncferencial mucho más limpio y marcado que el eczema, el cual casi siempre, á corta distancia de la placa mayor, tiene granos sueltos vesículo-escamosos que la denuncian.

El pénfigo termina, como sabreis más adelante, por una descamación foliácea extensa. El epidermis levantado por la serosidad de la ampolla, cuando ésta se rompe, se seca y arruga como habéis todos visto seguramente en las vesicaciones de las cantáridas y partiéndose en porciones más ó menos grandes se desprende y cae, pudiendo ser tomado por un pitiriasis si el profesor no está aleccionado por la observación de muchos casos. Nunca hay en el pitiriasis escamas tan grandes y laminosas como en el pénfigo, y si las hay en alguna especie rubra y aguda, no tienen la humedad que siempre embadurna su cara profunda en las que siguen al pénfigo. Debajo de las láminas penfigoides existen erosiones más ó menos graduadas y una areola inflamatoria que no vereis en el pitiriasis, sin contar con que las ampollas y sus esfoliaciones consecutivas están diseminadas por todo el cuerpo y separadas bastante entre sí, cosa rarísima en las descamaciones pitiriasicas. Algunas formas mixtas vesículo-escamosas, como el herpes escamoso nummular ó circinado, ó el eczema psoriasiforme, pueden tomarse por la afección que nos ocupa.

El herpes circinado es casi siempre parasitario y constituye el primer período de la tía tonsurante: determina una des-

camación que es un verdadero pitiriasis ya descrito y admitido como tal por nosotros; pero el herpes ó eczema nummular puede ser herpético ó reumático, y en su período escamoso confundirse con el pitiriasis. En estos casos es difícil que no encontreis en lo restante del cuerpo otra placa nummular en período exulativo que os indique la forma inicial del padecimiento. En cuanto al eczema psoriasiforme, su descamación es de grandes hojuelas parecidas á las del pénfigo, levantadas por un lado de su circunferencia y adheridas por el otro y dejando ver por el espacio descubierto la piel cribosa y la humedad característica del eczema.

El diagnóstico de las diversas especies de pitiriasis podreis hacerle fácilmente recordando lo dicho y fijándoos en algunos enfermos que á la sazón tenemos en la enfermería.

Como en nuestra sala de tífos abundan los casos de todas las tías, hoy mismo habéis podido ver el pitiriasis amarillo blanquezo que acompaña á la favosa, el blanco mate que forma estuches á los pelos en la tonsurante y el farináceo de la pelada. También os hemos enseñado el pitiriasis moreno ó versicolor que tiene en el pecho el practicante de la sala quinta y que había sido tomado por una afección herpética. Aumentad los espesos y con ellos la coloración de este pitiriasis y formareis el negro fielmente representado en la lámina ya mencionada.

Pero además de la coloración distinta de estos diversos pitiriasis, todos los parasitarios tienen un signo diagnóstico patognomónico por el análisis microscópico, el cual os dirá la especie de vegetal que da origen á la enfermedad.

En los pitiriasis espontáneos ó de causa interna pueden servir mucho para el diagnóstico las circunstancias del enfermo, su constitución débil con temperamento linfático (escrófula) su constitución fuerte con temperamento sanguíneo (reuma), su temperamento nervioso exagerado y su idiosincrasia hepática (herpetismo); sirven asimismo las coincidencias morbosas ó lesiones sintomáticas de la presunta enfermedad constitucional, es decir, las escrófulides, herpétides, reumátides, lepróides y pelagróides coincidentes de la piel ó de las membranas mucosas y otras afecciones profundas de la misma índole; pero no olvideis, señores, que puede haber un pitiriasis parasitario lo mismo en los escrófulosos que en los herpéticos, leprosos, etc., independientemente de la enfermedad constitucional y de todas sus manifestaciones, aunque coexistiendo con ellas. La ausencia ó poca intensidad de la picazon, la localización en las aberturas naturales de la cara ó en las piernas de los elefantíacos y la fieza *ab initio* del mal os bastarán para sospechar la naturaleza escrófulosa del padecimiento.

La generalización, la desaparición y reproducciones de la enfermedad en el verano ó primavera, haciéndose cada vez mayores y tenaces hasta que se hacen fijas, la picazon intensa que se aumenta con el calor y los excitantes y el progreso

coincidente del herpesismo interno mucoso, nervioso y visceral os darán á conocer la índole herpética de las especies de pitiriasis que se presentan á vuestra observación.

La picazon de pinchazo, la localización en las regiones pilosas ó la generalización por brotes invernales repercutibles y coincidentes con afecciones vasculares graves y ataques de reumatismo os inducirán á creer que tenéis delante un pitiriasis reumático.

La lepra y la pelagra con sus caracteres tan precisos os harán finalmente presumir que el pitiriasis ó la descamación que con ellas coincide es de la misma índole ó naturaleza.

El pronóstico del pitiriasis considerado en general ó como lesión cutánea es leve; pero considerado como enfermedad, es decir, en sus especies, varía tanto que en unas termina el mal por sí solo en breves días, y en otras permanece muchos años y contribuye á la muerte del enfermo. Lo primero ocurre en el artificial y como más adelante vereis en el pseudo-exantemático. Lo segundo en la pitiriasis rubra, aguda y generalizada. Entre estos dos extremos hay un medio también variable en el cual puede influir mucho el tratamiento.

Así, el parasitario que abandonado puede eternizarse, desaparece en pocas semanas ó en pocos meses por el influjo de un tratamiento racional, evitando la alopecia definitiva, que en otro caso puede originar. Los pitiriasis constitucionales limitados á una región ó á más, pero poco extensos, son leves en la especie escrofulosa y graves en las demás, no sólo porque son más tenaces, molestos y difíciles de curar (herpesismo y reumatismo), sino porque se presentan en un período avanzado de enfermedades mortales (lepra, pelagra).

Excusado será el decirnos que el tratamiento racional del pitiriasis ha de subordinarse principalmente á la naturaleza ó intensidad del mal, es decir, á la especie morbosa. Sin embargo, como lesión da lugar también á indicaciones importantes.

Todas ellas pueden reducirse á las siguientes:

- 1.° Calmar la inflamación cutánea si existe, y eliminar la descamación.
- 2.° Disminuir la hipersecreción epidérmica y calmar la picazon.
- 3.° Combatir la causa que la sostiene y puede reproducirla.

La inflamación no debe combatirse nunca con las emisiones sanguíneas. Bastan las lociones ó los baños emolientes. Tampoco deben usarse polvos de ninguna clase, porque si bien sobre las escamas aumentan su espesor é impiden la acción de otras sustancias más útiles. La glicerina sola ó mezclada con agua es un buen disolvente de las escamas. También lo son las soluciones alcalinas del 5 al 10 por 100 de concentración.

Disminuidos los fenómenos inflamatorios, debemos tratar de disminuir también la hipersecreción epidérmica y la pica-

zon, lo que conseguireis más ó ménos fácilmente con las lociones y pomadas astringentes de borax, subitrato de bismuto, óxido de zinc, calomelanos, tannino, etc., al 10 por 100 de concentración, y mejor con ciertas sustancias excitantes especiales de la piel, como la breva, el aceite de enebro ó el aceite esencial del Bétulla alba, puros estos últimos para untura cada tres ó cuatro días, y atenuada aquélla con la manteca, formando la pomada de nuestro formulario. — Los baños minerales, sulfurado-cálcicos, tienen indicación especial en las formas crónicas y en el período de declinación de todos los pitiriasis.

El uso de todas estas sustancias no sólo sirve para disminuir ó suprimir la exudación epidérmica, sino para calmar la picazon mejor que la morfina, el alcanfor, los ácidos y los álcalis que contra el prurito se recomiendan tanto.

La causa se modifica y combate por agentes ó medicamentos internos si la afección es sintomática de estados constitucionales, y por tópicos exclusivamente cuando es artificial, de causa externa, ó de causa parasitaria.

Alejando la causa externa y con simples lociones emolientes primero, y después, alcoholizadas ó vinagradas, cederá el artificial.

Combatireis el parasitario en ciertas especies con la depilación, y en todas, con las pomadas parasiticidas de sublimado (1 por 100), de turbit mineral ó sulfato neutro de mercurio (6 á 8 por 100), sulfato de cobre (2 por 100), ó con el aceite de enebro puro.

El pitiriasis escrofuloso benigno exige el uso interno del iodo de hierro, solo ó mezclado con el aceite de hígado de bacalao, las lociones con el agua de breva, ó la disolución de borax (1 á 4 por 100), y las unturas de glicerina, de pomada de calomelanos, bismuto, óxido de zinc, etc. El aceite de enebro y la pomada de breva, que son muy eficaces, no deben emplearse cuando el mal está en los párpados ó cerca de los ojos. Si la afección va acompañada de grietas ó de costras sienta bien una loción frecuente con agua fenicada y toques ligeros y tardíos con la tintura de iodo.

El pitiriasis escrofuloso maligno ó elefantásico debe tratarse por la tintura de iodo íntus et extra, siguiendo el método establecido por nosotros para la curación de la elefantiasis de los árabs.

Con el uso interno y prolongado de los arsenicales, las pomadas astringentes ya mencionadas, las lociones de agua de breva y los baños minerales sulfurado-cálcicos ó sódicos débiles, ó los arsenicales de Plombières ó La Bourbouille, debeis tratar todas las especies del pitiriasis herpético.

Los alcalinos al interior, bicarbonato de sosa, aguas de Soberon, de Vichy, de Vals, etc.; las pomadas referidas en las indicaciones generales y los baños y lociones también alcalinas de los carbonatos potásico y sódico, son los remedios que prescribimos, alternando con los purgantes salinos en los piti-



riasis reumáticos; pero si no bastan, ó se complica el mal con afecciones profundas, apelamos al colchico, al nitro, al iodo y bromuro potásicos y á los baños minerales cloruro-sódicos fríos (Trillo, Costana, Caldas de Besaya, etc.).

Finalmente, los pitiriasis leproso y pelagroso deben tratarse con los baños generales, las pomadas de calomelanos, el glicerolado de iodo y el plan general que exija el estado del enfermo, que como sabreis más adelante, es aún incierto, rutinario y casi siempre impotente para triunfar de la causa morboza.

Llegamos con esto al momento de ocuparnos del pitiriasis como afección espontánea, aguda, esencial ó pseudo-exantemática. Por casualidad teneis en la enfermería un caso que os debe servir de tipo para el estudio de esta especie morboza, y por fortuna tambien hay otros enfermos con pitiriasis constitucionales, pudiendo, por la comparacion de todos ellos, aprender bien sus diferencias y los efectos de sus diversas medicaciones.

El caso á que nos referimos es la enferma que ocupa la cama núm. 15 de la sala 13. Es una jóven gallega, criada de servir, fuerte, robusta y bien constituida. Jamás ha estado enferma, segun dice; pero hace ocho dias, despues de un exceso en la comida y bebida en un dia de campo, donde se sofocó mucho bailando y corriendo, y estando en el segundo dia de su período menstrual, recibió al volver á Madrid un aguacero terrible y llegó á su casa empapada en agua y muerta de frio. Se desnudó y metió en la cama con fiebre y dolor intenso de cabeza, horripilaciones frecuentes, náuseas y supresion completa de la regla. Sudó bien por la noche, y al dia siguiente se levantó para que sus amos no la riñesen, á pesar de continuar con fiebre y cansancio general; pero aquellos notaron que en la cara y el cuello tenia una erupcion, y temerosos de que pudieran contagiarse sus hijos, la mandaron á este Hospital.

Recordareis bien cómo se hallaba esta enferma al dia siguiente, primero de nuestra observacion y tercero de la enfermedad.

El aspecto de la paciente rebosaba salud; su pulso era algo frecuente y lleno todavía; pero no podiamos decir que hubiera fiebre, puesto que habia desaparecido la cefalalgia y los dolores generales confusivos de los primeros dias; queria comer, no tenia sed ni otras molestias, que, como sabreis, caracterizan más á la fiebre que la frecuencia del pulso, y sólo la molestaba el prurito general que sentia en todo el cuerpo y principalmente en los puntos que ocupaba la erupcion.

Constituan ésta manchas rosadas del diámetro máximo de un centimetro, redondeadas y cubiertas de escamitas tan finas que se transparentaban. Habria unas cincuenta diseminadas por todo el cuerpo, pero algo más confluentes en el cuello y el pecho.

En algunos sitios os hice reparar en unos puntitos rojos, que presumiamos se convertirian en otras tantas placas, como pudisteis ya ver en la visita inmediata. Dispusimos alimentacion escasa (media racion), un purgante salino (sulfato de sosa), unturas con el glicerolado de almidon á las placas furfuracias y un baño general templado en dias alternos con libra y media de almidon, y todos habeis visto el curso rápido y bonancible de esta afeccion generalizada.

Desde el primer dia reapareció la regla al producir efecto el purgante, disminuyó la picazon y el color rojo de las placas, desprendiéndose facilmente las escamas, y al segundo baño (sexto dia de enfermedad), la enferma pidió el alta, que no quisimos conceder hasta hoy, dia noveno, porque todavia conservaba algunas escamas y temiamos un nuevo brote, que por fortuna no ha venido. De modo que en un septenario se ha juzgado la enfermedad sin remedios de importancia.

(Qué diferencia; señores, tan notable entre este pitiriasis y el de aquella pobre vieja que ocupa el núm. 9 de la sala 8.) Con ésta es la tercera vez que viene al Hospital á curarse de la afeccion escamosa que padece en la cara y en la cabeza. Se le reproduce todos los inviernos, cada año con más intensidad y rebeldia para el tratamiento.

Empezó en un otoño muy húmedo, formando una placa marginada y roja, cuyo borde limitaba la frente por debajo del pelo; una caspa seca y abundante rodeó la salida de todo el pelo de la cabeza, se aumentó con el frote de las uñas y del peine, y la duró tres meses gracias al tratamiento empleado, que consistió en el uso de los alcalinos al interior, los rapés frecuentes, las lociones con agua de breva y las unturas con la pomada de breva y glicerina; pero al invierno siguiente volvió á la enfermería con un brote mucho más extenso, que le cubria toda la cabeza y que se resistió cerca de cinco meses al mismo plan terapéutico. Durante tres años ha estado despues libre de su enfermedad cutánea, aunque molestada por reumatismos músculo-articulares y neuralgias faciales, hasta que por Octubre se reprodujo en la forma que habeis visto. Toda su cabeza, pero especialmente la parte cubierta de pelo, está llena de escamas pequeñas, abundantes y amontonadas; el pelo, cortado ó caído á consecuencia de la enfermedad, deja ver su masa blanca, brillante en algunos puntos y atravesada en otros por grietas algo húmedas, producidas por los arañazos que la picazon intensa le obliga á darse con frecuencia.

Anónciase un verdadero epiteloma en la nariz, determinado por la avulsion continua de las escamas que ha tenido en su ala derecha; se la ha vuelto á disponer el plan alcalino antireumático, adicionado con los purgantes salinos tomados de tarde en tarde, y en el curso lento que tendrá su padecimiento podreis juzgar bien de las diferencias que separan este pitiriasis pilaris del agudo ó pseudo-exantemático antes descrito con el ejemplo de la gallega.

Tambien teneis en la enfermería de hombres, además de

los pitiriasis parasitarios, fácilmente diferenciables del agudo, un pitiriasis herpético crónico y generalizado, que lleva muchos años de existencia y un gran número de reproducciones, en aquel anciano del número 7 de la sala 7.ª, afectado además de catarro crónico.

Sus placas rojas y escamosas son grandes como platos, y por ello solamente y su cronicidad le diferenciareis bien del pitiriasis que nos ocupa.

El pitiriasis pseudo-exantemático es, pues, una afección leve y de corta duración, que desaparece espontáneamente, ó con el uso de sencillos medios higiénicos y pocos farmacológicos.

Los primeros se reducen á la dieta, el abrigo en cama y los diluentes cuando existe fiebre inicial; y los segundos á las lociones y baños generales templados y emolientes, algun purgante si el estómago ha simpatizado y las unturas de glicerina ó de glicerolados de almidon y de bismuto.

Creemos que basta lo dicho para daros una idea sucinta del pitiriasis en general y del pseudo-exantemático en particular, y siendo ya tarde, dejaremos para la conferencia próxima el hablaros de otra afección escamosa más grave é importante, y rarísima como esta en la forma aguda ó pseudo-exantemática.



## LECCION SÉTIMA.

De los pseudo-eritemas inflamatorios o *eczemas* (continúen). Del *psoriasis* en general.—Definición de esta lesión cutánea.—Confusión á que da lugar su historia.—Causas principales del mal.—Síntomatología.—Silo anatómico y naturaleza de la lesión.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la lesión y de sus especies.—¿Existe un *psoriasis* agudo ó pseudo-eritemático?

### SEÑORES:

Una de las afecciones cutáneas más importantes en el estudio de la dermatología, no sólo por su frecuencia y tenacidad,

sino por lo curioso de su historia, de su curso, de sus manifestaciones y de sus relaciones morbosas, es sin disputa el

## PSORIASIS,

enfermedad caracterizada por la formación de escamas secas, brillantes, nacaradas y adherentes, colocadas en capas superpuestas sobre una elevación cutánea papulosa, de color rojo oscuro parecido al de la carne ó tejido muscular de los mamíferos. Estas escamas, pequeñas y diseminadas en un principio, se agrandan y reúnen más tarde formando placas, unas veces irregulares, otras nummulares ó anulares, y si se quieren arrancar de la elevación roja que las sostiene, se da lugar á la salida de sangre por la denudación que en ella se produce.

Cuando las escamas se han desprendido suavemente por las sustancias oleosas que para ello se recomiendan, quedan al descubierto las elevaciones ó las manchas que cubrían, cuyo color es idéntico al de las sífilides.

Nada más embrollado y digno de olvidarse que la historia de este padecimiento hasta época muy reciente.

Basteos saber, para no ayudar el embrollo, que por los autores griegos, romanos y árabes, aunque algunos le describieron bien, se confundió con la lepra blanca ó *alphos*, y

que los nombres de *psora*, *psoriasis*, *alphos*, *serpido* y *lepra*, con otros derivados de ellos, sirvieron para dar á conocer esta y otras dolencias más ó ménos parecidas.

Willan, que ha sido el práctico que más ha ilustrado el campo de la dermatología y deslindado las diversas formas de los males cutáneos, fué la desgraciada ocurrencia de separar del *psoriasis* común el circinado ó anular tan sólo por tener las escamas colocadas en círculo; y dando á esta insignificante variedad la categoría de enfermedad y la denominación de lepra vulgar, contribuyó á sostener la confusión entre el *psoriasis* y la lepra de los griegos que es otra enfermedad completamente diferente.

Es preciso llegar á una época muy reciente para ver deslindada esta sencilla cuestión, que ha servido de obstáculo á la claridad histórica y descriptiva de la afección que nos ocupa, y hoy, gracias á Hebra, á Bazin y á Hardy, continuadores en esto de las ideas de Alibert y de Hunt, todo el mundo confunde en una sola categoría morboza al *psoriasis* común y al circinado ó anular, pues la colocación más ó

ménos regular de las escamas ni modifica el curso del mal, ni indica naturaleza diferente.

Nada importa que willanistas tan notables como Cazenave, Gilbert y Devergie las describan separadamente, pues ellos mismos confiesan que la naturaleza de ambas lesiones es idéntica, y que nada tiene que ver la mal llamada lepra vulgar con las lepras antiguas de los hebreos ó de los griegos.

Dejemos á un lado la historia, que, como os decía ántes, conviene olvidar para evitar confusiones, no sólo en el psoriasis, sino en casi todas las dermatosis, y pasemos á describir la enfermedad, ó mejor dicho la afección cutánea.

Las impresiones morales fuertes, el miedo, los sustos, la muerte que amenaza, la desgracia, ó la deshonra inevitables que se ven venir, el horror que inspira un asesinato ó una catástrofe, la supresión brusca de un flujo periódico ó de una secreción habitual, la herencia, la escrófula, el reuma, el herpetismo, la sífilis y la lepra, son las causas principales del psoriasis.

Durante la época del Terror, en la revolución francesa, hubo una verdadera epidemia de esta afección escamosa. — Es muy frecuente en los naufragos y en los pueblos que están en guerra ó sometidos á una invasión extranjera. — Su herencia es tan segura, que puede decirse que de seis hijos de un padre ó madre psoriásicos, cinco padecerán la misma enfermedad; en cambio no se propaga por contagio ni por la lactancia. — Es rara como consecuencia de la escrófula, de la sífilis y de la lepra, pero muy frecuente como síntoma del herpetismo y reumatismo.

Empieza la enfermedad muy pocas veces por pródromos, y en los casos en que se presentan son fenómenos catarrales, ligero cansancio y prurito vago y generalizado.

Lo más común es que de pronto y sin apercibirse el mismo enfermo, se presentan en diversos y separados sitios de su piel manchitas muy pequeñas y algo elevadas, de un milímetro de diámetro, las cuales ni pican, ni molestan, ni desaparecen por la presión del dedo. — Podrían confundirse en este momento con las manchas de púrpura; pero éstas tienen un color más oscuro ó negrozco, son más confluentes y no sobresalen del nivel de la piel.

Pronto se elevan más las del psoriasis, y al convertirse en verdaderas pápulas se nota ya en su ápice una película epidérmica seca, blanca, brillante y pequeña como un punto, rodeado por la tase roja de la pequeña elevación cutánea. El punto escamoso crece y se extiende lentamente hasta cubrir toda la pápula, cuyo color se oculta por el blanco nacarado de la escama superpuesta.

Si la erupción se detiene en este momento de su desarrollo; si al cabo de algunas semanas se cura espontáneamente y por trozos las escamas, se decolora y deprime el infarto dérmico subescamoso y cede por grados la hipersecreción epidérmica que todavía dura algún tiempo, el psoriasis lleva

el apellido de *punctata*; pero si las escamas y las elevaciones subyacentes no se detienen en su evolución, sino que se extienden por su circunferencia, se agrandan y se elevan en su centro por superposición de capas escamosas, tomando una forma y tamaño parecidos al de una gota de cera blanca ó de estearina que hubiese caído sobre la piel, entónces el psoriasis se denomina *guttata*, y es más grave que el anterior por su mayor tenacidad, cronicidad y simpatías ó mejor dicho coincidencias morbosas que le acompañan.

Rara vez, con efecto, deja de ir acompañado de neuralgias y de afecciones crónicas de las membranas mucosas pulmonal ó gastro-intestinal, sino al principio, á los pocos años de su existencia; pero en este largo tiempo también sería raro que el psoriasis se quedase fijo y estacionario. Por lo común desaparece largas temporadas y vuelve á presentarse en brotes más numerosos y extendidos. Algunas de las gotas escamosas de los nuevos brotes pueden crecer por su circunferencia, y sin perder la forma circular, llegar á tener dos, tres ó cuatro centímetros de diámetro, lo que constituye la variedad llamada *nummular* por parecerse á una moneda.

Otras pueden reunirse por sus bordes, formando un anillo alrededor de un círculo de piel sana, constituyendo la variedad conocida con los nombres de *psoriasis annular*, *circinado* ó *lepra vulgar*. La forma que pueden adquirir las escamas por las infinitas combinaciones en sus modos de unión, es también infinito, y no tiene utilidad alguna aumentar tanto el número de variedades sin razón ni motivo suficientes.

Sin embargo, mencionaremos el psoriasis *girata*, en el cual las escamas se juntan en forma de espiral, de un zig-zag ó de una S.

Cuando el psoriasis se hace muy confluyente, desaparecen la mayor parte de estas formas regulares, y amontonándose y agrupándose las escamas, se forman placas grandes, extensas é irregulares que cubren los codos, las rodillas y porciones de la espalda, del pecho y de las piernas. Esta variedad del psoriasis se llama *difusa*; se presenta generalmente en el segundo ó tercer período del herpetismo, no desaparece en el invierno, y queda fija y rebelde á los tratamientos mejor combinados hasta la muerte del enfermo, bien sea ésta debida á una enfermedad intercurrente, bien á los progresos del herpetismo interno profundo ó visceral. Cuando la forma difusa lleva muchos años de existencia fija en la piel, y las escamas son tan confluentes que cubren como estuches los miembros abdominales y gran parte de la piel restante del cuerpo, se dice que el mal es inveterado, constituyendo para los willanistas una especie disíasta (*psoriasis inveterata*); pero no siendo más que un psoriasis difuso, extenso y muy crónico ó antiguo, no vemos la necesidad de multiplicar las divisiones hasta lo infinito.

Parece imposible que aún hoy día haya dermatólogos distinguidísimos que funden las divisiones nosológicas en el as-



pecto y en lo accidental de las lesiones cutáneas, en vez de buscar lo esencial, fundamental y permanente para caracterizar las especies y aun las variedades de las mismas.

En los psoriasis antiguos y difusos nótase alguna diferencia respecto á los caracteres de las escamas y al estado del dermis subyacente, comparado con lo que se observa en las formas *guttata* y *punctata*, anteriormente descritas. Las escamas de los psoriasis antiguos, no sólo son más grandes ó irregulares, sino que además son más secas y menos adherentes, se resquebrajan con facilidad y se levantan y desprenden por trozos deformes, empujadas por las que se forman debajo de ellas. Por otra parte, como el infarto cutáneo que las escamas cubren, es más extenso, irregular y crónico, se hace menos aparente ó visible, mucho más pálido y casi del color normal de la piel. Puede, pues, por la coloración más ó menos intensa del infarto cutáneo-papuloso ó en placas, adivinar la antigüedad del mal, así como por la mayor ó menor adherencia de las escamas puede presumir también la especie ó la forma que tiene el psoriasis en la superficie del cuerpo. Separando una de estas escamas y mirándola con atención, vereis que tiene una cara externa convexa, lisa, brillante y nacarada, y una cara interna cóncava, abollada, mate, con la señal de las impresiones papilares y de los surcos intermedios que existen en el ápice de las pápulas y con alguna humedad procedente de la exudación albuminosa de la capa reticular; miradas con el microscopio las vereis compuestas de células córneas del epidermis, unidas por sus bordes como las baldosas de un pavimento, y dispuestas en capas superpuestas separadas por intersticios llenos de aire.

Examinada la pápula ó el infarto cutáneo de la misma manera, mediante un delgado corte vertical para extraer una capa tenue que se coloca en el porta-objetos del microscopio, vereis bien caracterizada la hiperplasia de la capa reticular de Malpighio.

Las molestias que ocasiona el psoriasis, comparadas con las de otras dermatosis, son insignificantes. Muy rara vez pica, y cuando lo hace es de una manera tolerable y fugaz, carácter negativo que es muy necesario tener en cuenta, porque el psoriasis es el mayor número de veces herpético y es carácter común y constante en las demás herpéticas la picazón intensa con exacerbaciones nocturnas.

El sitio que ocupa el psoriasis puede modificar su sintomatología, haciendo tomar parte á los órganos próximos y alterando las funciones importantes que desempeñan.

Bajo este punto de vista, podemos dividir la enfermedad en dos especies principales para su descripción: la localizada y la generalizada ó diseminada.

El *psoriasis localizado*, cuando lo está en los codos y rodillas, que es el sitio más común de su residencia, pasa muchas veces impercibido y sólo indica que el mal se extenderá con el tiempo á otros puntos de la piel; pero cuando se des-

arrolla en la cabeza, en los párpados, y sobre todo en las palmas y en las plantas ó en los órganos genitales, da lugar á fenómenos que pueden ser graves y que debemos poner en vuestro conocimiento.

El *psoriasis capitis* es raro que se presente aislado ó limitado á esta región. Generalmente es propagación del diseminado y produce molestias que desde luego se pueden suponer. Engrosada la totalidad de la piel del cráneo por el infarto papuloso, y aumentándose sobre ella varias capas escamosas que, como están sujetas y atravesadas por los pelos no se desprenden fácilmente, constituye todo esto una especie de aparato inamovible, pesado y apretado, que impide los movimientos de la piel y casi todas sus funciones. A la tirantez consiguiente, hay que añadir el desaseo forzoso, y á éste la acumulación de la exudación sebácea y de la porquería por debajo y por encima de las escamas. Los pelos inmovilizados en su base y estrangulados por la acumulación epidérmica, se debilitan, se ensortijan, se rompen al menor intento de peinarlos, y caen por fin si la enfermedad no se corrige pronto.

Si la enfermedad no se trata bien, cosa que es muy frecuente; si se quiere limpiar bruscamente la cabeza con el peine ó con fuertes cepillos, sólo se consigue romper las escamas, arrancar los pelos y hacer heridas en el dermis, cuya exudación, mezclándose con el detritus epidérmico, da á la cabeza un aspecto repugnante, sin que por ello detenga el mal su movimiento de avance.

El psoriasis, en estas circunstancias, puede parecer una tina favosa á los poco avisados, y hasta suele ocurrir como en ella, que cuando ha determinado la alopecia completa, declina la enfermedad, se desprenden las escamas, y queda como reliquia una calva lisa y brillante, idéntica á la producida por la ancianidad ó á la que determinan las tinas inveteradas.

Las jaquecas y las neuralgias faciales son complicaciones muy frecuentes de esta localización del psoriasis; también lo es la erisipela facial y la piojera con todas sus consecuencias. Las tres primeras dependen, más que de la enfermedad, de los arañazos y heridas dérmicas que se hace el enfermo al rascarse, y la última de la suciedad y del temor de peinarse. Esta forma del psoriasis, cuando está limitada exclusivamente á la piel del cráneo, es de naturaleza reumática, y va por consiguiente ligada al reumatismo mucoso, fibroso, articular ó visceral, es decir, á los catarros, á los dolores ó á las lesiones del corazón, etc., de las cuales es generalmente una avanzada precursora. Cuando acompaña y forma parte del psoriasis generalizado ó diseminado, generalmente es de índole herpética, y entonces no es precursora de males futuros, sino que acompaña y sigue al herpetismo interno mucoso ó visceral hasta la muerte del enfermo.

Este hecho os prueba que el psoriasis capitis, aunque le

trateis bien, se reproducirá fatalmente cuando es herpético, y en cambio desaparecerá espontáneamente cuando dependa de un reumatismo que se haga visceral.

En las láminas de la obra podeis ver bien retratado un caso de psoriasis capitis que salió muy bien de la enfermería, pero al cual hemos tenido ocasión de ver hace poco tiempo en nuestra casa con la afección reproducida.

A la sazón existe en la sala 8.ª, núm. 44, una vieja con un psoriasis reumático de la cabeza, tan rebelde y tenaz, que á pesar del tratamiento alcalino y de las unturas alternantes de manteca y de aceite de enebro, ha determinado ya varias calvas extensas, y es de temer no ceda hasta Dios sabe cuándo.

No juzguéis, por lo tanto, favorablemente del psoriasis capitis, aunque lo veáis mejorar y desaparecer, obedeciendo al tratamiento; puesto que, ó reaparece, ó se extiende y propaga á otros puntos, ó, en fin, se transforma, si nos es permitido tan atrevida frase, en afecciones viscerales gravísimas ó mortales.

El psoriasis *plantar y palmar* presenta dos aspectos muy distintos segun la naturaleza que tiene y la causa que le produce. Cuando es sifilítico se presenta sobre pápulas grandes, rojo-cobrizas y diseminadas en el centro de dichas regiones; pero cuando es otra su causa, aparece una sola y extensa placa que cubre toda la region y aun se propaga á los bordes plantares ó palmares, á los dedos y á las uñas, determinando un onixis especial y múltiple.

En el primer caso, la erupcion es fugaz, y desaparece pronto con el tratamiento mercurial.

En el segundo, la enfermedad es grave por su tenacidad y por los tormentos que ocasiona.

Mientras no se forman grietas, todo va bien; la gruesa capa escamosa estorba el tacto y los movimientos, pero defiende los tejidos profundos y no duele; mas cuando la escama se rompe y grietas dejando entrada al aire y á los cuerpos extraños, empiezan los dolores vivos que se exageran cruelmente al andar, si la afección está en los pies.

El psoriasis palmar difuso afecta mucho á los trabajadores, porque les dificulta el movimiento y el trabajo empeora el mal; pero afecta más á las personas de cierta posición social, porque tienen que ocultarse de la sociedad, ó hacer ostentación del repugnante aspecto que presentan sus manos para que nadie se decida á estrecharlas, resignación y prudencia que no todos pueden ó quieren tener en este pícaro mundo.

Con un tratamiento local enérgico (aceite de enebro, breu, tintura de iodo, pomada de ioduro mercurioso, etc.) y con un tratamiento interno, basado en los alcalinos y arsenicales ó en la tintura de iodo, se consigue á veces que desaparezca la escama y se cicatricen las grietas; pero queda toda la palma tan roja, tan áspera, tan dura y tirante, que su aspecto no tiene nada de agradable, y el enfermo no se contenta con un alivio efímero, ni con un cambio de decoraciones.

Llega el momento de la reproducción ó exacerbación de la

enfermedad; se forman nuevas grietas, y desde sus bordes empieza á extenderse la hiperescorcion escamosa hasta que cubre otra vez, en mayor escala y con mayores sufrimientos, toda la cara palmar de una ó de las dos manos. Este es el curso de la enfermedad, durante muchos meses ó muchos años. Si la causa es el herpetismo, la erupcion se extiende y generaliza; pero si el mal es simplemente reumático, desaparece de pronto espontáneamente y sin remedio alguno, á pesar de su anterior tenacidad. No temáis que vuelva cuando esto suceda. Lo que habeis de temer es el ataque reumático que se está fraguando y que estallará infaliblemente, bien en su forma poliarticular, ó ya en la endocarditis aguda ó crónica, ó en el catarro asmático.

El psoriasis *ungui* puede ser propagación del palmar y plantar, ó puede presentarse aislado é independiente. Las escamas rodean en esta especie las uñas de todos los dedos de una mano ó de un pié, y á veces de los dos y aun de los cuatro remes. El infarto cutáneo subyacente hace en un principio que la uña penetre en él por sus bordes, y lentamente se fragua una inflamación supuratoria, que se propaga á la raíz y que termina por romper y deformar primero la superficie ungueal, para eliminar después por completo estos apéndices córneos al cabo de muchos meses de sufrimientos físicos y morales.

Aun después de eliminadas las uñas, sigue algun tiempo la formación de escamas; pero se ve declinar la enfermedad, y al fin cede para no volver.

El psoriasis *genital* en el hombre es más grave y de mayor importancia que las especies anteriormente descritas. El escroto ó el miembro que invade se hincha enormemente, y su piel, tan abultada como endurecida y cubierta de escamas, da á los órganos invadidos un aspecto terrible. La idea de tumor ó de elefantiasis se presenta á la mente, no sólo del enfermo, sino del médico, y es lo cierto que después de curado el psoriasis, la hipertrofia cutánea permanece para siempre. En la mujer no llega nunca á tener esta importancia. El psoriasis genital, al revés del de otros puntos, pica y molesta mucho; el enfermo se rasca comprimiendo trozos de piel, cuyas escamas rompe formando grietas, por las que se exuda un líquido concrecible procedente del dermis denudado, y el mal, con semejantes complicaciones artificiales, se agrava y modifica.

Sólo el iodo y el aceite de enebro empleados tópicamente, definen el ímpetu invasor de esta dolencia, mitigando la picazón, disminuyendo el infarto y eliminando las escamas secas; pero se hace muy tenaz y rebelde, ora dependa de la escrófula, ya del herpetismo ó del reumatismo. La erisipela flemonosa complica muy á menudo esta situación.

El psoriasis puede localizarse en las aberturas naturales de la boca, nariz, párpados y conducto auditivo, y su sintomatología es análoga, aunque en mayor escala, á la que concierne en el pitiriasis de los mismos puntos. Su propagación á



la lengua, admitida recientemente por Bazin y otros autores, nos parece muy hipotética ó dudosa, porque la verdadera escama no puede formarse en un órgano empapado constantemente por un líquido alcalino, como es la saliva. Lo que tenéis delante en estos casos son úlceras epiteliales ó epitelomas incipientes.

En el *psoriasis generalizado extenso y disseminado*, que es la segunda variedad que admitimos para la descripción de la lesión cutánea, la sintomatología puede comprender el conjunto de todos los síntomas descritos en cada uno de los *psoriasis* localizados, y además los propios de toda afección cutánea crónica que culme más de la mitad de la superficie del cuerpo. Atrófados por el infarto cutáneo la mayor parte de los folículos sebáceos y sudoríporos, ó comprimidos sus conductos excretores se suprimen estas secreciones; la respiración cutánea, ó lo que es lo mismo, la absorción y la exhalación se disminuyen considerablemente, y como consecuencia de todo esto se aumenta la actividad pulmonal y la hepática y se altera la sangre, porque ni el hígado ni los pulmones están, en esta época del mal, en disposición de suplir á la piel en sus extensas funciones de oxidación y des-carbonización. Con efecto, el *psoriasis generalizado y crónico* ó inveterado, es una manifestación de los últimos periodos del berpeísmo, y en este momento de la afección constitucional el estado pulmonar existe ya de antiguo, y la atrofia ó la degeneración grasienta del hígado empieza á formarse. Acompañan, pues, al *psoriasis generalizado* los síntomas del tercero y cuarto período ó período visceral del berpeísmo y con ellos sigue hasta la muerte del enfermo.

Algo hemos indicado anteriormente acerca del sitio anatómico y de la naturaleza de la lesión cutánea que nos está ocupando. La hipersecreción epitelómica es en el *psoriasis* mayor, y sobre todo más gruesa y compacta que en el *pitiriasis*; en cambio está más acumulada en algunos puntos. Se ve desde luego que en el *pitiriasis* la lesión anatómica que la determina, aunque análoga á la del *psoriasis*, es más superficial y tal vez más aguda y extensa; y por el contrario más profunda y más limitada y crónica en el *psoriasis*.

Para nosotros en cada pápula *psoriásica* hay una irritación hiperplásica crónica de la capa superficial del dermis y del cuerpo mucoso que la cubre; pero la limitación y cronicidad del mal y su formación espontánea es difícil de explicar filosóficamente.

En los *psoriasis* provocados por la presión continuada, puede explicarse por esta misma y de un modo satisfactorio la descamación y el infarto inferior, menor seguramente que en los *psoriasis* espontáneos; pero ¿qué hace el resaca ó el herpetismo, qué sustancias reúne á diversas y separados puntos de la piel, para determinar en ellos esas lesiones tan especiales que constituyen el *psoriasis guttata* ó el *punctata*? ¿Por qué desaparecen y se reproducen? ¿Por qué se hacen

tan tenaces y rebeldes á todo tratamiento, cuando llevan algunos años de existencia?

No es posible explicarlo en el estado actual de nuestros conocimientos. El curso lento y casi interminable de esta dolencia, sus inevitables reproducciones bajo la misma forma elemental, su propagación ó carácter hereditario y su tendencia á la generalización, evidencian en nuestro sentir la existencia de una causa interna constitucional que la produce y la sostiene, á pesar de las ideas localizadoras de Hebra, Robinson y de otros profesores alemanes, ingleses y norteamericanos; pero el modo de obrar de esa causa (ó de esas causas, pues como véreis, son varios los estados constitucionales que determinan el *psoriasis*), está y seguirá por largo tiempo envuelto en el más profundo misterio.

No están conformes todos los autores que clasifican el *psoriasis*, atendiendo á su causa y naturaleza, en el número de especies que deben admitirse por este concepto. Willan y Bateman, Rayer, Cazenave, Devergie y el mismo Hebra que le estudian sólo como lesión ó enfermedad local, admiten en él las especies de que hemos hablado al hacer su descripción sintomática; pero Hardy, Gintrac y Bazin, difieren algo en sus juicios. Hardy le erige siempre herpético; Gintrac y Bazin admiten sólo el herpético y el reumático; muchos sifiliógrafos y algunos dermatólogos describen una especie sífilítica ó sífilide escamosa que Bazin y sus dos colegas niegan, y nadie habla del *psoriasis escrofuloso* que nosotros hemos visto repetidas veces.

Cada una de estas especies, sin embargo, tiene caracteres diferenciales bien notorios é importantes, que os daremos á conocer dentro de breves momentos, después de hacer el diagnóstico del género.

Puede confundirse el *psoriasis* con las demás lesiones escamosas (*pitiriasis* ó *ictiosis*), y con el período de descamación de las dermatosis crónicas; secas ó húmedas que por él terminan (líquen, eczema, herpes, ectima simple no ulceroso, pénfigo, impétigo, tiñas tonsurante y favosa y algunas sífilides y escrofulides pápulo ó tuberculo-escamosas). La pelagra puede también dar origen á errores de importancia en el diagnóstico del *psoriasis*.

El *pitiriasis* le distinguireis fácilmente por su descamación furfurácea y nada adherente á la placa blanca ó roja, aunque nunca elevada sobre que descansa. Sólo en un caso puede ser difícil este diagnóstico, y es cuando la afección ocupa la piel del cráneo, y más si ambas lesiones cutáneas se mezclan en esta región como sucedía en el enfermo, representado en la sección de dermatosis herpéticas de nuestro Atlas; pero aun en caso tan raro, casi á simple vista se percibe la mezcla de escamas grandes nacaradas y adherentes con las pequeñas y furfuráceas que podéis ver en la frente del sujeto referido. En el *pitiriasis*, además, no hay la pápula ó infarto dérmico subyacente propio del *psoriasis*, y rara





un distinguido tipógrafo español. Ocupaba el mal toda la mano derecha, y había sido tratado durante varios años por Bazin, Hardy, Cazenave y otros dermatólogos franceses. Un discípulo que estaba á la sazón presente creyó que se trataba de una pelagra, hasta que fijándose bien en los antecedentes y en la salud habitual del sujeto, se convenció de su error.

Con efecto, obligando al paciente á suprimir los tópicos que empleaba, vimos á los veinte días cubierta su mano de las escamas blancas características, tan diferentes de la descamación crustácea y negraza de la pelagra.

El pronóstico del psoriasis es muy variable. Influye en él la naturaleza, ó lo que es lo mismo, la especie morbosa; pero limitándonos al género, ó hablando de una manera general, puede decirse que la enfermedad, aunque en su origen produzca escasas molestias, es grave por su tenacidad y rebeldía, por su carácter hereditario, por su tendencia á la reproducción ó á la generalización, por las enfermedades constitucionales de que forma parte ó indica en la piel, y por sus conexiones con lesiones profundas ó viscerales, determinadas por la misma causa á que ella debe su existencia.

Dejad á un psoriasis herpético abandonado á su curso natural y le veréis erocer cada año en sus nuevos brotes hasta cubrir toda la superficie del cuerpo. Tal vez tarde en conseguirlo 15 ó 20 años; pero si en esta época queréis combatir el inveterado padecimiento, veréis la completa ineficacia del tratamiento.

La edad, pues, del psoriasis, y la mayor ó menor extensión que tenga, son dos datos muy esenciales para aquilatar la gravedad del pronóstico. Un psoriasis muy antiguo cura con mucha dificultad. Un psoriasis inveterado y además muy extenso ó generalizado no se cura, porque ántes de que hayais podido limpiar de escamas toda la piel, con los poderosos recursos que para ello tenemos, aparece un nuevo brote, ó el herpetismo visceral se encarga de matar al enfermo.

Cúsanos tanta extrañeza ver que todos los trabajos modernos de los dermatólogos ingleses, alemanes y norteamericanos tienden á localizar de una manera absoluta el psoriasis, desligándole de toda causa ó enfermedad constitucional, que nos parece imposible que sean clínicos. Para ellos nada indica su tenacidad, su herencia, su tendencia á la generalización, su desaparición, ni sus reproducciones en brotes cada vez más extensos y tenaces. Para ellos nada dice el que la muerte de los psoriásicos se verifique siempre, cuando no hay otra enfermedad grave intercurrente, por el catarro bronquial crónico y la cirrosis hepática. Nada de esto tiene relación con lo otro. Y sin embargo, nosotros lo hemos anunciado infinitas veces á los alumnos, y en numerosos casos han podido comprobarlo. Nos referimos en este momento al psoriasis que hemos llamado herpético, que es el más frecuente; pero en los de otra índole, sus relaciones de

curso y de causalidad con las lesiones viscerales están igualmente comprobadas por numerosos hechos. Somos apasionados por los estudios microscópicos, aplicados al conocimiento de las lesiones cutáneas; pero no quisiéramos que estos trabajos nos ofuscasen hasta el punto de no ver la verdad, que está algo más elevada que el porta-objetos del microscopio.

Los ataques asmáticos de que padecen con tanta frecuencia los psoriásicos herpéticos, efecto de ese catarro crónico enfisematoso de los pulmones, lo mismo que el asma de los psoriásicos reumáticos dependiente de las lesiones de los centros circulatorios, ya habían llamado la atención de los clínicos de la antigüedad, y á nadie que conozca algo las ideas prácticas que podemos tener del reuma y del herpetismo, le chocará que un mismo síntoma ó accidente morboso dependa de causas tan distintas. La gravedad, pues, del psoriasis, digan lo que quieran los localistas, depende de que es casi siempre manifestación de un estado constitucional, grave también, y de sus relaciones íntimas con afecciones viscerales, casi siempre incurables.

Mientras el psoriasis es limitado ó circunscrito, como no produce molestias, es leve en sí, hasta el punto de que ni el mismo enfermo le da importancia rechazando muchos remedios que le aconsejan; pero, para el médico práctico que conoce la futura gravedad de los padecimientos que han de sobrevenir, el juicio reservado que forme no ha de ser igual al del enfermo, y debe recomendarle que emplee desde luego el plan terapéutico que crea indicado.

Preséntanse varias indicaciones para combatir el psoriasis: La primera y principal, es alejar ó combatir la causa, pero como esto equivale á tratar la especie morbosa, hablaremos de ello después. La segunda, es favorecer el desprendimiento de las escamas. Y la tercera, resolver el infarto epidérmico ó la hiperplasia de la capa reticular de Malpighio que da origen á la elevación ó á la mancha roja infraescamosa.

1.ª Desprender las escamas. Cuando las escamas son grandes y antiguas pueden desprenderse á la fuerza, cogiéndolas con una pinza; pero si el mal no está en declinación muy avanzada, brota sangre en abundancia porque se desgarran los vasos sanguíneos capilares que rodean á las papilas dérmicas, los cuales están muy dilatados, alargados y anfractuados y se meten entre las capas de células de nueva formación, que produce la hiperplasia malpighiana. Además de lo brusco y rudo de este procedimiento, imposible de usar en la mayoría de los casos, no se consigue con él lo que deseamos, pues siempre quedan restos de escamas, se forman costras y se reproducen aquellas con mucha rapidez por la excitación local que hemos provocado.

Los baños generales largos y repetidos de agua clara, y mejor, de aguas alcalinas (200 gramos de bicarbonato de sosa ó de subcarbonato de potasa para cada baño general templado), y las unturas oleosas de manteca fresca, glicerina ó

aceite de almendras dulces, bastan para conseguir en pocos días este resultado; pero la verdad es que los más poderosos remedios que tenemos para conseguir el desprendimiento de las escamas son los mismos que nos han de servir para

2.º Resolver el infarto epidérmico ó la hiperplasia del cuerpo mucoso. Estos remedios son al interior los preparados arsenicales, y exteriormente, la breva, el aceite de enebro, el de abedul, la bencina, el ácido fénico, las pomadas ioduradas ó iodo-mercuriosas, las de ácido crisóico, recientemente recomendadas, y los baños minerales termales sulfurosos.

Os hablaremos, con algunos detalles, de nuestro modo de proceder con estos diversos tópicos, porque sirve mucho el *modus faciendi* para todas las cosas.

La pomada de breva (al 10 por 100 de manteca) sola ó mezclada con otro tanto de glicerina, es uno de los mejores remedios locales contra el psoriasis, lo mismo que contra todas las dermatosis húmedas, siempre que estén en declinación ó sean crónicas. Friccionando con ella todos los días las placas escamosas, se ve á los pocos que las escamas se reblandecen y desaparecen diluidas y mezcladas con la grasa al lavar la parte. Suspendiendo en este momento su aplicación, vuelve el infarto cutáneo rojo, sobre el que aquellas descansaban, algo arrugado y seco; pero á los pocos días se cubre nuevamente de escamas. Si por el contrario se insiste en la aplicación de la breva una ó dos veces al día, el infarto se va deprimiendo hasta desaparecer en 30 ó 40 días en los casos más graves, extensos y antiguos. Queda, sin embargo, la mancha, contra la cual hay que insistir en el mismo plan, porque si no se hace esto, volverá lentamente el infarto y la escama.

Los inconvenientes de este remedio son el olor fuerte y la suciedad que determina en la piel y en las ropas por su color negruzco, cosa que no importa en los hospitales, y que se disminuye mediante los baños ó las lociones aromatizadas; pero en la práctica civil es difícil hacerle aceptar por las personas de buena posición social, á no estar limitado el padecimiento á muy pocos puntos de la cubierta cutánea.

El aceite de enebro, ó como vulgarmente se llama en España, la miera, es el más poderoso de los recursos anti-escamosos; mancha menos que la pomada de breva, huele tan mal ó peor, pero se necesita menos cantidad; es un cuerpo ó sustancia líquida que debe usarse pura, sin mezcla de manteca, friccionando rudamente, con una muñequita empapada en ella, la placa escamosa, y puede aromatizarse con algunas gotas de esencia de limón ó bergamota, para obviar su mayor inconveniente.

El efecto producido por este aceite es análogo al que determina la breva, pero mucho más rápido, más eficaz, más seguro y cómodo. Generalmente prescribimos la fricción en días alternos, y damos en los intermedios fricciones de manteca ó glicerina.

El aceite de abedul, aceite esencial del Betula alba, es un tónico más agradable, pero menos eficaz que los anteriores. Debía ser en España, que es el país de los Alledales, sumamente barato, y sin embargo, ni se curten con él las pieles, como en Rusia, ni tenemos la industria de su extracción, y le traemos caro de otras partes. Su olor es parecido al de la piel de Rusia, algo más fuerte y menos agradable; es menos espeso que el aceite de enebro; mancha poco y no irrita la piel. Le aplicamos con éxito en la práctica civil, del mismo modo que la miera, en fricciones diarias sobre las placas psoriásicas, alternando con las de manteca ó glicerina, y no suspendiéndole hasta la desaparición completa de las manchas.

La bencina disuelve bien las pequeñas escamas del pitiriasis y modifica las del psoriasis con alguna mayor dificultad que los anteriores remedios; y esto, unido á su desagradable y penetrante olor, hacen que se use menos tal vez de lo que se debiera, en atención á su bajo precio.

El ácido fénico se aplica en disolución alcohólica al 10 por 100 en toques con un pincel sobre las escamas. Por este medio, las escamas no se disuelven, sino que, por el contrario, se endurecen, y por el pronto parecen más adheridas, pero al cabo de 15 ó 20 días caen enteras, dejando ver el infarto cutáneo inferior mejorado. Insistiendo en los toques fenicados se consigue también á los dos ó tres meses ver curada la enfermedad, si es que nuevos brotes no aparecen en otros puntos. Si los toques han sido muy repetidos y poco cuidadosos, la piel que rodea las escamas se irrita ó inflama, lo cual es bueno para la eliminación epidérmica si no pasa de ciertos límites. Es probable que la glicerina fenicada al mismo grado de concentración, dé mejores resultados que la solución alcohólica.

La tintura de iodo en toques y las pomadas de iodo, ó de iodo mercurioso (del 3 al 4 por 100 de concentración) prestan servicio útil en el tratamiento del psoriasis, cuando no han dado resultado, ó cuando no han podido usarse los tópicos anticholes.

Hay un remedio tónico y de acción general al mismo tiempo que satisface mucho á los enfermos y que debemos prescribirle en el verano, ó en la primavera y otoño, si hay estaciones balnearias abiertas. Nos referimos á los baños minerales sulfurosos termales, de alguna fuerza y concentración. En España las aguas de Archa y de Ledesma pueden servir de tipo, y nosotros podemos además recomendar las de Paracuellos de Giloca, por el buen resultado que hemos visto en numerosos enfermos psoriásicos.

Todos los medicamentos referidos y los baños termales sulfurosos tienen una acción excitante y á la par resolutive. Disminúyese por su acción el calibre de los gruesos vasos capilares que serpean por entre las papilas cutáneas, atrofíanse las células malpighianas excedentes y de nueva forma-



ción, y activándose la nutrición, y por consiguiente la absorción de la parte afectada, desaparece por ella la hiperplasia interpapilar malpighiana, que es la causa del infarto cutáneo y la hiperplasia exterior ó suprapapilar que es la escama.

Hay un momento en el curso del mal, durante el cual deben suspenderse todas estas medicaciones, y es cuando se ha determinado por la excitación medicinal una inflamación erisipelatosa circundante, pues de insistir nos expondríamos al flemón difuso. Moderando esta fluxión con los polvos euolientes, se vuelve cuando ha pasado á la medicación excitante.

Hemos hablado del arsénico como remedio interno, siempre conveniente en el psoriasis. Con efecto; cualquiera que sea su especie, lo mismo que sea herpético que reumático ó escrofuloso, los preparados arsenicales ayudan mucho á la acción de los tópicos, y deben darse á dosis algo elevadas, aunque subiendo á ellas gradualmente de la manera que ya sabeis por la Terapéutica y por las lecciones de Dermatología general.

Restáanos, para concluir el estudio del psoriasis, ver qué número de especies pueden admitirse, caracterizarlas y diferenciarlas entre sí, apreciando las modificaciones que la especie puede inducir en el pronóstico y tratamiento de las mismas, y exponeros para fin de lección lo que pensamos acerca del psoriasis agudo ó pseudo-exantemático, bautizado recientemente con el nombre de *Herpétide maligna exfoliativa*.

El psoriasis, herpes escamoso y furfuráceo de Alibert, tenía para Willan y Batteman, como hace poco os decíamos, todas las especies de forma y de sitio que os hemos descrito al principio de la lección, y algunas más que admitieron por error de diagnóstico. Las especies guttata, difusa, girata, inveterata y lepra vulgar que crearon, son las mismas que hoy se admiten en las variedades de forma; pero la *alphoides* no es más que un psoriasis anular, de escamas delgadas, tal vez un herpes circinado ó una sífilide, y la *nigricans*, de un color lívido, agrietada y con exudación, es seguramente una sífilide. Las especies de sitio que describen los fundadores de la escuela inglesa, son cinco: labial, palmar, oftálmica, prepuclal y escrotal. No discutiremos más la cuestión ya sabida de que para nosotros estas modificaciones de forma no constituyen especies, y ocupándonos de los dermatólogos de la escuela etiológica, os diremos que para Hardy el psoriasis es siempre herpético; para Gintre, herpético ó reumático, y para Bazin, artificial, herpético ó reumático.

Nosotros creemos que pueden admitirse dos especies subagudas, artificial y pseudo-exantemático, y cinco crónicas, herpético, reumático, sífilítico, escrofuloso y leproso.

1.º *Psoriasis artificial*.—Es el que veceis ó habreis tenido los jinetes cuando aprendais equitación, ocupando las nalgas y principalmente las regiones internas de ambas rodillas, por el choque ó el roce que sufren estas partes en los

que no saben montar bien á caballo, ó en los que montan mucho: es el callo superficial, que en ciertas profesiones ú oficios se presenta en las manos, en las plantas, etc., y que sólo se diferencia del tilosis ó verdadero callo, en que éste profundiza más en el dermis. Sus escamas son adherentes al principio, pero al desaparecer la causa, se despegan y caen por sí solas, ó con simples lociones acuosas. No son nacaradas y brillantes, sino por el contrario, mates, cenicientas ú oscuras; se hacen polvo con mucha facilidad, no se presentan en los codos, sitio predilecto del herpetismo, pero en las beatas que están mucho tiempo de rodillas, se presentan en éstas con gran infarto cutáneo. En los primeros días de su formación hay picazon y escozor en la parte, después todo cede, y al desaparecer por tiempo suficiente la causa productora, se abuecan, como hemos ya dicho, las escamas, se desprenden y la parte afecta queda sana y sin cicatriz ni lesión consecutiva de ninguna especie.

2.º *Psoriasis herpético*.—Es el que veceis con más frecuencia, crónico desde el principio, presentándose por una impresión moral ó sin causa conocida en los codos y diseminado en algunos otros puntos del cuerpo, desapareciendo en el otoño ó en el invierno para presentarse en la primavera ó primaveras siguientes. Sus brotes anuales son cada vez más extensos y también más tenaces, hasta que llega uno mayor que se hace perenne ó permanente. Desde esta época, los brotes nuevos vienen á llenar los vacíos que el psoriasis fijo ha dejado libres, y la erupción se generaliza hasta cubrir toda la piel. Este psoriasis no pica mucho, pero sí algo en los últimos brotes ó en las localizaciones del escroto, pene, párpados y regiones pilosas. Sus escamas son típicas, blanco-nacaradas y brillantes, y el color del infarto epidémico de un rojo puro intenso. Suele empezar por las formas *punctata* y *guttata*, haciéndose difuso ó irregular en los últimos periodos, con mezcla de anillos de lepra vulgar ó psoriasis circinada y de todas las demás variedades de aspecto que hemos descrito anteriormente. En cada nuevo brote puede apreciarse la simetría característica de las herpétides, es decir, que si sale una placa escamosa en un brazo, al mismo tiempo ó poco después saldrá otra parecida en el opuesto.

Acompaña á este psoriasis en sus primeros brotes la salud más completa; pero anulando el tiempo y suponiendo que el enfermo deje el mal á su curso natural ó espontáneo, sin tratamiento alguno, veceis sobrevenir catarras allos, laringeos ó bronquiales, granulaciones faríngeas con picazon y sin infarto de la mucosa, neuralgias rebeldes de tipo intermitente ó anómalo, faciales ó intercostales, ataques de asma esencial, llamado nervioso, porque no se encuentra aún lesión pulmonal ó cardíaca suficiente para poder explicarle, y tal vez fenómenos de excitación meníngea ó de ligera manía con distracción ó con delirio infebil. Más tarde, el catarro se hace broncorreico ó muy exudativo, las vesículas se dilatan, el enfise-

ma se fragua, dando lugar á fatiga y ataques de asma sintomático de él ó de una atrofia ó degeneración grasosa del corazón; el hígado se atrofia y endurece y el enfermo muere, nunca hinchado, sino marasmático y aniquilado por la diarrea y por la falta de oxigenación de su sangre. ¡Hasta pocas horas después de su muerte no desaparece el psoriasis que ha llevado fijo en su piel 15 ó 20 años! Cuando veais, pues, un psoriasis con los caracteres y con el curso explicado, es decir, con reproducciones anuales cada vez mayores, fijeza y generalización después y cohorte mortosa como la referida, diagnosticad un psoriasis herpético, anunciad el curso que tendrá y su gravedad futura, y aconsejad el tratamiento urgente para detener su total evolución, cosa que no es fácil, y que exige en el médico una gran constancia y en el enfermo mucha fe. En esta especie de psoriasis es en la que el arsénico puede dar más resultados, ayudado tópicamente por el aceite de enebro ó la hrea; pero no creáis curar el mal, si la afección lleva muchos años y está generalizada. Creednos; os engañan los autores alemanos ó ingleses que esto os aseguren; pues aunque deis los arsenicales á elevadas dosis y empleéis todos los tópicos que ellos os digan, sólo conseguiréis detener algo el crecimiento del mal, hacer que sus brotes no sean mayores; pero éstos seguirán presentándose, tal vez antes de conseguir la curación de los ya existentes. En sus primeros brotes es cuando podréis conseguir curar el mal, haciendo tomar al enfermo, no durante meses, sino durante años, el arseniato de hierro, el de sosa, potasa ó amoníaco, empezando por pequeñas dosis, y subiendo gradualmente hasta dosis muy elevadas. En algunos enfermos hemos empezado por un dorazo de grano (4 miligramos) á cada comida, y lentamente subiendo hemos llegado á dar cuatro y cinco granos (20 ó 25 centigramos) dos veces al día del arseniato de hierro. En el de sosa y amoníaco no es posible, sin daño, llegar á estas dosis; pero empezando por un vigésimo de grano (2 miligramos), hemos curado en algunos enfermos á dos y tres granos en las 24 horas (10 á 15 centigramos).

No olvidéis nunca en el tratamiento por los arsenicales: 1.º, el darlos con la comida, porque son más tolerados y pueden darse á mayor dosis, sin que por su mezcla con los alimentos pierdan su eficacia; 2.º, suspenderlos cada mes y medio ó dos meses durante una ó dos semanas; 3.º, cambiar de preparado arsenical de vez en cuando.

La hrea y los balsámicos al interior pueden combinarse en el tratamiento del psoriasis, cuando le acompaña el catarro; pero si la afección profunda coincidente es ya visceral ó parenquimatosa, usad la quinina, el ácido fénico ó la cicuta, y combatid los síntomas de la fatiga con los revulsivos y el bromuro de potasio, la diarrea con el bismuto á dosis altas, etcétera, etc.

3.º *Psoriasis reumático*.—El carácter más notable del psoriasis reumático es su localización y su fijeza en uno ó

varios puntos. Puede empezar como el herpético, por brotes, que desaparecen y se reproducen; pero en este caso los brotes aparecen en otoño ó invierno, á consecuencia de humedades ó enfriamientos, y el mal se quita en verano. Lo común es que quede pronto fijo en los puntos de su elección, aunque mejorándose en el verano, ó con el abrigo y el sudor provocado y teniendo larga duración (tres, cuatro y á veces diez ó doce años) en la misma localidad.

Sus sitios de predilección son las regiones pilosas, las genitales, las palmares y las plantares. Cuando veais un psoriasis fijo y localizado por muchos años en cualquiera de estos puntos, asegurad su naturaleza reumática; preceded el reumatismo visceral ó articular, que tarde ó temprano vendrá, y aconsejad su tratamiento preventivo, que puede á la vez ser curativo del psoriasis que observais y sois llamados á combatir.

El psoriasis reumático no empieza como el herpético, por los codos, y rara vez le vereis en ellos; cuando no se presenta en sus sitios de elección mencionados, ocupa el tronco, es decir, puntos limitados de la espalda, pecho, vientre, y regiones lumbares, y en este caso, su forma es especial y muy característica.

Aparecen placas numulares, del tamaño y forma de un duro ó de un escudo, poco elevadas y de un color rojo violado, que se cubren completamente de una escama blanca y agrietada, tan adherente á inmóvil en su curso, que se eterniza en su período de estado, sin declinar ni extenderse en mucho tiempo; pero por sus grietas suele exudarse alguna humedad, y entonces hay, como dice Bazin, picazon de picotazos, siendo fácil confundir el mal con un eczema, ó mezclándose con él positivamente, dando lugar al eczema psoriasiforme reumático.

Si el mal ocupa la cabeza, los genitales, ó las regiones palmares y plantares (generalmente de un solo lado) el color rojo del infarto epidérmico es muy subido, las escamas son muy grandes, también con grietas exudativas, y dan lugar, según la región, no sólo á picazones fuertes, sino á todos los síntomas anteriormente descritos en el estudio de las variedades de sitio.

Al revés de lo que pasa con el psoriasis herpético, el que ahora nos ocupa no tiende á generalizarse, y desaparece espontáneamente cuando menos se espera, según avanza el reumatismo visceral (cardíaco ó pulmonal); ó cuando se presenta un ataque agudo de reumatismo poliarticular. Observad, señores, y permitidme que insista en esta idea fundamental, que las dermatosis reumáticas preceden siempre, á veces durante muchos años, á los reumatismos articulares, musculares, fibrosos y viscerales; de modo que si esperáis llegar á diagnosticarlas por los antecedentes reumáticos de sujeto, os llevaréis chasco. Por el contrario, la presencia de una artritis ó reumátide, y sobre todo del psoriasis, os

BOYD'S PARTY.

47



puede autorizar para decir al enfermo que tendrá reumatismos más adelante, y probablemente afecciones del endocardio.

No echéis tampoco en olvido otra circunstancia importantísima, y es, que ese psoriasis tan tenaz que se burla del aceite de enebro y de la breu, desaparece espontáneamente, poco antes ó al mismo tiempo de iniciarse un reumatismo más profundo, y lo que es más curioso, ya no vuelve á presentarse, ni en la convalecencia, ni durante todo el resto de la vida del enfermo. ¿Comprendéis la importancia clínica de este signo pronóstico? Por lo demás, no debe extrañaros que las erupciones reumáticas se presenten (excepción hecha del pródigo) antes que las afecciones reumáticas profundas.

También las sífilides se presentan antes que las gomas de los huesos ó del hígado, las escrofulides antes que las osteitis, que las caries y que la escrófula visceral; las herpéticas antes que el catarro broncórico y la cirrosis hepática, etc., etc. Sólo la falta de costumbre, ó el no pensar á fondo en este asunto, puede hacer que se presuma otra cosa, creyendo que el reumatismo ha de tener en la piel sus últimas manifestaciones, cuando los demás estados constitucionales, entre los cuales incluimos la lepra y la pelagra, además de los dichos, dan siempre en la piel comienzo á sus manifestaciones sintomáticas.

A veces, antes de que desaparezca totalmente el psoriasis reumático, se inician ya las afecciones del endocardio, lenta y misteriosamente formadas, y vienen como consecuencia el catarro pulmonal, que tiene más de congestivo que de exudativo, el edema pulmonal y los accesos asmáticos consecutivos, la albuminuria y la anasarca. Es decir, que hasta en el modo de morir podeis diferenciar al sujeto herpético del reumático; sobre todo, si la manifestación cutánea ha sido un psoriasis. El herpético muere generalmente en el marasmo ó la consunción; el reumático muere hidrópico.

Ved, pues, los signos pronósticos que podeis sacar del estudio de esta especie morbosa: 1.ª Su larga duración ó su fijeza en un punto durante muchos años. 2.ª Su desaparición espontánea y brusca que debe haceros temer una retropulsión ó una revulsión interna, por efecto de un padecimiento visceral de la misma índole, muy grave siempre. 3.ª La seguridad de que no volverá cuando desaparece, espontáneamente ó por estas causas, lo cual indica su curación como lesión cutánea, pero al mismo tiempo os obligará á indicar vuestros temores al paciente por su enfermedad principal.

Respecto á las indicaciones que se presentan, os diremos lo que ya de seguro habeis pensado todos. La afección cutánea importa poco; lo que hay que evitar es el reumatismo visceral ó articular que amenaza, ó la litiasis y todas las demás afecciones calculosas que tan ligadas están con el reumatismo gotoso.

En su principio las aguas minerales alcalinas pueden con-

seguir este resultado. Si no es época de baños, podeis recomendarlos en casa, templados, y contenido en disolución cuatro ó seis onzas de bicarbonato de sosa ó subcarbonato de potasa, y al interior el agua de Vichy ó el mismo bicarbonato de sosa en cantidad de una, dos y tres dracmas al día. Pero si el psoriasis lleva algunos años de existencia, no suelen bastar estos remedios, y tendreis que apelar al nitrato potásico, al cólico, y mejor, al iodo ó los ioduros de hierro y de potasio.

El ácido salicílico y los salicilatos deben dejarse para el reumatismo agudo articular ó cardíaco, único momento del reumatismo en que son de indudable utilidad. Los tópicos que suelen sentar mejor en esta especie de psoriasis, son las pomadas alcalinas de subcarbonato de potasa ó de sosa, las de iodo, ioduro y bromuro potásico, todas al diez por ciento de concentracion, y las lociones de las mismas sustancias al dos ó tres por ciento.

4.ª *Psoriasis escrofuloso*.—Se parece mucho al reumático en su fijeza y localización; pero se diferencia en su forma y en los caracteres de las escamas. En realidad este psoriasis es una escrofulide tubérculo-escamosa ó un lupus resolutivo. Empieza por la presentación de anchos tubérculos alineados ó colocados irregularmente formando una placa que se cubre pronto de una escama mate, la cual crece lentamente en altura, hasta llegar á veces á uno ó dos centímetros sobre el nivel de la piel, resquebrajándose entónces por varios puntos y simulando por su color y forma un pedon de yeso que se hubiese tirado blando ó recién amasado sobre la parte afectada, y que luego se hubiese secado (psoriasis yesoso).

Ninguna exudación ó humedad habeis notado en el curso del padecimiento, y sin embargo, aquel monton de yeso se os figurará á primera vista una enorme costra. Por más que tireis de ella, no podreis desprenderla; y si la partís con uñas tijeras, vereis que su interior está seco como la superficie; que su textura es laminosa y que se compone de células epidérmicas córneas, separadas por espacios llenos de aire, á lo que debe atribuirse el color blanco de todas las escamas.

Los sitios de predilección del psoriasis escrofuloso son, la nariz, mejillas y labios, la frente, el borde de los párpados, el dorso de los dedos de una sola mano, la nalga, ó la corva de un solo lado.

Es raro que el psoriasis escrofuloso se presente tomando la forma redondeada ó nannular del reumático; pero si la toma, le diferenciareis fácilmente por el enorme diámetro de la placa escamosa, que llega á tener seis y siete pulgadas, y por la enorme altura y grueso de sus escamas costrosas. Además, la placa escrofulosa es única siempre, mientras que la localización reumática ocupa dos ó tres puntos de la piel.

La placa escamosa del psoriasis que describimos ni pica, ni duele, sólo molesta por su abultamiento y su frialdad; dejada á su curso espontáneo dura muchos años; suele des-

aparecer en el centro de la línea, y extenderse un poco por uno de los extremos, pero estos cambios son tan lentos, que ni el mismo paciente suele notarlos. Al cabo de algunos años empieza la declinación de este psoriasis por desprenderse espontáneamente las escamas, quedando otros tantos años ó más, las manchas rosadas y elevadas, indolentes y tan inmóviles en su curso como aquéllas.

En la actualidad tenéis, en la enfermería de mujeres, una niña de 15 años con un psoriasis escrofuloso de la nalga derecha, que data desde su lactancia, y que se halla ya sin escamas, y en este periodo de declinación ó de mancha elevada. Esta mancha es algo tuberculosa por su borde inferior, es redonda, ancha como un plato ordinario, y á pesar de un mes de las fricciones con el aceite de eucalypto, mejora poco ó nada. Apelaremos al iodo, y veréis algun mayor resultado, pero tan lento, que tal vez nos obligue á emplear el tratamiento cruento del lupus; es decir, las escarificaciones múltiples.

Esta afección, más está ligada con la escrófula visceral que con las demás localizaciones de la escrófula. Siempre la acompañan adenitis blandas, pero generalmente no supuran. En cambio el catarro pulmonal ó tisis escrofulosa y la verdadera tuberculosis, llegan casi siempre á terminar la vida del paciente.

Asegurado, pues, cuando tengáis que dar vuestro juicio pronóstico en esta enfermedad: 1.ª, que durará muchos años; y 2.ª, que andando el tiempo será de temer una afección grave de pecho, que debe prevenirse con el tratamiento.

¿Necesitáis que os digamos en qué ha de consistir el plan curativo? El uso continuado y á dosis crecientes del aceite de higado de lacalao, el iódulo de hierro, el arseniato de hierro, el campo, los baños de mar, las carnes, el vino, los licores, el alcohol diluido en agua, la tintura de iodo, la tintura ó el extracto de cicuta, la hidroterapia y los baños minerales, clorurado-sódicos y sulfurosos termales, son los remedios de que podéis echar mano, alternativa ó simultáneamente, para dominar la enfermedad. El iodo y las escarificaciones ó cauterizaciones son los recursos tópicos más apropiados para contener los progresos de la lesión (1).

5.ª *Psoriasis sífilítico*.—Negado por muchos autores, y admitido por muy pocos, no vemos inconveniente en que se denomine así á las sífilides escamosas que se presentan á nuestra observación, ya en las palmas y plantas, ya en las

piernas ó en el tronco. No negamos la dificultad del diagnóstico objetivo de esta especie morbosa, puesto que todas las variedades del psoriasis, que no son sífilíticas, pueden afectar la forma circular y tienen una coloración amarillada, no pican, y su evolución es muy lenta; pero queda como medio ó recurso diagnóstico los antecedentes, la proximidad de su presentación á la desaparición del chancro indurado, las coincidencias morbosas, la posibilidad de su transformación en una sífilide ulcerosa, la poca duración del mal, su no reproducción bajo la forma escamosa, el estar las escamas, por anchas que sean, rodeadas de una areola cobriza, y el ceder con alguna prontitud al uso interno de los ioduros de mercurio.

El psoriasis sífilítico ó sífilide pápulo-escamosa de las palmas de las manos ó plantas de los pies, es un accidente secundario, distante pocos meses del chancro y posterior, aunque muy próximo á la roseola ó al liquen sífilítico. Va unido muchas veces á la íritis.

Consiste en varios bultos ó elevaciones planas y duras que se presentan en los sitios indicados, indolentes, de un color rojo-oscuro, y que se cubren de un halo parecido á una escama. Su tamaño es igual al de una lenteja, y su duración es bastante larga (dos ó tres meses), aunque se trate por los preparados mercuriales.

El psoriasis sífilítico del cuerpo se presenta en forma de anillos grandes (dos ó tres pulgadas) ó de figuras redondeadas (herraduras, eses, etc.), con las escamas muy blancas y brillantes, pero rodeadas de una areola cobriza, bastante ancha. Su sitio de predilección son las piernas.

En el atlas que acompaña á estas lecciones podéis ver un caso notable de esta especie morbosa, curada por los ioduros de mercurio, *intus et extra*, cuya erupción no se ha reproducido en esta forma elemental, aunque después hemos visto al enfermo en otra parte con dolores osteóscopos sífilíticos.

6.ª *Psoriasis leproso*.—Generalmente no se presenta en la forma tuberculosa de la elefantiasis de los griegos, sino en la forma anastésica ó maculosa, ó en las formas mixtas, que empiezan por ser maculoso-anestésicas durante varios años, y terminan por el desarrollo de grandes y anchos tubérculos sobre las manchas primitivas. La forma que adopta es la guttata, tan diseminada, que pueden contarse de una ojeada las escamas aisladas que hay en toda la piel del paciente; no son brillantes, sino blanco-sucias y de superficie desigual, y están rodeadas de grandes manchas leonadas, lividas é insensibles á la picadura de un alfiler. Ocupan, por lo común, la cara, el cuello, los antebrazos y las piernas, y suelen coincidir con el pénfigo leproso que se presenta en los primeros años de la elefantiasis. El psoriasis leproso dura pocos meses y desaparece espontáneamente para no volver á presentarse, siquiera sigan su curso evolutivo las demás lesiones propias de la lepra.

Su pronóstico es leve en sí, puesto que desaparece espon-

(1) El psoriasis elefantísico ó que se presenta en las piernas de las barbas ó elefantiasis árabe, debe considerarse como una forma del psoriasis escrofuloso. Esta afección se presenta formando un anillo alrededor de la mitad inferior de la pierna elefantísica, ó, por lo común, en una gran placa cubierta de escamas gruesas, duras, salientes de un blanco tan sucio, que llega en algunos puntos á convertirse en negro. Depende, lo mismo que el pítiriasis elefantísico, de una hiperplasia malpighiana, que coincide con dermatitis crónica ó hiperplasia constrictiva de todos los elementos de la piel, tejido celular subcutáneo, y aun de los tejidos óseo y vascular en la amígdala moribunda. Se cura, como se ha dicho, con el uso interno y externo de la tintura de iodo.



lamente y no se reproduce; pero es grave por la enfermedad que representa. Su tratamiento es innecesario por lo mismo (4).

Para concluir con el estado de las especies psoriásicas, tenemos necesidad de preguntarnos: ¿Existe un psoriasis agudo, ó pseudo-exantemático? ¿Hay motivo suficiente para poder incluir alguna vez esta lesión escamosa entre los pseudo-exantemas? Hace algunos años hubiéramos con-

tado negativamente, dando como un carácter inseparable del psoriasis la cronicidad; pero hoy, después de ver algunos casos, y sobre todo el representado en el Atlas de nuestra obra, después de ver lo que opinan algunos dermatólogos del Hospital de San Luis, y lo que recientemente han escrito algunos observadores, contestamos afirmando la existencia de una enfermedad escamosa aguda y generalizada que vamos á describir con el nombre adoptado por ellos, de

## HERPÉTIDE MALIGNA EXFOLIATRIZ PRIMITIVA

6

### PSORIASIS AGUDO Y GENERALIZADO Ó PSEUDO-EXANTEMÁTICO.

El nombre de *herpétide maligna exfoliatriz primitiva* es indica que hay otra consecutiva. Así es, en efecto, y es la más grave, la más frecuente, la que podeis ver más á menudo, siendo difícil que veais la primitiva, de la que sólo hemos podido recoger una observacion que con su lámina se ha publicado en nuestro Atlas. Consiste la *herpétide maligna exfoliatriz consecutiva* en una erupcion que cubre todo el cuerpo, formada por láminas epidérmicas delgadas, grandes, revueltas, transparentes, secas en su cara exterior, algo húmedas en la interior, ahuecadas ó separadas en algunos puntos de la piel roja, inflamada y ligeramente exudativa, sobre la que descansan en otros, y acompañada de fenómenos graves procedentes del enflaquecimiento, la fiebre lenta y el marasmo á que rápidamente conduce esta enfermedad. Esta forma del mal que describimos es una trasformacion de un eczema, de un pénfigo, de un psoriasis ó pitiriasis que el enfermo tiene á la sazón, y del cual ha tenido anteriormente brotes repetidos, pero que de pronto pierde sus lesiones elementales y consecutivas características, y por una sub-inflamacion general del cuerpo mucoso se determina la hiperplasia epidérmica extensa y rapidísima. Mediante ella, las escamas antiguas ¡del día anterior! caen y son reemplazadas por otras nuevas; y esta pér-

dida enorme de tejido epidérmico no se limita á veces á la piel, sino que se propaga á las mucosas, y principalmente á la del tubo intestinal. De aquí la inapetencia, la mala digestion, la diarrea, la peor nutricion, el enflaquecimiento y todos los demás síntomas que conducen á una rápida muerte. Esta forma del mal, llamada consecutiva, es seguramente una manifestacion del herpetismo.

Pero la forma primitiva puede ser simplemente un psoriasis agudo ó pseudo-exantemático generalizado, especie rarísima, y de la cual habeis visto recientemente un caso en la enfermería. Empieza el mal con prodromos ó sin ellos, á veces con ligera fiebre ó movimiento de pulso como el de un resfriado, y aparecen en varios puntos placas rojas y elevadas que se cubren inmediatamente de escamas blancas y adherentes; en los dias inmediatos salen otras y otras, hasta que en quince, veinte dias ó un mes, se cubre todo el cuerpo. Para esta época las escamas se han hecho más sueltas, se han ahuecado y se van desprendiendo rápidamente, siendo reemplazadas por otras con la misma rapidez y en tanta ó mayor cantidad que en la forma consecutiva ya descrita. Sólo se diferencian éstas en la ligera humedad que hay siempre en la piel en la consecutiva; tambien se diferencian en su curso y en su resultado.

El psoriasis agudo generalizado no va acompañado de graves fenómenos internos, y si sólo de enflaquecimiento; pero tratado con baños generales amiláceos y alcalinos y con unturas de glicerina, decrece en uno ó dos meses, y termina, por fin, como en el caso que habeis visto en la enfermería.

(4) En los últimos períodos de la lepra anatómica se presenta una exfoliacion generalizada ó limitada á las extremidades, pero no es adherente ni gruesa; es lamínea, ancha, transparente y parecida á la de la *herpétide exfoliatriz*, de que hablamos despues; debajo de ella se ve la piel negruzca, seca, lamelosa, esponjosa, atendida y sin sacos del leproso ó la cicatriz blanca de alguna úlcera antigua. Este período se diferencia mucho por estas circunstancias del psoriasis *consecutivo*.

# LECCIONES

TEORICO-CLÍNICAS

## SOBRE LAS DERMATÓISIS CONSTITUCIONALES

TOMADAS TAQUIGRÁFICAMENTE

POR DOS SOCIOS DEL INSTITUTO TAQUIGRÁFICO ESPAÑOL.

1880.



MADRID:

IMPRESA DE FORTANET,

CALLE DE LA LIBERTAD, NÚM. 22.

1880.



# RECIONES

1880

SOBRE LAS DERMATOSIS CONSTITUCIONALES

TRABAJO DE LA CLINICA DE PIEL

DEL INSTITUTO DE ESTUDIOS DE LA CLINICA DE PIEL

por D. J. GARCIA GONZALEZ, Médico de la Clinica de Piel del Instituto de Estudios de la Clinica de Piel.

Madrid

1880

WALDORF

WALDORF & CO. EDITORES

1880

## ADVERTENCIA.

---

Mis muchas ocupaciones me han impedido escribir estas conferencias. Salen, pues, á la luz pública tal y como las he pronunciado, y sin la correccion necesaria; pero es probable que tengan más espontaneidad, por lo cual no he creído que debía reformarlas, faltándome tiempo para hacerlo como quisiera. Ruego á mis lectores, por consiguiente, que, más que en la forma se fijen en el fondo, y que dispensen las faltas de dición necesarias en las improvisaciones de los que ni son oradores ni pretenden serlo.

Madrid y Julio 15 de 1880.

DR. OLAVIDE.





HERPETISMO.

---

DERMATÓSIS HERPÉTICAS.



## DERMATOSIS HERPÉTICAS

### HERPÉTISMO

## LECCION PRIMERA.

Del modo como se han creado en la ciencia las enfermedades constitucionales. Su definicion. — Sus caracteres principales. — Definicion del herpetismo. — Condiciones organicas del sujeto herpético. — Descripcion del herpetismo en su forma-tipo. — Primer periodo ó cutáneo-mucoso agudo. — Segundo periodo ó cutáneo-mucoso crónico circunscrito. — Tercer periodo ó cutáneo-mucoso crónico generalizado. — Cuarto periodo ó visceral. — Forma maligna del herpetismo. — Descripcion de la herpétida maligna exfoliativa. — Sus dos formas ó especies primitiva y consecutiva. — Forma benigna del herpetismo. — Forma anómala. — Forma mixta. — Diagnostico del herpetismo. — Herpétides cutáneas. — Sus caracteres positivos, picaña, simetría, reaccion alcalina, unidad de forma elemental, igualdad de la forma en las reproducciones ó nuevos brotes, superficialidad de las lesiones. — Sus caracteres negativos, falta de infarto cutáneo, de adenopatías, de disorrea, de tuberculos, de neoplasias, de cicatrices, de color cobrizo, de anestesia, etc. — Herpétides mucosas. — Sus caracteres y diagnostico. — Herpetismo verrucoso. — Neuralgias. — Visceralgias y neuritis herpéticas. — Su diagnostico. — Herpetismo visceral. — Facilidad de conocerle.

### SEÑORES:

Las enfermedades no han sido lo mismo para la ciencia en los primeros tiempos de la Historia que en la actualidad. En aquella época, cuando todavía no existía la Medicina como ciencia, ni habia médicos, comprendéis perfectamente, que el enfermo al toser, creyese que su enfermedad era la tos; al tener un dolor, creyese que la enfermedad era el dolor, sin detenerse á buscar la causa que lo determinaba; pero andando el tiempo, cuando ya se fueron recogiendo observaciones en los templos y en las tablas votivas; cuando ya la tradicion y la escritura fué acudando observaciones y juicios clinicos; cuando ya por la comparacion, por la analogia, por la induccion verdadera pudo llegarse á formar un conjunto científico, aquellas enfermedades que llamaban tos, que llamaban expectoracion, que llamaban dolor, cambiaron de denominacion y se llamaron pulmonia, se llamaron catarro, se llamaron neuralgia. La mayor parte de las enfermedades de la época de Hipócrates y de Galeno, hoy no lo son tampoco; han pasado á la categoría de síntomas, y en cambio han aparecido por los adelantos modernos ante nuestros ojos una infinidad de enfermedades nuevas, como la diabetes, la sífilis y las enfermedades parasitarias. ¿Qué pasará dentro de veinte años? Y más; ¿qué pasará, señores, dentro de veinte siglos?

Es de esperar que todo lo que hoy creemos y llamamos enfermedades no lo sean para nuestros sucesores, y sean tambien síntomas, manifestaciones de otras enfermedades.

Pues bien; con esta especie de introduccion no he querido manifestaros más sino que hay una necesidad absoluta de que conozcaís, no precisamente la historia completa de estas enfermedades que hemos llamado constitucionales, sino el modo de su evolucion dentro de la ciencia, el modo como ha cambiado el pensamiento humano al crearlas como unidades morbosas, al estudiarlas, distinguir las, clasificarlas y colocarlas en tal ó cual llave de un cuadro nosológico. Vamos á ver, pues, cómo se han creado en la ciencia todas estas enfermedades constitucionales; vamos á ver si hay motivo suficiente para considerarlas como tales, y si lo hay, examinar sus caracteres y todo lo que venga á cuento para el estudio que estamos empezando.

Si registráis los libros del Levítico, vereis, señores, un gran legislador, que crea ya para la ciencia una enfermedad verdaderamente constitucional, siquiera para él fuese enviada por el castigo del cielo. Moisés ya habla de la lepra; pero no habla más que de una especie de lepra, la lepra blanca, la lepra más mala segun él; de aquella que se pegaba á las pa-



redes, de aquella que obligaba á demoler los edificios infestados, de aquella que se contagiaba de una manera horrenda y daba lugar (por el castigo del cielo seguramente) á la destrucción de infinitud de seres.

Pasan muchos siglos: en Celso y en Aretio se encuentra la descripción de la lepra, que ya no es la que describía Moisés, sino la lepra que hoy conocemos como tal, la lepra tuberculosa; y ámbos la consideran como una enfermedad *totius astantior* que puede atacar á todos los tejidos del cuerpo humano.

Después viene la confusión: los árabes empiezan por denominar de la misma manera á otra enfermedad completamente distinta. Los médicos, como no dominaban la especialidad, porque ésta no existía, lo confundieron todo, y tanto la lepra de los griegos, como la lepra de los árabes, como la elefantiasis de los griegos, aparecen confundidas en aquella época.

Pero, después de Alibert y de los dermatólogos modernos, se ha deslindado perfectamente este terreno; ya se sabe que estas tres frases que he nombrado hace un momento, indican tres ideas completamente distintas, tres unidades morbosas diferentes, y hoy por hoy, la lepra á que me refiero, la elefantiasis de los griegos, está considerada por todos los modernos, incluso los localistas alemanes, como una enfermedad perfectamente constitucional. Faltaba un dato, el dato de la histología; este dato quería destruir todo lo antiguo, quería destruir todo lo que hoy predomina, y sin embargo, este dato ha venido á confirmar que todas las lesiones que se presentan en los diferentes órganos y en cada uno de los diferentes tejidos del cuerpo humano en la enfermedad á que me refiero, son idénticas en todos ellos, y constituyen un elemento de diagnóstico y diagnóstico cierto para conocer la enfermedad, y para considerarla como unidad morboza. Hay todavía algunos sistemáticos alemanes que quieren considerar á la lepra como una enfermedad local, y creen que una vez presentada la primera manifestación maculosa ó tuberculosa, puede generalizarse la enfermedad por metástasis, por la emigración de las células. Y qué, señores, ¿qué importa esto? ¿qué importa que las células emigren, si la enfermedad ataca todos los tejidos del cuerpo humano? Y si así nos lo enseña la histología misma, ¿no ha de ser una enfermedad constitucional? Queda, pues, la lepra incluida en esta categoría.

En aquellos mismos tiempos de Moisés á que yo me refería había multitud de enfermedades contagiosas, no precisamente de los órganos sexuales, pero sí en su mayoría localizadas en ellos, que no se sabían diagnosticar, que por el contrario formaban con la lepra una masa común, y de aquí la opinión dominante hoy día, que no se considera la lepra como contagiosa, de que aquellas afecciones venéreas y parasitarias pudieran ser la causa transmisora de aquellas otras enfermedades conocidas por los antiguos como contagiosas, sin serlo.

Esta época de confusión reinó en la ciencia hasta el si-

glo xv; pero en el siglo xv, cuando vuelve Colón á la Península, aparece una enfermedad nueva, y hay un médico español, el inmortal Villalobos, que la describe y no ciertamente como una afección local, sino siguiéndola paso á paso desde sus orígenes hasta sus últimas consecuencias, desde el chancre y después las sífilides hasta las afecciones de los tejidos más profundos, como el óseo, como el muscular, como el parénquima de las vísceras; esto mismo es lo que vemos que sucede con el curso de todas las demás afecciones constitucionales y lo que verán nuestros sucesores que sucede con las mismas que nosotros aceptamos como tales unidades morbosas. Pocos leyeron la obra de Villalobos; nadie se acordó de un médico español, y pasando la enfermedad de una manera epidémica á Francia é Italia, allí confundieron todas las manifestaciones morbosas de los órganos sexuales y no sexuales, con el nombre de venéreo, con el nombre de morbo-gálico, con el nombre de enfermedades sífilíticas.

Este período de confusión, llamado por ello confusionalista, termina en Ricord, que ya elimina de la sífilis la *blenorragia* y las *vegetaciones*, admitiendo sólo como primera manifestación de la sífilis el chancre, que aunque divide en blando y duro, lo considera sin embargo como infectante siempre. Esta doctrina unicista que ha dominado mucho tiempo y ha dado origen á la especialidad de la sifilografía, ha sido lógica y ruidamente combatida en los tiempos modernos por Rollet y otros que han dado más luz á la ciencia y han eliminado el chancre blando de las enfermedades sífilíticas; y hoy aún puede decirse que todavía domina en la ciencia el dualismo, es decir, la teoría de que la sífilis es una enfermedad constitucional, pero no el chancre blando y las demás afecciones con ella confundidas en los tiempos antiguos. La sífilis ha quedado creada como enfermedad constitucional: ¿qué importa que aparezca por contagio ó por inoculación? ello es que un sifiliógrafo puede decirnos, según el período en que está la enfermedad, seguramente en tal época vendrá tal cosa, y en tal otra, otra distinta. Tal es el estudio detallado que se ha hecho de la sífilis, que cualquiera, por pocos conocimientos que en la sifilografía tenga, puede avanzar noticias al paciente que seguramente le admiran. Ha quedado, pues, creada, admitida por la mayor parte de los patólogos como unidad morboza dentro de la ciencia, la sífilis.

Puesto que he hablado de la sífilis y de un médico español que ha sido el que la descubrió, el que la dió á conocer primero al mundo, voy á hablar en seguida de otra descubierta por otro médico español el cual también fué olvidado por todos, ó por la mayor parte de los extranjeros. ¿Quién duda, señores, de que estas enfermedades existían lo mismo en la antigüedad que en nuestros días, y si no en todas en alguna parte del mundo? y sin embargo, ello es que no se tuvo conocimiento de ellas, ello es que no se describían. Pues bien; el Dr. Casal describe hace poco tiempo, en el siglo pasado, el

mal de la rosa, enfermedad endémica en Asturias, y lo lleva á cabo con tal tino que hace ver todas las manifestaciones que sobrevienen después del *eritema pelagroso* explicando de tal modo y tan perfectamente el curso del mal, que todo el mundo, tanto extraños de aquel tiempo como contemporáneos del país comprendieron que se trataba de una enfermedad, no nueva, pero sí descrita por vez primera por el inmortal Casal.

Este ilustre médico no se atrevió á discurrir mucho sobre las causas que después se han atribuido á este padecimiento, pero pasa esta descripción á pueblos extraños, y ya estos pueblos extraños no consideran la enfermedad como constitucional, según creía Casal, sino que la consideran como un envenenamiento producido por el maíz. ¡Error, señores, pero error que ha producido multitud de libros *in folio*, sobre todo en Italia!

Afortunadamente nuestro Calmarza, otro médico español también, ha sabido probar que el maíz no es causa de la pelagra, sino que ésta es producida por la miseria, por la deficiencia de la alimentación azoadá, por la falta de ingestión de ézoe dentro del torrente circulatorio. Y como la pelagra tiene, como vereis más adelante, todos los caracteres de las enfermedades constitucionales, de aquí que yo, á pesar de las opiniones de los demás dermatólogos, la incluya entre ellas y al lado del herpesismo y de la sífilis.

Lo mismo que he hecho al hablar de estas enfermedades constitucionales podría hacer con todas las demás, pero como sería prolongar demasiado esta conferencia, me limitaré para terminar á deciros cómo se creó el herpesismo en la nosología.

En los antiguos tiempos, cada afección cutánea era una enfermedad distinta; pero, sin embargo, ya en los hipocráticos se consideraban las afecciones cutáneas como depuraciones dependientes de otras enfermedades, y avanzando siglos ya se llamó, sobre todo en nuestra España, *ricio herpético* á esta colección, á esta agrupación de dermatosis que se presentaban de una manera sucesiva en los enfermos.

Alibert fué el primero que fundó la clase que él llamó de *los dartras*; pero desgraciadamente, como sucede en las primeras obras de una especialidad, como en las primeras obras de toda ciencia, allí dominaba la confusión y admitió una infinidad de dermatosis, una infinidad de afectos, que no eran herpéticos, dentro del herpesismo. La depuración ha tenido que venir más tarde; la lucha existe todavía; la escuela francesa en sus diversas sectas, así como la alemana y la inglesa niegan el herpesismo; por esto no le hallareis en las obras de Patología; cuando más le encontrareis en Gintrac y en Bazin. Todas las obras norte-americanas, inglesas, alemanas y francesas lo niegan, lo parten y dividen en una infinidad de afecciones cutáneas que creen que no tienen relación entre sí, y

RECURRENTE PARTE.

de esta manera en mi opinión hacen retrogradar la ciencia hasta la época de los Faraones (1).

Yo tengo necesidad de venir á combatir estas ideas; pero es preciso que ántes fijemos lo que es, lo que debe entenderse por enfermedad constitucional, porque como sabéis, como habeis visto en el proceso de los hechos, de las creaciones de las enfermedades dentro de la ciencia, la mayor parte de estas denominaciones son palabras convencionales, y es preciso que á esta palabra convencional de enfermedad constitucional le demos sus caracteres, y veamos si el herpesismo puede incluirse en esa llave del cuadro nosológico. ¿Quién duda, señores, que tal vez dentro de pocos años no se considerará la sífilis como una enfermedad parasitaria, y no constitucional desde *ab initio* como en la actualidad se pretende? Pero hoy por hoy hemos de clasificar y estudiar en la ciencia, según lo demostrado, no según lo demostrable.

Pues bien, señores; yo creo que debo definir las enfermedades constitucionales, diciendo que son aquellas que teniendo un curso agudo ó crónico, pero generalmente crónico, determinan ó pueden determinar lesiones anatómicas, análogas ó idénticas en todos ó la mayor parte de los tejidos del cuerpo humano.

¿Cuáles son los caracteres de estas enfermedades constitucionales?

El primero, es la espontaneidad con que se presentan, lo pequeño de la causa externa que á veces las provoca, por la cual no se puede explicar lo que detrás viene; la insidiosidad, en fin, con que en algunas ocasiones aparecen sin que haya causa á que poderlas atribuir. Las causas que las producen son en ocasiones las que alteran, las que pueden alterar la constitución, y en otros casos, las que transmiten la constitución morbosa, es decir, que todas aquellas que pueden alterar profundamente la nutrición, como el clima, como la humedad, el frío, la alimentación son las causas más importantes de las enfermedades constitucionales; pero sobre todas ellas domina la propagación por la herencia, es decir, la causa trasmisora de la constitución de otro sujeto. Con efecto, todas las enfermedades que os he mencionado se transmiten por herencia, y si alguna se transmite por contagio, como es la sífilis, también se transmite por herencia.

El curso de todas ellas es generalmente intermitente: tie-

(1) Pensando algunas veces en los motivos científicos que pueden tener los alemanes y los ingleses para no admitir el herpesismo como una enfermedad constitucional análoga á la sífilis y á la lepra y formada por brotes sucesivos de erupciones crónicas idénticas y perfectamente caracterizadas, me he figurado si el clima de estas naciones, tan distinto del nuestro, haría que en ellas fuese poco frecuente ó modificase en modo de presentación esta enfermedad.

En los países cálidos, más tolaría que en los templados como España, el herpesismo se evidencie para todo médico observador, aunque sea inglés ó alemán, y es sensible que los autores alemanes, por un espíritu de oscuridad, más que revolucionario ó reformador, inconscientemente, se niegan á ver lo que todos los imparciales ven en la epidemiología y en el curso de ciertas erupciones crónicas y sus relaciones con otras afecciones profundas.



nen periodos de silencio y periodos de manifestacion. Estos periodos de silencio son los que más han servido para combatir la unidad morbosa; ¿pero no hay estos periodos de silencio en la fiebre intermitente? ¿Direis que son muchas las enfermedades si se presentan muchos accesos, ó direis que es una sola? Pues bien, señores; este carácter es uno de los más principales de las enfermedades constitucionales: todas tienen sus periodos de silencio en que la enfermedad parece más aliviada, si no curada; pero luego se reproducen con más intensidad cada vez, hasta que terminan con la muerte ó curacion espontánea en algunos casos.

El progreso del mal sigue además un curso de fuera á dentro, de la superficie á lo profundo del organismo, es decir, que las primeras manifestaciones de toda enfermedad constitucional estarán siempre en la piel ó en las mucosas, y las últimas en los parénquimas.

Como carácter principal de las afecciones constitucionales debo tambien admitir el que pueden determinar lesiones anatómicas idénticas en los diversos tejidos orgánicos. Así veis que la lepra, la sífilis, la escrófula producen tumores formados por degeneraciones grasientas de las infiltraciones celulares, que previamente se forman, no solamente en la piel, sino en los huesos, en el tejido nervioso y en las vísceras. El herpes produce fenómenos análogos, aunque no neoplásicos en la mayor parte de los tejidos orgánicos; pero la piel de las membranas mucosas y el sistema vascular se afecta de lesiones anatómicas, ya inflamatorias, ya exudativas, cuando es posible la exudacion, lo mismo exactamente que en la piel. Esta identidad de lesiones es lo que más prueba la unidad morbosa.

La duracion de las afecciones constitucionales es sumamente larga: pueden durar todas ellas veinte ó treinta años, segun la malignidad ó benignidad de la forma.

Su pronóstico varia segun el periodo del mal: hay algunas que son perfectamente incurables desde sus primeros momentos, como la lepra, y otras que son curables, como sucede con todas las demás en su primer periodo: ya son muy difíciles de curar en el segundo, incurables en el tercero, mortales siempre en el cuarto.

Es inútil que busqueis un tratamiento agudo para las enfermedades constitucionales; no conseguireis nada. La misma sífilis si quereis tratarla sólo por las fumigaciones mercuriales, nunca la supelintareis; por de pronto parece que la dominais, pero si abandonais el tratamiento y os creéis seguros, la enfermedad seguirá su curso, y después de un largo periodo de silencio, arrebatará la vida del enfermo. Todas necesitan para su curacion un tratamiento tan lento como constante.

Ahora bien, señores; si todos estos caracteres pueden adjudicarse á las enfermedades constitucionales, ¿los tiene el herpes? Yo creo que sí, pero vosotros vais á verlo dentro de un momento.

¿Qué es el herpes?—Es una enfermedad constitucional, de curso siempre crónico, no contagiosa ni inoculable, que se trasmite sin embargo por herencia, no sólo de la enfermedad, sino en muchos casos hasta de la lesion anatómica, y que se manifiesta en la piel por erupciones nunca neoplásicas, nunca tuberculosas, nunca ulcerosas (y fijas bien en estas frases), sino exudativas, inflamatorias, ó maculosas, que son simétricas, que pican mucho, y que dan reaccion alcalina si son húmedas; en las mucosas por manifestaciones tambien eruptivas parecidas á las que se presentan en la piel y por catarros que, agudos en un principio, se hacen despues crónicos y recidivantes; en el tejido nervioso por neuralgias; neuralgias de forma intermitente que se exacerban por el calor; en el tejido visceral por lesiones aún no bien estudiadas, no bien determinadas pero que generalmente producen la atrofia ó la degeneracion cancerosa.

Tal es la definicion descriptiva y larga, por consiguiente, que he creido deber daros del herpes. Pero antes de entrar á describirlo, quiero presentaros al sujeto herpético que todos conocéis, que todos habeis visto.

Así como el sujeto reumático generalmente es grueso, de sistema vascular muy desarrollado y sistema muscular atlético, el herpético por el contrario es flaco, es enjuto, tiene un temperamento nervioso sumamente excitable, tiene una idiosincrasia generalmente gastro-hepática. Su color es algo amarillento. Es muy sensible á las impresiones exteriores: un picotazo de un mosquito, que generalmente á otro no le hace nada, produce en él no sólo una roncha, sino muchas alrededor de donde picó. A la menor causa sale una erupcion fugaz en su piel, erupcion que desaparece, pero que por una causa tambien pequena vuelve á aparecer. De grandes pasiones, suelen ser, sin embargo, generalmente tristes y concentrados los sujetos herpéticos.

Suponed ahora que en uno de ellos va á empezar la invasion del padecimiento, y raro será que no os diga que ha tenido dolores vagos por algunos puntos de su cuerpo; dolores vagos durante dos ó tres meses, que no sabe á qué atribuir, que no necesitan grandes remedios porque no constituyen una verdadera enfermedad, pero que sí son una molestia que le fastidia.

Llega por fin en este sujeto, con estas condiciones orgánicas, la aparicion del padecimiento; llega por fin el primer periodo del mal.

Yo divido en cuatro periodos el herpes: el primero le denominaré, para que se os grave bien en la memoria, cutáneo-mucoso agudo; el segundo, cutáneo-mucoso crónico circunscrito; el tercero, cutáneo-mucoso crónico generalizado, y el cuarto visceral.

*Primer periodo.*—Aparecen de pronto en la superficie del cuerpo del sujeto herpético erupciones agudas, fugaces, que parecen pseudo-exantemáticas ó inflamatorias, que es muy

fácil confundirlas con ellas, pero que se diferencian fácilmente por su gran picazon. Pueden ser eritemas, eczemas, herpes ó impétigos, afecciones maculosas, vexiculosas ó pustulosas fugaces, cuya duracion es breve, pues nunca pasan de un mes ó mes y medio dejándolas sin tratamiento y á su evolucion natural.

Al mismo tiempo que estas erupciones se presentan en la piel, observareis de seguro en las mucosas alguna manifestacion *coincidente*, y subrayo esta frase de *coincidente* porque es muy raro que sea *alternante*. Aunque sirva de digresion os diré, señores, que se han confundido por la mayoría de los patólogos las manifestaciones herpéticas con las reumáticas; las reumáticas son las alternantes y las herpéticas las coincidentes, y como esto está en oposicion con lo que siempre habreis oido, repito que subrayo la palabra *coincidentes*.

Pues bien, al mismo tiempo, decía, que se presentan estas erupciones en la piel, se presentan erupciones fugaces en las mucosas nasales, gingivales, labiales, pero principalmente en la laringe y faringe: las faringitis y laringitis granulosas de curso fugaz y agudo que desaparecen rápidamente. coinciden casi siempre con las primeras manifestaciones herpéticas cutáneas y desaparecen cuando ellas.

Al cabo de 45 ó 20 dias, tal vez de ménos tiempo, con simples refrescos y purgantes ó derivativos al tubo intestinal, todo esto ha desaparecido y el enfermo se ofrece curado á la consideracion del médico. Pero, señores, no tardará en presentarse el *segundo periodo* de la enfermedad. Al año siguiente, por la misma época, en la primavera, aparecerá aquella misma erupcion en la misma forma elemental y ya no será aguda, sino crónica, intermitente ó recidivante. Esta erupcion que al principio fué generalizada y vaga, ahora es más circunscrita, pero todos sus fenómenos subjetivos y objetivos están mucho más marcados, principalmente los subjetivos; la picazon es irresistible, se aumenta considerablemente por las noches, con el calor y principalmente con el sudor. La simetría se presenta entonces: ya la erupcion se aparece en los dos brazos, ya en las dos piernas, á la misma altura, exactamente á la misma altura, como si dependiese, como si fuese consecuencia de una afeccion central de la médula y caminase por las mismas corrientes nerviosas á dos sitios determinados del organismo.

Esta afeccion cutánea, que puede ser un *eczema*, un liquen, un *pitiriasis* ó un *psoriasis*, ó lo que es lo mismo una erupcion vesiculosa, papulosa ó escamosa, esta erupcion cutánea, simétrica, sea la que fuere, raro es que no vaya acompañada de afecciones, de dolencias catarrales, crónicas desde un principio, pero ya más localizadas, no tan fugaces, más lentas, más difíciles de curar, pero que al fin y al cabo desaparecen lo mismo que las erupciones cutáneas.

Y viene otro periodo de silencio más ó ménos largo. ¡Ah, señores! Tal vez antes del año siguiente vuelve á aparecer la

misma cosa; la afeccion cutánea y la afeccion catarral vuelven á aparecer, pero ya son mayores, más extensas y duran mucho más tiempo. Poco importa que el catarro sea bronquial, de la vejiga de la orina, ó intestinal, es indiferente para el caso; ello es que se presentan, y de esta manera, reproduciéndose todos los años, con más violencia en ocasiones, llega el enfermo al paso del *segundo al tercer periodo* del herpetismo. Y aquí ya aparecen las neuralgias, y las neuralgias crecen y se hacen graves por la duracion que tienen generalmente; graves ó intensas, porque son dolorosas, no ceden ni á las inyecciones hipodérmicas de morfina y aunque son intermitentes tampoco ceden á la quinina. Y ¡circunstancia particular! Van acompañadas de la erupcion cutánea y de erupcion de la mucosa más próxima, es decir, que para conocerlas, para diagnosticarlas, no tenéis más que echar una mirada alrededor y vereis gran caspa en la cabeza, por ejemplo; vereis algunas erupciones que desde luego os dirán de qué naturaleza es el mal, y este es un dato muy importante para el diagnóstico; porque cuando esta neuralgia no es herpética, no hay erupcion coincidente en ninguna parte.

Ved si tiene importancia el conocimiento de estas dolencias alternantes ó coincidentes para el juicio clínico que formeis ante un dolor neuralgico, rebelde y tenaz.

Entrando el sujeto herpético en el *tercer periodo* del herpetismo, las neuralgias se hacen cada vez más rebeldes y los catarras más graves; la erupcion que es ya crónica y extensa se generaliza en la piel y membranas mucosas, estando éstas sembradas, lo mismo que la piel, de pápulas, de vesículas ó de aftas y determinando, segun cual sea la mucosa afectada, síntomas graves y casi siempre exudativos, que conducen al enfermo á un periodo consuntivo ó marasmático.

Todavía si se ataca la enfermedad por los medios racionales, puede detenerse algo la demacacion y alargar la vida; pero si el enfermo es abandonado al curso invasor del herpetismo, si se deja que siga adelante la enfermedad, vendrá el cuarto periodo ó visceral, y con él las atroflas y cirrosis del hígado ó el cáncer de las vísceras, terminando el paciente su vida por síncope, en medio de la consuncion y del marasmo llevado al último extremo; y cubierto todo su cuerpo de erupciones y de costras que dan á sus demacradas formas el aspecto más repugnante.

Tal es el curso del herpetismo en su forma tipo, como le ha visto Bazin, como le he visto yo infinitas veces, y como podeis verle vosotros y le vereis seguramente todos en el ejercicio de la profesion.

Descrito de esta manera general, y como comprendéis, señores, sumamente sintética, sumamente reducida, el herpetismo en su forma-tipo, ó forma comun, es mi obligacion decir que no siempre se presenta así: hay además una forma maligna, hay una forma benigna, hay otra forma que podría



mos llamar anómala, y otra que yo llamo mixta, que consiste en la mezcla del estado constitucional herpético con el estado constitucional sífilítico, leproso, escrofuloso ó reumático.

*Forma maligna del herpetismo.*—La forma maligna del herpetismo puede presentarse de dos modos: ó bien de una manera primitiva, brusca, ó bien de una manera algo más lenta, pero de todos modos rápida, comparada con el curso que sigue la enfermedad común, la forma-tipo. Llámase á esta forma maligna *herpétide maligna exfoliativa* por la mayor parte de los autores, incluso los médicos alemanes que no admiten el herpetismo.

Consiste, cuando es absolutamente primitiva, en el desarrollo, en la presentación de una dermatitis general, sin erupción caracterizada, sin vesículas, sin pápulas, sin pústulas, sin ampollas, pero seguida de una descamación general tan grande, que en ocasiones el enfermo pierde toda su piel en veinticuatro horas; empero al perder su epidermis y tan pronto como la pierde vuelve á reproducirse, y á la noche siguiente ya podéis ver tambien cubiertas completamente de escamas las sábanas de su cama.

Esta enfermedad, que en los primeros días de su presentación parece estar limitada exclusivamente á la piel, conforme va avanzando el tiempo os encontrareis que se ha propagado á todas las mucosas, porque en todas ellas se presentan fenómenos análogos, y no digo idénticos, porque no es posible que se produzcan en la mucosa la exudación y las escamas que se producen en la piel; pero en cambio aumenta de tal manera y se generaliza tanto su inflamación, que á poco observareis en todos los enfermos de herpétide exfoliativa fiebres sintomáticas de catarrós bronquiales ó intestinales gravísimas y mortales; el enfermo está tosiendo de una manera continua y con gran broncorrea, no digiere y tiene diarreas colicativas que terminan con su vida ántes que la afección se haga visceral. En las herpétides malignas exfoliativas primitivas la vida dura muy pocos meses; no es lo común, sin embargo, que la forma maligna del herpetismo, que la herpétide maligna exfoliativa se presente de pronto como la primera manifestación; pero sí es muy frecuente que en casos de organismos mal constituidos, débiles ó anémicos, en los que aparece el *psoriasis*, el *eczema*, el *penfigo*, etc., al cabo de algun tiempo, y cuando va á aparecer la malignidad cambie por completo la forma de la lesión anatómica, desaparezcan los eczemas, penfigos, y en fin todo, y se presente la herpétide exfoliativa con los mismos caracteres que la primitiva, en forma de dermatitis erisipelatosa, de curso crónico, con descamaciones grandes de la epidermis, con la afección catarral de los intestinos y con los otros caracteres que os expliqué anteriormente. Esta herpétide exfoliativa consecutiva conduce en la mayoría de los casos tambien al enfermo al sepulcro sin llegar al herpetismo visceral; pero si un tratamiento conveniente viene á intervenir, puede mejorarse

y retardarse considerablemente la muerte ó la afección visceral propia del herpetismo.

En oposicion, señores, á esta forma rara, sumamente rara del herpetismo, y por cierto que al acabarse esta conferencia tendré el gusto de presentaros un enfermo que la padece y que está allí esperando; en oposicion, digo, á esta forma, existe la *forma leve ó benigna*, que es la más común, que es la que tendréis ocasion de observar con frecuencia, en la cual vereis que las afecciones son hasta cierto punto tan ligeras que puede durar el enfermo muchos años, y morir al fin de otros padecimientos sin que venga el herpetismo visceral. En estos casos conoceréis la benignidad en que las reproducciones no son cada vez más extensas, sino que son parecidas á las anteriores, en que en vez de pasar un año entre sus reproducciones cutáneas ó mucosas, pasan dos, pasan tres ó cuatro, ya sin tratamiento, ya á beneficio del tratamiento, y en fin, señores, en que no se presentan, como en la forma-tipo ó en la maligna, las afecciones profundas de las membranas mucosas, ó no tienen la intensidad con que se presentan en las formas anteriores ya descritas.

Hay tambien otra *forma anómala*, pero es muy rara: es á la que recurren y la que citan la mayor parte de los médicos que no han estudiado el herpetismo, es la que más motivos da para confundir el herpetismo con el reumatismo; porque desde ahora os adelanto que el reumatismo tiene, como el herpetismo, manifestaciones cutáneas, afecciones externas tan intensas, tan graves y perniciosas en circunstancias como las que presenta el herpetismo. Pues bien; esta forma anómala puede consistir en la presentación de las afecciones mucosas herpéticas sin la prévia manifestación de las afecciones cutáneas; apareciendo, por ejemplo, las faringitis granulosas, los catarrós laringeos de naturaleza herpética ántes que se haya presentado afección alguna cutánea, como generalmente sucede.

Puede consistir tambien en el salto de la enfermedad de su primero á su tercero ó cuarto período, apareciendo las neuralgias, visceralgias ó catarrós graves poco despues de las primeras manifestaciones cutáneas, ó coincidiendo con ellas, y finalmente, podrá llamarse anómala á todo herpetismo que no siga un curso benigno y tenga anomalías en el curso tipo de sus síntomas, ó en la gravedad insólita de sus fenómenos.

Hay otra forma más común del herpetismo, en la que no piensan la mayor parte de los patólogos y que es de inmensa importancia en la práctica, y es la forma que yo llamo mixta: la mezcla del herpetismo con la sífilis, con la escrófula ó con cualquiera otra enfermedad constitucional.

Comprenderéis perfectamente, señores, que un sujeto herpético ó con manifestaciones herpéticas pueda contraer la sífilis, y de consiguiente presentarse en él todas las manifestaciones de esta enfermedad constitucional; pero lo que tal vez no sabeis, es que se mezclan de una manera tan íntima, que

las manifestaciones, los síntomas ostensibles verifican una verdadera combinacion, no una mezcla; es decir, que no se presentan alternativamente erupciones sifilíticas ó erupciones herpéticas, no, sino que en cada grano hay caracteres sifilíticos y caracteres herpéticos, y hasta tal punto llega esa combinacion, que es inútil que queráis combatirlas con remedios aislados, destruir una enfermedad primero y despues la otra: es preciso, si no queréis que empeore la una, combatirlas á un tiempo, con un tratamiento mixto, combatirlas de una manera simultánea con un tratamiento antisifilítico y antiherpético á la vez.

Esta forma mixta no puede describirse; es preciso que se ven á la cabecera del enfermo, pues segun cual sea la primera enfermedad y las condiciones del individuo, así es el curso que esta enfermedad mixta llevará.

Demasiado que comprendéis que para extenderme en todos estos detalles necesitaría mucho más tiempo del que dispongo, pero esto se podrá quedar para más adelante.

Siguiendo el estudio del herpesismo considerado de una manera general, llegamos al diagnóstico. ¿Cómo conoceremos que un enfermo que tiene una enfermedad constitucional, padece el herpesismo y no la sífilis, ó la escrófula, ó la lepra, ó cualquiera otra de las afecciones comprendidas en esta llave nosológica? Pues muy fácil, señores: os daré una regla, para que eliminéis tres ó cuatro, bien sencilla.

El herpesismo, como os dije, no es una enfermedad que dé lugar á neoplasias; por lo tanto, todas las afecciones, tanto cutáneas como mucosas, que veáis constituidas por tubérculos, por tumores, todas las afecciones que veáis que dan lugar á ulceraciones ó á cicatrices, decid que no son herpéticas.

Hay más: todas las afecciones neoplásicas van acompañadas siempre de adenopatías; el herpesismo no. No existen infartos glandulares, ni infartos ganglionares, ni á la proximidad de las afecciones, ni á distancia, á no ser, como comprenderéis, que se trate de una enfermedad mixta, en cuyo caso á vuestro juicio toca conocer á cuál enfermedad deben pertenecer: si á la escrófula, á la sífilis, á la lepra, al epiteloma ó al cáncer, que son las afecciones neoplásicas. Todas ellas van acompañadas de neoplasias, todas ellas presentan cicatrices, todas ellas quedan diferenciadas del herpesismo.

Pero hay otras afecciones que no son neoplásicas: el reuma, por ejemplo, da lugar á un producto inorgánico, el tofo, pero no va acompañado tampoco de adenopatías. Siguiendo bien el curso de estas dos enfermedades, podréis ver, respecto á las erupciones, que aunque ambas pican, precisamente las herpéticas pican con el calor, y las reumáticas con el frío; las unas se presentan en el verano y en la primavera, las otras en el invierno; las unas empeoran con el calor, las otras mejoran. Y siguiendo el curso del padecimiento, áun suponiendo las erupciones parecidas, encontraréis en el reumatismo las

afecciones propias, como los dolores articulares, los dolores musculares, las artropatías en una palabra, y finalmente, las afecciones viscerales, las lesiones del corazón; mientras que en el herpesismo no veis nada de esto, no hay afecciones de las articulaciones porque el herpesismo casi nunca ataca los tejidos fibrosos ó musculares, y su influencia termina en las afecciones de las membranas mucosas y de las vísceras, afecciones que no están bien caracterizadas, mientras que las del reumatismo lo están, ya por depósitos del ácido úrico, ya por el desarrollo excesivo del tejido vascular.

¿Y de la pelagra? ¿Cómo distinguiremos el herpesismo de esta enfermedad? Pues, señores, la pelagra está casi siempre caracterizada por una sola erupcion cutánea, por un eritema que se presenta generalmente en el dorso de las manos y que da lugar á una cicatriz, y ya os he dicho que en el herpesismo, por antiguo que sea, no hay cicatriz. Además vienen despues los fenómenos pelagrosos cerebrales ó gástricos característicos, y éstos no pueden presentarse en el herpesismo jóven, es decir, en los primeros periodos del herpesismo.

Creo, pues, fácil que sepáis el herpesismo de todas las demás afecciones constitucionales con sólo estos datos muy restringidos que acabo de ofrecer á vuestra consideracion.

Entremos ya en el estudio de los caracteres y del diagnóstico de las afecciones cutáneas de naturaleza herpética, en los caracteres y diagnóstico de las afecciones mucosas de naturaleza herpética, en el estudio de las neuralgias y de las afecciones viscerales de naturaleza herpética.

Llámanse, señores, herpétides cutáneas á todas las manifestaciones cutáneas del herpesismo, y sus caracteres son sumamente notables. Ya son positivos, ya negativos, pero tan importantes son los unos como los otros.

*Caracteres positivos de las herpétides cutáneas.*—Ya os lo dije el día anterior: la picazon es uno de los grandes caracteres de la herpétide cutánea; pero esta picazon no es la picazon de pinchazo intermitente como la de las afecciones reumáticas, no: es una picazon seguida, intolerable, sobre todo en las afecciones crónicas aunque sean fugaces, que se exacerba de una manera notable por la noche, que se empeora con acercarse al calor de una chimenea, que se aumenta en el acto de rascarse; picazon tan insufrible é intolerable, que en ocasiones, cuando la afeccion tiende á generalizarse, puede ocasionar afecciones profundas y graves en el sistema nervioso, puede ocasionar hasta la misma locura; tiene algo parecido con la picazon de la sarna, pero la picazon de la sarna casi no existe durante el día, mientras que la picazon de las herpétides cutáneas es constante, sólo que se mejora con la distraccion por el día, en donde no hay tantos motivos para tener calor ni tantos motivos para pensar en la enfermedad y rascarse.

Otro de los caracteres es la simetría: por esto, señores, en todas las láminas de la obra que estoy publicando he procu-

ENCICLOPEDIA.

IV



rado poner como carácter de expresión, por ejemplo, los dos brazos, las dos piernas, para que se vea que de una manera constante en las herpétides, la afección que se presenta en un antebrazo se presenta en el otro á la misma altura, y si se desarrolla en un brazo, se presenta también en el otro, y también generalmente á la misma altura: puede mediar un espacio de tiempo de uno, dos ó más días, pero al fin y al cabo la simetría aparece. Nada de esto pasa en las afecciones reumáticas y escrofulosas: sólo puede pasar en la sífilis cuando la afección se generaliza, y entonces claro es que estando generalizada en todas las partes del cuerpo, puede tomarse por simétrica, pero en realidad no lo es tampoco; no es más que generalizada.

Hay un carácter químico importantísimo, porque es privativo de las herpétides, y es la reacción de los papeles reactivos: todas las exudaciones de naturaleza herpética dan una reacción alcalina; y como todas las exudaciones de las demás enfermedades constitucionales dan reacción ácida, lo mismo en la sífilis que en la escrófula, lepra y reumatismo, de aquí, señores, que este carácter sirva muchísimo para el diagnóstico.

Preséntanse las herpétides cutáneas con una forma determinada; pero esta forma determinada de erupción es única: me explicaré. No hay lo que se llama polimorfía; no se presentan vesículas, pápulas y forúnculos mezclados, sino una sola lesión, una ó muchas vesículas, una ó muchas pápulas, pero no mezcladas con otras lesiones. Y este es un carácter importantísimo que diferencia el herpetismo de las otras afecciones que pican, como la sarna en que, como sabéis, se presentan mezcladas una infinidad de lesiones, ya pústulas, ya ampollas, y es un carácter verdaderamente curioso el que en la reproducción de este padecimiento, en cada caso particular las reproducciones se verifican siempre con la misma, con la mismísima forma elemental que en su primera manifestación; de manera, que si el enfermo que suponemos, tuvo su primer brote de eczema, eczemas serán todos los brotes sucesivos; si fué un líquen, líquenes serán todos los demás que se presenten hasta su llegada al último período, ó sea al período visceral.

Nunca llegan, como os he dicho anteriormente, estas erupciones á la parte profunda del dérmis ni al tejido celular subcutáneo. Se comprende bien que inflamada, por ejemplo, la capa mucosa de Malpighio, se propague la inflamación á los folículos sudoríparos y sebáceos que á ella avocan, y mediante éstas al tejido conjuntivo del dérmis. Pero no pasa de ahí; nunca llega al tejido celular. (Qué carácter, señores, tan diferencial de la sífilis y de la escrófula, que en poco tiempo llegan á lo más profundo del tejido subcutáneo!)

Pero hay además otros caracteres, que me atrevo á llamar negativos y que sirven para el diagnóstico mejor que los anteriores.

No hay adenopatías nunca en el herpetismo, es decir, que no se presentan en el exterior infartos ganglionares ni duros ni blandos.

No se presentan tampoco úlceras ni cicatrices, é insiste en esto, señores, porque generalmente vereis en muchos autores descripciones de úlceras herpéticas que no existen ni han existido, y en las clínicas os encontrareis con la descripción de úlceras puramente ideales. Es verdad que hay ulceraciones á veces en medio de las herpétides: el herpético pudo rasarse tanto, pudo colocarse sobre la erupción una sustancia cáustica tan enérgica, ó una sustancia grasosa tan poco conveniente, que sobre la erupción se desarrolle una ulceración; pero yo creo que esta ulceración debe llamarse ulceración artificial, provocada por un mal tratamiento, y prueba de ello, que en cuanto dejes aquel mal tratamiento, vereis cómo cura y no deja cicatriz, á no haber destruido una gran cantidad de tejido. Las ulceraciones herpéticas no existen, señores, no son naturales; son ulceraciones artificiales, generalmente provocadas por un tratamiento poco adecuado.

Con estos caracteres yo creo que os será fácil diagnosticar las herpétides cutáneas y distinguir las sífilides, que además de esto tienen una coloración rojo-cobrizo y una forma perfectamente circular, y cuya coloración dista tanto de la coloración normal de la piel, que disuena de una manera notable. Yo creo que las podréis distinguir perfectamente de las escrofulides, porque casi siempre son purulentas ó pustulosas, porque profundizan mucho más que las herpétides, porque no pican, y si pican es de una manera muy ligera, porque van acompañadas de adenopatías gruesas y blandas, y porque dan lugar á neoplasias más ó menos profundas andando el tiempo, que podréis perfectamente diagnosticar y conocer por el microscopio. Creo, finalmente, que la falta de anestesia, de tubérculos insensibles os bastará para no confundirlas con las leproides y la ausencia de los parásitos vegetales microscópicos para no pensar en las tiñas ó en el fito-parasitismo cutáneo.

Pasemos ya, señores, por no ser más pesados en la enumeración de los caracteres negativos de las herpétides cutáneas que son muy numerosos, al estudio de los caracteres y del diagnóstico de las herpétides mucosas; y como esto, hasta cierto punto, está fuera del terreno de mi especialidad, como esto más bien debe ser objeto del estudio de los patólogos, perdonadme, si no teniendo en este hospital tantos casos prácticos como tendrán ellos en el suyo, no puedo ser ni tan extenso, ni tan preciso en su caracterización, como he sido, en mi opinión, con las dermatosis herpéticas ó con las herpétides cutáneas.

Aquí hemos de apelar para su diagnóstico á caracteres positivos, negativos, y á caracteres de coincidencia; pero vereis también, qué fácil es, descurriendo un poco, el diagnosticar un herpetismo mucoso, y distinguirlo de otras afeccio-

nes de las membranas mucosas, de una sífilide, de una escrófulide, etc., etc., tenéis ya la mitad del camino andado si me habeis escuchado, y así á coro podríais ya decir: «Estoy seguro, la herpétide tiene estos caracteres, la sífilide tendrá estos otros y la escrófulide también tendrá estos otros.» Las herpétides mucosas del primer periodo sabéis que son sumamente fugaces; se presentan en la boca, en la nariz, en la faringe, y algunas veces en forma de dispepsias en el estómago; pero desaparecen también cuando ha desaparecido la afección cutánea coincidente en 15 ó 20 días ó un mes; generalmente los enfermos no se acuerdan de ir á consultar al médico para esto, y en realidad no les hace falta, porque la afección desaparece por sí sola. Pero cuando se trata de una afección herpética crónica en el segundo ó en el tercer periodo del herpetismo, ya los enfermos acuden á los médicos, y el médico es preciso que diagnostique si la afección de las mucosas que tiene aquel enfermo es de naturaleza herpética, como pretenden la mayor parte, si es tuberculosa, ó si es de naturaleza sífilítica, etc.

Tienen generalmente por carácter todos los herpetismos mucosos en este segundo periodo: 1.º, el ser limitados como las erupciones coincidentes de la piel; 2.º, el ir acompañados de alguna picazón, no tan sensible como en la piel; 3.º, el de determinar grandes exudaciones; es decir, que si se trata de una afección bronquial, vereis la broncorrea; si de una afección intestinal, vereis una hiperdiarria sinidisentérica; si se trata de una afección gástrica, vereis una dispepsia, en la que habrá vómitos abundantes y verdaderamente alcalinos, lo que prueba que las exudaciones internas son análogas á las exudaciones externas; por esto la dispepsia herpética se cura con los ácidos y no se cura con el bicarbonato de sosa. Cuando deis una gota de ácido clorhídrico ó de algun ácido, como aconseja Trousseau, y veis que la dispepsia desaparece, ya podeis asegurar que la afección es herpética. Además de esta exudación hay los caracteres negativos que os he dicho. Si veis, pues, un enfermo que tiene una faringitis granulosa y no hay adenopatías alrededor, ni exulceraciones considerables, y no veis tampoco que haya tubérculos grandes ó verdaderas neoplasias, podréis asegurar en vuestro diagnóstico que la afección es herpética. Si por el contrario, veis alrededor tumores ó adenopatías, decid: «Esto no es herpético, esto podrá ser sífilítico, podrá ser leproso, podrá ser escrófuloso;» por esto os decía hace un momento, que habiendo escuchado bien los caracteres del herpetismo cutáneo, y sobre todo los negativos, es decir, el no haber úlceras, ni profundidad en la lesión, etc., sabrís ó podríais presumir los caracteres de las herpétides mucosas. Las afecciones mucosas se reproducen de la misma manera que las de la piel, y así como en la sífilis y en la escrófula vereis que la primera manifestación es vesiculosa, la segunda pustulosa y la tercera ulcerosa, úlceras que ya se desarrollan sobre un te-

jido embrionario que es una verdadera neoplasia, así vereis que una manifestación faríngea herpética granulosa ó vesiculosa, se reproduce en la primavera ó en el verano siguiente con la misma forma granulosa ó vesiculosa que tuvo en su primera aparición. Ved, señores, con qué facilidad puede hacerse este diagnóstico.

Entremos en lo más difícil, en lo ménos estudiado, en las herpétides que han querido llamar nerviosas, en el estudio de las neuralgias, de las visceralgias, de las neurosis dependientes del herpetismo. De nada serviría, señores, que los médicos dijese que habia neuralgias, que habia visceralgias ó que habia neurosis dependientes del herpetismo, si no las caracterizan. En la mayoría de las obras encontraréis relaciones de hechos prácticos, de casos clínicos, en los que se habla, por ejemplo, de una epilepsia de naturaleza herpética, en los que se habla de una neuralgia de naturaleza herpética pero no os hacen su diagnóstico, no os dicen: «Es herpética por esto y esto otro;» se contentan con hablar de los coincidentes ó antecedentes del sujeto; y esto, señores, no es práctico, esto no es clínico, esto no sirve para nada.

Preséntanse en el curso del herpetismo, y generalmente en la reunión del primero y del tercer periodo, las neuralgias, y tienen como carácter principal los mismos caracteres que han tenido las herpétides cutáneas: el presentarse en primavera y en verano, en vez de presentarse en invierno; el exacerbarse con el calor, al revés de lo que sucede con las reumáticas, que se mejoran con el calor; el reproducirse siempre con la coincidencia de una afección cutánea próxima, porque no os olvidéis de que el herpetismo no desaparece de la piel nunca, aunque aparezca en el interior de nuestros órganos. Estas neuralgias tienen un carácter intermitente muy marcado, pero siempre su exacerbación es en la época en que el enfermo se abriga más, es decir, por la noche. En las neuralgias intermitentes ó en la fiebre intermitente neuralgíca no es lo común esto, como sabéis, á no ser que sean cuartanarias, sino que por el contrario, en la intermitente cotidiana sucede lo que con toda fiebre intermitente; la neuralgia viene por la mañana más bien que por la noche. Las herpétides intermitentes tienen siempre su exacerbación por la noche. Cuando veáis, pues, coincidiendo con una erupción marcadamente herpética en la piel ó en las mucosas, una neuralgia intermitente, sospechad su naturaleza herpética, sobre todo si veis que se exaspera por la noche.

Hay otro dato de tratamiento: de nada sirve para ella el sulfato de quinina, de nada sirven los antiespasmódicos; los sedantes calman aquel dolor, pero no le curan; por esto la afección sigue su curso y sólo desaparece cuando desaparece la afección cutánea coincidente y la afección mucosa coincidente; de modo que nuestro tratamiento debe dirigirse, no á la afección nerviosa, sino á la afección cutánea, á la afección mucosa, y naturalmente, á su causa general proveniente, el herpetismo.



Las visceralgias no son más que neuralgias de las vísceras; son muy comunes en el herpesismo y sobre todo en su tercer período.

La gastralgia y la enteralgia, acompañando á la dispepsia y á la diarrea, tienen los mismos, absolutamente los mismos caracteres que la neuralgia exterior cutánea; van acompañados de la herpétide mucosa, son intermitentes, se exasperan con lo que se exasperan las herpétides, ceden generalmente cuando ceden estas erupciones; es preciso, pues, atacar á estas erupciones con los medios que más adelante tendré el gusto de exponeros para dominarlas.

Respecto á las neurosis, entre las cuales las dos más importantes son la epilepsia y la locura, hay ó puede haber sus dudas acerca de si deben considerarse como afección herpética ó como afección provocada por la intensa picazon; por la gran molestia, por el no dormir nunca que acompaña al herpesismo crónico; pero, de todos modos, siempre tendrán como carácter para su diagnóstico el presentarse, lo mismo las neuralgias que las neurosis, en ciertos períodos del herpesismo. Así como en las enfermedades sífilíticas podreis anunciar cuándo han de venir las sífilides pustulo-crustáceas, cuándo han de venir los dolores osteócopos, del mismo modo podreis decir, al ver epilepsia ó locura, que es herpética si á la par existe una afección cutánea ó mucosa muy crónica y sumamente molesta para el enfermo, acompañada de una gran picazon, acompañada de gran vigilia, de gran insomnio y de la dificultad si no imposibilidad de nutrición completa. Lo más difícil todavía, señores, es el diferenciar las afecciones viscerales dependientes del herpesismo, de las afecciones viscerales dependientes de los demás afectos constitucionales ó de enfermedades localizadas; sin embargo, obsérvese siempre que el hígado del herpético es el que generalmente se afecta primero para concluir con su vida. Se comprende fácilmente que el hígado sea el afectado cuando toda la piel deja de respirar, cuando todas las membranas mucosas están ya afectadas desde el tercer período, y por consiguiente, su secreción y exudaciones muy modificadas, y como es preciso que el hígado trabaje mucho, empieza por hipertrofiarse; pero llega un momento en que con este hígado en cirrosis, en degeneración epitelial, en cáncer.

No es difícil, señores, adivinar que el cáncer sea en la ma-

yor parte de las ocasiones, por no decir en todas, herpético; habeis visto, por lo que os he dicho respecto del herpesismo, que esta enfermedad ataca casi exclusivamente la parte más superficial de la piel, la epidermis, la capa mucosa de *Malpighio*, y en este sitio es donde después han de desarrollarse tambien esas *proliferaciones celulares y epiteliales* que caracterizan al cáncer. Pero ¿cómo diferenciar estas afecciones viscerales herpéticas? ¿cómo decir en la mesa de autopsia que aquella afección es herpética y no sífilítica, ni escrofulosa, por ejemplo? Tambien lo podreis deducir por lo que he dicho. Las afecciones sífilíticas del hígado se presentan formando infiltraciones ó formando masas que se pueden apreciar perfectamente en la vida del sujeto; masas gomosas de una sustancia especial, que si no destruyen por completo el tejido del órgano, por lo ménos le *disocian* y lo esclerosan. Cuando la afección hepática es herpética, no hay absolutamente ninguna infiltración celular, no hay nada de nuevo, nada añadido, nada de neoplásico; pero no se sabe más, y no se sabe más porque la mayor parte de las veces estos enfermos no mueren en las clínicas de especialidades, sino que mueren en otros hospitales, en otras clínicas en donde no se ha seguido el curso de la enfermedad; y á éstos, señores, es á los que hay que pedir el conocimiento de la especialidad, para poder poner en relación lo que se observe en la autopsia, con la historia del padecimiento, con su diagnóstico clínico. Refiriéndose á un caso determinado, el diagnóstico puede hacerse por la coincidencia de la afección cutánea generalizada, de manera que hay muchos motivos para sospechar que la afección hepática que se presenta es herpética, cuando el individuo está en el cuarto período del herpesismo, cuando su cuerpo está todo cubierto de escamas ó de costras. Se presenta acompañando á las afecciones viscerales hepáticas ó bronquiales, una fiebre de forma lenta, intermitente, que puede servir bastante para el diagnóstico, porque la fiebre sífilítica, la fiebre leprosa y la fiebre escrofulosa tambien tienen caracteres tan especiales, que no se pueden confundir con ninguna otra.

Señores, no puedo concluir en la sesión de hoy: fáltame terminar algo del diagnóstico, y sobre todo el pronóstico, y lo más principal, el tratamiento del herpesismo. Esto será objeto de la lección próxima.

## LECCION SEGUNDA.

*Irreversible de la afección. — Diagnóstico de las formas mixtas del herpes. — Pronóstico del herpes fundado en las formas del mal, en sus períodos y en la repetición. — Pronóstico de las herpes cutáneas y mucosas. — Pronóstico del herpes nervioso y del visceral. — Tratamiento del herpes según sus períodos. — Purgantes, dilantes y baños. — Arsénico y sus preparados. — Modos de administración y dosis de los arsenicales solubles e insolubles y del ácido arsenioso. — Balsámicos, breas, jarapies. — Aguas minerales sulfúreas. — Acido fénico. — Quina. — Cienza. — Tratamiento local de las herpes cutáneas. — Brea, aceite de eucalipto, ácido fénico, crisofánico, pino-agallado. — Tratamiento local de las herpes mucosas. — Diversos astringentes. — Tratamiento local de las neurosis, neuralgias y visceralgias. — Arsénico y sedantes. — Tratamiento del herpes visceral. — Quina. — Cienza. — Tónicos ferruginosos.*

### SEÑORES:

Después de haber descrito en la primera conferencia la forma tipo del herpesismo con sus cuatro períodos, el cutáneo-mucoso agudo, el cutáneo-mucoso crónico y circunscrito, el nervioso y el visceral, recordareis que describí las restantes formas, es decir, la forma maligna, la benigna, la anómala y la mixta. La forma maligna os dije que estaba constituida para todos los patólogos por una sola enfermedad, llamada herpes maligna exfoliativa, la cual podía ser primitiva cuando se presentaba como primera manifestación y como última también del herpesismo, y consecutiva cuando se presentaba, aunque de una manera precoz, siguiendo el curso de la forma-tipo de dicha enfermedad. No sólo describí, sino que tuve ocasión de presentarlos al final de la conferencia un caso práctico de herpes maligna exfoliativa consecutiva. Hablamos después de la forma benigna, que es la más común, la que observareis frecuentemente en la práctica por su larguísima duración, en la cual las manifestaciones cutáneas se presentan de una manera más lenta y menos grave, y llegan a generalizarse muy lentamente, ó se estacionan, es decir, que el enfermo puede morir, y muere á consecuencia de otras enfermedades, sin que el herpesismo generalizado haya sido causa de la terminación de su vida. Dos palabras nada más os dije de la forma anómala, porque en realidad la forma anómala del herpesismo es sumamente rara, y consiste en la

aparición de herpesides mucosas antes de presentarse las herpesides cutáneas. No os diré muchas más acerca de las formas mixtas, que consisten en la mezcla de esta afección constitucional con el reumatismo, con la sífilis, con la escrófula y con todas las demás enfermedades que yo incluí en la llave nosológica de las constitucionales; y entrando en el diagnóstico del herpesismo, os demostré que era fácil distinguirlo de la sífilis, de la lepra, de la escrófula, del epiteloma y del cáncer, porque todas estas enfermedades constitucionales eran neoplásicas, y el herpesismo limitaba su acción á la superficie del dérmis y sobre todo al epidérmis, sin producir tubérculos, ni neoplasias en ellos. Pasé después á exponer los caracteres objetivos y subjetivos, positivos y negativos, de las herpesides cutáneas, y os dije que los caracteres positivos eran la picazón, la simetría, la reacción alcalina, la unidad de forma elemental, la reproducción bajo la misma forma elemental, la larga duración y la extensión cada vez mayor de cada brote eruptivo, y se me olvidó daros un carácter de muchísima importancia, un carácter reactivo. Las herpesides cutáneas, señores, todas ellas se exacerban con el azufre. Como caracteres negativos importantísimos cité la ausencia de la neoplasia, de las adenopatías, de la ulceración, y por consiguiente de las cicatrices; la falta del color cobrizo, la falta del infarto cutáneo periférico, la falta de la anestesia;

RECURSO. PARTE.

V



y en fin, todos los demás caracteres positivos de las otras enfermedades constitucionales. No recuerdo positivamente si entré en el diagnóstico diferencial de las herpesides cutáneas, pero quise entrar, y fácil era por los datos que di, el que hicierais el diagnóstico de una manera breve y sencilla. Una herpeside cutánea, por ejemplo, que tuviera un carácter positivo como la picazon, la simetría y la reproduccion en primavera con idéntica forma elemental, se diferenciará fácilmente de las sífilides, porque carecerá del color rojo-cobrizo de la forma circular de la reproduccion con distinta forma elemental, y andando el tiempo de las neoplasias cutáneo-mucosas y profundas que acompañan á todas las sífilides.

Se diferenciará de las escrofulides por la ausencia de los infartos periféricos que se presentan siempre al rededor de toda erupcion escrofulosa, y además por el color rojo-vinoso que caracteriza á las escrófulas cutáneas. Se diferenciará de las artritis ó reumáticas, con las cuales puede confundirse más, por los caracteres especiales de su picazon, que es de pinchazo, porque no existe en ellas la simetría que existe en las herpesides, porque se exacerban con el frío y se presentan en las épocas en que éste domina, porque es su causa generalmente la humedad y porque proceden los ataques reumáticos de depósitos *fosfáticos* ó de ácido úrico en todos los tejidos, lesion que caracteriza á todas, absolutamente á todas las manifestaciones reumáticas de la piel y de las mucosas, así como á las musculares, articulares y viscerales, entre las que colocamos la *diatesis úrica* ó la *litiasis*. Nos ocupamos tambien de las afecciones de las membranas mucosas dependientes del herpetismo, y recuerdo que os hablé de la picazon que suele acompañar á todas aquellas que se presentan en las mucosas que están en contacto con el aire, en la nariz, en la garganta, en la laringe; os dije que la exudacion grande, excesiva, era uno de los caracteres de esta herpeside mucosa, pero que uno de los más principales era la coincidencia con la afeccion cutánea; insistí sobre la coincidencia, palabra que mandé subrayar, porque precisamente es un dato diagnóstico de la mayor importancia; hablándoos de que la alternancia, por el contrario, era el signo diagnóstico diferencial más importante de las reumáticas para con cualquiera otra enfermedad constitucional. Pasé despues á dar algunos caracteres, los pocos que existen hoy conocidos, pues está muy poco estudiado el herpetismo profundo, acerca de las neuralgias, visceralgias y neurosis que se presentan en el segundo ó tercer periodo del herpetismo, y os dije que las neuralgias tenían como carácter su intermitencia, su aparicion en el verano, su mejoría ó su desaparicion con el frío en el invierno, el ser fugaces, el desaparecer de una manera brusca y repentina y el ir sobre todo acompañadas, *loco dolenti*, de la erupcion cutánea característica, signo contrario al de las neuralgias reumáticas, que se presentan cuando ha desaparecido aquella. Creo tambien haber indicado que uno de los caracteres principales

para diferenciar las visceralgias herpéticas de las sostenidas por otra causa, era esa intermitencia, esa desaparicion brusca, y sobre todo, la coincidencia, no solamente de una erupcion cutánea crónica, sino de una erupcion mucosa extensa y crónica, de modo que es muy difícil que se presente una visceralgia, una hepatalgia ó una gastralgia herpéticas, sin que haya procedido mucho tiempo ántes una dispepsia alcalina ó una diarrea largo tiempo sostenida. Llegamos ya á lo más difícil de caracterizar, á las afecciones viscerales dependientes del herpetismo, y como aquí faltan los datos, porque la mayor parte de estos enfermos fallecen en los hospitales generízales sin que su historia sea fácil de recoger por los que nos dedicamos á la especialidad, siendo muy pocos los casos de autopsia que tenemos, dejamos al tiempo la solucion del problema; pero de todos modos, os di como carácter especial para su diagnóstico el dato mismo que venís hasta aquí oyendo desde el principio de estas conferencias, el estar la afeccion cutánea y la erupcion mucosa fijas y generalizadas durante largo número de meses. Hagamos, hoy, señores, ántes de entrar en el estudio del pronóstico y del tratamiento del herpetismo, una ligera aplicacion de estos conocimientos.

Suponed que se presenta á vuestra consulta un sujeto pálido, flaco, demacrado ya, cubierto todo su cuerpo de una erupcion costrusa, que en su origen fué sin embargo de ampollas pequeñas ó de vesículas imperceptibles, que despues se llenaron de agüilla y algo de pus, y que han recubierto todo su cuerpo: preguntad antecedentes al sujeto: tal vez os dirá que hace veinte años, ó más, que se le presentaron á los lados de ambas orejas, por ejemplo, ciertos granos vesiculosos que daban agüilla, iban acompañados de gran picazon y molestia, que se exacerlaban extraordinariamente con el frote, y sobre todo con el azufre, que es lo primero que se suele mandar para esta clase de erupciones: suponed que os dice tambien que aquello desapareció al cabo de un mes, sin hacer ningun remedio, ó á pesar de los remedios ménos apropiados, y que gozó de más ó ménos perfecta salud durante dos años, al cabo de los cuales aquella erupcion que se presentó ántes al lado de ambas orejas, se desarrolló en igual forma en ambos brazos ó piernas, dando la misma exudacion serosa blanco-amarillenta, con gran picazon, exacerbiéndose por las noches y no dejándole dormir; que al cabo de tres ó cuatro meses desapareció otra vez para volver á presentarse últimamente en medio de la mejor salud y del pleno uso de todas sus funciones, salvo el abatimiento y la demacracion que se observa en el enfermo, pero siendo en su aparicion mucho más crónica, más tenaz, durando muchos más meses y acompañándose de fenómenos catarrales, si leves en las primeras erupciones, ahora tan lentos y crónicos como la afeccion cutánea. Al fin y al cabo, esta última aparicion del mal cutáneo-mucoso generalizado ha quedado fija en el enfermo; hace más de un año que la tiene, y se presenta á vosotros en un estado que voy á suponer. Todo

su cuerpo está cubierto de dicha erupción, seca en unos puntos, húmeda en otros: flaco ó *marasmático*, con tos frecuente, con expectoración abundantísima, con diarrea habitual, le pasaba medianamente, pero de pronto le ha sobrevenido dolor en la región epigástrica y en la hepática, con fiebre sin frío, pero que se exacerba por la tarde, y principalmente por la noche, aunque no pasa de los 39° y décimas á los 40°, y de 130 pulsaciones en sus épocas de recargo; que sin embargo le quita la gana de comer, le impide hacer bien la digestión y le da alguna sed: su lengua está roja, encendida, puntiaguda; palpó su vientre, y creyendo encontrar un gran abultamiento en el hígado, apenas si lo encontré por debajo de las costillas falsas. ¿De qué se trata, señores? Pues estáis delante de un herpético que está pasando del tercero al cuarto período: este sujeto, cuya fiebre se ha hecho lenta y dura ya tres ó cuatro meses, cuyas manifestaciones locales se refieren al hígado, y sin embargo allí no encontré hipertrófia ó abultamiento de ningún género; este enfermo, digo, va á tener una cirrosis, este enfermo se morirá, y encontraréis en su autopsia una afección hepática que puede ser la atrofia, la cirrosis ó una degeneración grisantea. No hace mucho tiempo que tuve en la enfermería un sujeto con parecida historia; pero con una afección cutánea distinta, un psoriasis, que principió por los codos y las rodillas, carácter principal del psoriasis herpético, que se extendió á las piernas, brazos y hombros en los siguientes brotes, y se generalizó ya por todo el cuerpo; durante el curso de todos ellos vinieron á presentarse fenómenos catarrales tan considerables, que el enfermo, cuando entró en las salas de mi cargo, tenía una broncorrea, un catarro broncorrético con enfisema pulmonar: su estómago estaba bien, las digestiones perfectas, alguna vez se presentaba la diarrea, pero no era tan continua como la broncorrea. De pronto este sujeto tuvo un ataque de asma formidable que no se podía explicar por afección cardíaca, puesto que estaban íntegros el corazón y los grandes vasos; no se oía en ellos, no se auscultaba en ellos ningún ruido anormal. Aquel asma duró sólo una hora, desapareció como por encanto antes de que pudiéramos ver al enfermo por la tarde. Este asma nervioso, porque no se puede calificar de otra cosa, atendida su brusca aparición y desaparición sin dejar señal ni lesión anatómica perceptible en los pulmones más que las que tenía anteriormente del ataque, es uno de los fenómenos que observaréis también en el herpetismo visceral.

Podría aumentar este número de ejemplos hasta lo infinito, porque al cabo de 18 ó 20 años (no los recuerdo ya) que llevo en este establecimiento, he tenido ocasión de ver en una enfermería de 420 camas, casi siempre llenas, algunos casos de herpetismo visceral, y sobre todo algunos casos que si no son de herpetismo visceral, son de afecciones profundas mucosas del herpetismo; pero me parece que sería abusar de vuestra bondad, y voy, antes de entrar en el pronóstico de

esta enfermedad, á deciros dos palabras sobre el diagnóstico de las formas mixtas.

¿Cómo diagnosticar una enfermedad constitucional múltiple? ¿cómo diagnosticar la mezcla del herpetismo con la sífilis, que es muy frecuente? ¿cómo diagnosticar la mezcla del herpetismo con el reumatismo, que es mucho más frecuente todavía? ¿cómo diagnosticar, en fin, la mezcla del herpetismo con la escrófula, que es sumamente rara? También podría citaros algunos casos prácticos, no sólo de mi ejercicio privado, sino de las clínicas, de las enfermerías, es decir, de este hospital. Ya os dije en la sesión anterior que era muy frecuente que los sujetos herpéticos contrajeran la sífilis, y que entonces las manifestaciones cutáneas que se presentaban tenían combinados, no mezclados sus caracteres; sin embargo, esta combinación no es inmediata, la mezcla es generalmente lo primero que se presenta, después aparece la combinación, y la combinación en cada grano eruptivo. Recuerdo que en una individuo, herpética de antiguo, apareció un accidente secundario de la sífilis (por el cual vino á mi sala); este accidente secundario era una sífilide papulosa y una íritis; recordando sus antecedentes, esta enferma nos dijo que anteriormente había sido herpética; excuso deciros que no la pregunté por el accidente primitivo de la sífilis, porque las mujeres siempre lo niegan; pero de todos modos, los caracteres de la erupción eran muy marcados, y su color cobrizo, su forma circular, la íritis coincidente, todo indicaba que se trataba de una sífilide; pasado poco tiempo, dos ó tres semanas, el color cobrizo se hizo menos intenso, como rosado, y cosa notable, empezó á picar la erupción: no podíamos explicarnos esta picazón en las sífilides, cuya ausencia es un carácter de los más notables, sino por la existencia de parásitos ó pseudo-parásitos en su cuerpo, ó porque se hubiera mezclado con herpetismo, y todos nos convencimos de que se trataba de un estado híbrido, herpeto-sifilítico. Esto es muy interesante para la práctica, porque viene después la medicación y no valen los tratamientos alternantes; es preciso que los remedios que se usen destruyan las dos diátesis á un tiempo y se den de una manera simultánea.

La mezcla del herpetismo con el reumatismo es mucho más común: todos los días acuden á mi Consulta enfermos con eczemas, con erupciones vesiculosas que pican mucho en varias partes de su cuerpo, algunas en los miembros, en las extremidades inferiores ó superiores; pero al lado de estas erupciones hay algunas otras en la región escrotal y en la cabeza, es decir, en las regiones pilosas. Estas últimas erupciones, aunque son de forma análoga, pican de una manera diferente, pican más por accesos, y no precisamente al estar en la cama, sino al desnudarse para meterse en ella y al levantarse para vestirse; mientras que las otras erupciones de los brazos, de las piernas y de las demás partes del cuerpo pican, por el contrario, al estar en la cama, y tienen todos



los caracteres que hemos asignado á las herpétides cutáneas. El sujeto que lleva estas erupciones en las regiones pilosas no es tan flaco como los sujetos herpéticos, es más grueso, está mejor en su exterior, tiene tal vez granos, ha tenido reminiscencias verdaderamente herpéticas, fugaces, ligeras; pero esta mezcla eruptiva es un carácter del sujeto herpeto-reumático. Veréis en sus afecciones mucosas como carácter, que son fugaces, unas veces coincidentes y otras alternantes; y es muy curioso, señores, ver cómo se combinan estas dos afecciones diatésicas y cómo neutralizan hasta la reacción de las exudaciones. Recordareis que las exudaciones de las erupciones herpéticas dan reacción alcalina, y las reumáticas reacción ácida; pues cuando existe una mezcla de ambas diatésicas no hay reacción; pasa lo mismo que con las erupciones artificiales; las erupciones provocadas tampoco dan reacción de ninguna clase. La química, como veis, sirve también para algo en el diagnóstico de las afecciones cutáneas.

Entremos ya en el pronóstico y en el tratamiento del herpetismo, considerado como unidad morbosa constitucional.

El pronóstico del herpetismo depende de su forma, depende de los periodos, depende, en fin, del modo de ser de cada una de sus manifestaciones locales. Claro es, señores, que cuando se trata de un herpetismo cuya forma es maligna, el pronóstico es grave, tan grave como breve puede ser su duración; pues que si la herpétide maligna exfoliativa es primitiva, el sujeto muere ó puede morir en pocos meses; si es consecutiva, puede tardar un año ó dos en venir la afección visceral; pero es raro que no venga antes si el tratamiento no llega á tiempo, y en estas condiciones, el enfermo muere, y muere rápidamente, como mueren todos los herpéticos, generalmente por síncope, algunas veces por asfixia, pero siempre demacrados, nunca hidrópicos, como sucede generalmente con los reumáticos.

La forma benigna en realidad es leve, puesto que casi nunca ocasiona la muerte, y fácilmente se domina por los preparados arsenicales, como por los demás preparados antiherpéticos de que os hablaré dentro de un momento.

La forma anómala puede ser muy grave, gravísima, cuando se fija en un órgano importante; pero tiene también sus remedios rápidos, rapidísimos, y podemos aspirar á modificar el curso de este herpetismo anómalo, haciendo que venga al curso normal mediante los revulsivos cutáneos.

Finalmente, las formas mixtas son mucho más graves (exceptuando la herpétide maligna exfoliativa), porque reúnen á su gravedad la gravedad de la afección constitucional á que se mezclan, y porque además dificultan de una manera considerable el tratamiento del padecimiento. Claro es que si se mezclan con una enfermedad esencialmente mortal, la cosa es eminentemente grave; pero aun dado caso de que sea la mezcla con el reumatismo, por ejemplo, que es afección constitucional curable, como una enfermedad exige un tratamiento y

otra exige otro distinto y es preciso darlos simultáneamente, el resultado se ve mucho más tarde. Tiene también otro inconveniente, á no seguirse el precepto que acabo de dar en el tratamiento. Supongamos que se trata, por ejemplo, de una herpétide sífilítica; pues si se ataca sólo la sífilis con los mercuriales, aparece el herpetismo después de la desaparición de la sífilis de una manera fulminante y gravísima, y difícilmente el arsénico puede entonces contenerle.

Pero además de depender el pronóstico de la forma del padecimiento, depende del periodo en que se encuentra, y como el pronóstico no significa sólo gravedad, sino duración y modo de terminación del mal, debo decirlos que el primer periodo del herpetismo, el periodo agudo, es sumamente leve, dura poco y es perfectamente curable; que el segundo periodo ya es sumamente largo, puede durar de 18 á 20 años y terminar, ó por la curación, ó por su paso al tercer periodo, en cuyo caso la gravedad es sumamente grande; que el tercer periodo tiene una gravedad que no se puede negar y es difícilmente curable, y que el cuarto periodo, ó visceral, siempre es mortal: podréis retrasar algo con la medicación fuerte y enérgica los progresos del padecimiento, pero al fin y al cabo el herpetismo visceral terminará por producir la muerte del sujeto.

Y ¿cuál será el pronóstico particular, localizado de cada una de las afecciones herpéticas cutáneas, mucosas, nerviosas y viscerales? Este pronóstico depende de la forma especial de la lesión anatómica ostensible; así, por ejemplo, el proceso que podemos llamar congestivo, es más leve que el inflamatorio y dura menos que el que podemos llamar hiperplásico; por eso el psoriasis y el pitiriasis son mucho más largos y más difíciles de curar que los eczemas ó impétigos, que dependen de un proceso verdaderamente inflamatorio y exudativo, y estos son mucho más graves, duran muchísimo más tiempo que las afecciones que están producidas por procesos que podríamos llamar congestivos; así es que la roseola, la urticaria, afecciones congestivas herpéticas, pueden desaparecer mucho más fácilmente á beneficio de un tratamiento adecuado, que las que son inflamatorias, como el eczema y el impétigo, ó las hiperplásicas como el psoriasis.

Hay unas afecciones cutáneas, cuyo proceso no está todavía bien estudiado, afecciones cutáneas tenidas por algunos como nerviosas y por otros también como hiperplásicas, pero que van acompañadas de una picazón horrible é intensísima. Estas tienen una gravedad y una importancia mucho mayor que todas las dichas. Me refiero al liquen crónico y al pródigo crónico que acompañan generalmente al herpetismo visceral y son las que más á menudo pueden repetirse; las que puede decirse que tienen más tenacidad, más incurabilidad, más gravedad entre las herpéticas cutáneas.

He pronunciado una palabra hace un momento que me ha recordado la repercusión, fenómeno exagerado seguramente por todos los médicos, que yo debo encerrar en sus justos

límites y que consiste en la presentación de un fenómeno insólito, de un fenómeno repentino, raro, en el curso de una afección cutánea ó cutáneo-mucosa de naturaleza herpética, fenómeno tal, que puede producir un peligro grande de la vida y hasta la misma muerte.

Comprendeis, señores, que el pronóstico se ha de modificar en las herpétides cuando éstas tengan facilidad de repercutirse, y por el contrario, han de ser mucho más leves cuando no sean repercutibles.

Los que hayan leído mi *Dermatología general* y los que me hayan oído en conferencias anteriores á las actuales, saben ya mi modo de opinar acerca de las repercusiones, limitadas á las herpétides y artrídes; pero yo debo decir ahora que es muy rara la repercusión en las manifestaciones herpéticas; que no se presenta nunca en las hiperplásicas, en el psoriasis, ni el pitiriasis, que es muy raro que se presente en el eczema y en el impétigo; que sólo se presenta, ó que sólo he observado en más de 18.000 enfermos algunos casos de repercusión en la urticaria, en el líquen y el prurigo.

¿Veis, pues, una erupción herpética que no sea urticaria crónica, que no sea líquen crónico, que no sea prurigo crónico? Pues no temáis la repercusión; pero temedla en cambio cuando veáis estas afecciones en las que domina el que podríamos llamar elemento nervioso.

Yo podría citaros algunos casos de repercusión, aunque esto es más propio de la *Dermatología general* que del momento presente; pero conste, que para determinar la gravedad, el juicio crítico que forméis en el pronóstico, debeis tener en cuenta si la herpétide, cutánea ó mucosa, es ó no repercutible, y ya sabéis que suelen ser repercutibles, según los datos que poseo, estas tres dermatosis.

*Tratamiento del herpetismo.*—Hemos de dividir también el tratamiento del herpetismo según sus periodos, porque no es, no puede ser lo mismo; indica algo diferente el primer periodo de los demás periodos de la enfermedad.

El primer periodo, como sabéis, es puramente congestivo ó ligeramente inflamatorio: si la erupción es aguda y desaparece espontáneamente, no debe tratarse en realidad de una manera crónica y lenta: bastan para tratar las afecciones cutáneas y las afecciones cutáneo-mucosas leves en este primer periodo los purgantes y derivados al tubo intestinal, los baños generales templados y los polvos de almidón á la erupción. Esta es lo primero que debeis hacer, ya consideréis á la afección como herpética, ya la mireis como una afección pseudo-exantemática ó como una afección aguda.

Pero cuando la herpétide es confirmada, cuando se ha reproducido varias veces la erupción en uno mismo ó en varios sitios, cuando, en fin, no os quede ninguna duda de que estais observando un enfermo en el segundo ó tercer periodo del herpetismo, entónces tenéis que apelar á los remedios siguientes: el primero y de más importancia, es el arsénico; el se-

gundo, el que le sigue en importancia, son todas las sustancias balsámicas, pero principalmente la breva y el ácido fénico; el tercero (lo pondré con interrogación) es el azufre; el cuarto, señores, son los tónicos y los ferruginosos.

Si el enfermo ha pasado del segundo periodo y entrado en el tercero, ó está próximo á pasar al cuarto, además de éstos, tenéis que añadir la quinina y la cicuta.

Estudiemos aisladamente cada uno de estos preparados y su modo de administración y dosis.

La mayor parte de los preparados solubles y algunos insolubles de arsénico se usan en el tratamiento del herpetismo; empezaré por ocuparme de los insolubles.

El arseniato de hierro, como insoluble, os debe merecer ménos miedo que los demás y podeis administrarlo á mucho mayores dosis. No deben servir para él de tipo la dosis que os fijaré para los demás; tiene condiciones especiales precisamente para combatir las verdaderas hiperplasias, es decir, que está mucho más indicado, por ejemplo, en el psoriasis y en el pitiriasis, que no en las afecciones inflamatorias, en el eczema ó impétigo. Tampoco sienta bien en las afecciones nerviosas, ni sirve para nada en las del primer periodo, en las congestivas. Yo acostumbro á dar el arseniato de hierro de la manera siguiente, y voy á circunscribirme un poco porque veo que la hora adelanta: empiezo á dar dosis, en las comidas generalmente, de un tercio ó un cuarto de grano, para subir sucesivamente cada dos ó tres días otro tanto, y llego como máximun á dos ó tres granos en cada comida durante mes y medio ó dos meses. Al mes, mes y medio ó dos meses, luego suspender la medicación por 15 días para reanudarla de la misma manera. Si la herpétide cutánea escamosa hiperplásica no es muy generalizada, ni muy antigua, con poco que se agudice puede este psoriasis, al cabo de uno, dos ó tres años y con sólo este tratamiento interno, mejorar y desaparecer.

Pero no olvidéis este dato curioso: la herpétide cutánea no desaparece como las demás enfermedades; crece y se extiende por brotes cada vez mayores; se va curando por brotes cada vez menores. De manera, que lo que debeis observar cuando deis el arseniato de hierro á los sujetos que padecen el psoriasis herpético, por ejemplo, es si los brotes sucesivos son menores que los anteriores, y entónces podreis juzgar de la bondad del tratamiento. No esperéis que desaparezcan de pronto, porque no es posible; desaparecerán de la manera que os digo.

Arseniatos solubles: de sosa, de amoníaco, de antimonio.—Pongo juntos estos tres arseniatos, porque su dosis es igual, porque sus indicaciones son parecidas, porque están más indicados que los restantes para las afecciones herpéticas de la piel, sean inflamatorias ó exudativas, lo mismo que para las afecciones mucosas coincidentes. El arseniato de sosa, lo mismo que el arseniato de amoníaco y el de antimonio, deben darse á las comidas para que se haga más tolerable su admi-



nistración, pero sus dosis son distintas, sumamente distintas de las del arseniato de hierro. Un grano que allí dividiais en tres ó cuatro píldoras, debéis aquí dividirlo en veinticinco, y empezar á dar una en cada comida, ascendiendo cada dos ó tres días una también por dosis hasta que lleguéis á dar poco más del grano (cinco centigramos) para las dos comidas del día. De esta manera debéis seguir, lo mismo que en el arseniato de hierro, tratando al enfermo durante mes y medio, descansando despues, volviendo á darle otra tanda, y así sucesivamente durante dos, tres ó cuatro años, todo el tiempo que sea necesario hasta que consigais dominar esta enfermedad; y conoceréis, señores, que la domináis por la sucesiva disminución de los brotes y también por la disminución sucesiva de la extension y tenacidad de las erupciones.

El ácido arsenioso y el arseniato de potasa, que son sumamente activos, y el licor que se llama de Fowler, son los tres preparados más enérgicos de arsenico; son los que deben dejarse para las afecciones más rebeldes ó internas, sobre todo de las membranas mucosas, y los que pueden llegar á ser de verdadera utilidad en el tratamiento del herpetismo visceral. Tanto uno como otro deben darse en dosis miligramáticas, mucho menores que las dosis del arseniato de sosa y amoníaco. Os pondré un tipo de comparacion: si en el arseniato de hierro dividiais el grano en tres ó cuatro píldoras y en el arseniato de sosa y de amoníaco lo dividiais en 25, en éstos debéis dividirlo en 50 y empezar á dar estas dosis con moderacion, del mismo modo que hemos hecho con aquéllos, y ascendiendo lo mismo que en los arseniats solubles anteriormente explicados, hasta una cantidad máxima de medio grano al día y en dos dosis (25 miligramos).

¿Cuántas afecciones profundas del tubo aéreo se contienen por el tratamiento del ácido arsenioso? ¿Cuántas ventajas sacan los enfermos del tratamiento arsenical dado para combatir afecciones pulmonares herpéticas perfectamente parecidas á la tuberculosis pulmonar?

Otros de los remedios importantes, importantísimos que hay contra el herpetismo, son la breva y los preparados balsámicos.

Si la breva pudiera administrarse al interior en la misma cantidad, del propio modo, señores, que la aplicamos exteriormente, yo creería perfectamente curables todas las manifestaciones del herpetismo, aunque fuesen profundas. La eficacia de la breva es tal, que parece un específico contra las dermatosis herpéticas.

Aplicad la pomada de breva á una erupcion herpética exacerbada de una manera considerable por el azufre, y se vencerá y dominará en pocos días, aunque tenga síntomas de agudeza.

De manera, que así como os dije anteriormente que uno de los síntomas positivos de las herpétidas cutáneas era el empeorarse con el azufre, podéis añadir desde este momento que otro es mejorarse con la breva.

Pero la breva, señores, interiormente se puede dar á muy poca dosis; como se pega á la superficie mucosa, como no deja digerir al estómago, como se opone á todas las exudaciones, absolutamente á todas, la membrana mucosa gástrica á la cual se adhiere no es posible que la absorba. Hay un medio grande, poderoso para tratar los herpéticos, cualquiera que sea su afeccion, con la breva, y éste es cubrir todo su cuerpo con la pomada de esta sustancia; y de esta manera se consigue el objeto deseado, puesto que la breva se absorbe por la piel de una manera considerable, hasta el punto de que se encuentra inmediatamente en la saliva, en la orina, etc.

Pero ¿cuán pocos se dejan tratar de esta manera! ¿Cuán pocos, que tienen al mismo tiempo que una afeccion cutánea una afeccion mucosa profunda, dejan que se les embadurne la piel con una sustancia que tanto mancha y tan mal olor tiene!

Yo he podido, sin embargo, tratar algun caso de herpetismo crónico, con afeccion bronquial grave, por las fricciones generales en todo el cuerpo de la pomada de breva, y puedo deciros que no me he arrepentido; y aquel mismo enfermo que ántes odiaba la pomada, la pedía algo despues, porque para él tenía la ventaja de mejorar la bronquitis al cabo de algun tiempo de respirar las emanaciones de la breva, sin la molestia de tomarla al interior, ni de tomar otros remedios repugnantes.

¿Y el azufre? Señores: creedme ó no me creáis; ofenda á alguno que me escuche ó no le ofenda; el azufre puro como sustancia administrada al interior, el azufre puro como mezclado con manteca para usos externos, no sirve en el herpetismo absolutamente para nada. Sirve, sí, para empeorar la erupcion, no solamente la erupcion cutánea, sino la erupcion mucosa. ¿Y cómo se explica entónces su crédito? Porque se han confundido bajo el nombre de herpetismo infinidad de enfermedades de naturaleza escrofulosa, de naturaleza renmática, de otras naturalezas, en fin, para las cuales el azufre es un gran remedio; pero para todas las que tienen un verdadero carácter herpético, el azufre es perfectamente inútil, digo más, es perjudicial. Por esto nunca me lo veis prescribir en la enfermería: no lo mando á los herpéticos; lo mando á los escrofulosos alguna vez, y exteriormente si se trata de una afeccion parasitaria, que se calma como por encanto.

No sucede lo mismo con el hidrógeno sulfurado, ó con algun sulfuro que se emplee á dosis tenues, porque si se trata de mayores dosis, son también inútiles. Las aguas minero-medicinales, cuando se trata de afecciones cutáneas crónicas en el tercer periodo con tendencia á pasar al cuarto periodo del herpetismo, las aguas minerales sulfuradas, y sobre todo las sulfuradas cálcicas, pueden dar un gran resultado en el tratamiento de estas afecciones, especialmente si son secas ó escamosas; pero en el momento en que se exceda el médico en dar grandes cantidades de agua sulfurada ó en aumentar la

temperatura del agua, cesa la acción benéfica, que no sé si atribuir al hidrógeno sulfurado ó al sulfuro que hay disuelto en el agua, y lo que ocurre es que se vuelve á exacerbar la erupción de una manera considerable, sin que por esto se mejore andando el tiempo la enfermedad, sino que por el contrario, viene de una manera más próxima el herpetismo visceral.

Limitad, pues, la administración del azufre á las aguas minerales sulfurosas débiles y frías: no le deis nunca puro al interior ni le recetéis tampoco en pomada para mejorar las afecciones cutáneas herpéticas, pues con otros medios conseguireis mejor resultado.

Pero, señores, al llegar el último período del herpetismo es tal la extenuación de fuerzas, la demeración, la imposibilidad de la digestión y de la nutrición, que ni los arseniatos bastan aunque se eleven mucho las dosis, ni se pueden emplear los balsámicos, y es preciso entonces apelar á la quina ó quinina y á los tónicos ferruginosos. Cuando veais amenazante la afección hepática que os describí hace algún tiempo, cuando veais estas afecciones viscerales coincidentes con las generales internas y externas, emplead la quinina y algunas veces la cicuta: la quinina en dosis de seis á ocho granos todos los días y durante dos ó tres meses, porque es muy larga esta fiebre lenta que acompaña á las afecciones herpéticas, y la cicuta á dosis moderada también de dos, tres ó cuatro granos todos los días durante un mes, mes y medio ó dos meses, pero descansando para volver á repetir la misma medicación.

Con esto, y con la insistencia en los arsenicales, podeis formar el tipo del tratamiento de este cuarto período visceral del herpetismo.

Cada afección herpética merece además un tratamiento local, según la forma de su lesión; y es más: cada una de ellas parece que tiene su remedio predilecto. Perdonadme, pues, que os dé algunos datos acerca del tratamiento local de las herpétides, tratamiento importantísimo, que para los médicos alemanes es el único que debe emplearse, pero que sin embargo no impide la reproducción del padecimiento ni cura la enfermedad constitucional, aunque contenga la evolución de las manifestaciones cutáneas y á veces de las mucosas.

La pomada de breva, como os he dicho hace un momento, es un remedio heroico contra los procesos inflamatorios de herpetismo cutáneo; debeis darla, sin embargo, de una manera especial: pues de no hacerlo del modo que os voy á explicar, sucede en ocasiones que el alfeito no se cura y se desacredita un remedio que es el mejor de todos. Debe darse sin miedo, en cantidades excesivas, y debe cubrirse después la parte que se ha embalsamado con la pomada de un lienzo que no debeis quitar en quince días. Y ¿sabeis por qué? Porque de quitar el trapo todos los días, por ser más limpios, lo que hacéis es, que con el lienzo nuevo os lleváis la pomada, hacéis que se pegue á las lesiones cutáneas, á las costras y

luego, cuando quereis quitarle, arrancais con él la epidermis, mientras que dejándolo allí colorado muchos días seguidos, limpiándolo de las costras ántes de aplicarle nuevamente, conseguís rodear la parte de una atmosfera de breva tal, que no consiente la exudación cutánea, y de esta manera conseguireis la curación de la herpétide en quince ó veinte días, al paso que de otro modo y con la misma pomada no la curaríais nunca.

Pero no solamente podeis emplear la pomada de breva. Hay ocasiones en que hay un exceso de inflamación, en que no conviene dar todavía esta pomada y debeis bajar esta inflamación ántes de aplicarla. Para estos casos podeis usar todas las sustancias astringentes en pomada.

Observareis que no he hablado nada de lociones, y es porque las lociones son siempre perjudiciales en este tercer período del herpetismo. Podeis emplear en su lugar las pomadas de *ácido fénico*, de *bismuto* y *precipitado blanco* al 40 por 100; podeis emplear la misma pomada de yoduro de azufre sumamente tenue; podeis emplear, sobre todo, los *glicerolatos* de almidón, arroz y bismuto, y si es muy intensa la inflamación, cataplasmas de harina de arroz y agua clara, hasta que baje y podáis aplicar la breva, que, como os he dicho, es para estas inflamaciones lo más eficaz.

Pero la breva no nos sirve tanto para otra clase de procesos que yo llamo hiperplásicos; las formas escamosas ó psoriasis y pitiriasis crónicas mejoran más pronto con otro remedio: este remedio es, señores, el aceite de enebro; sustancia sumamente barata, que se puede aplicar perfectamente en cualquiera población y que es más eficaz que la misma breva.

El modo de aplicación del aceite de enebro consiste en darle puro con un pincel á la erupción todos los días, y en ningún caso mojar ántes ni después las partes afectas, porque si se mojan, con el frote necesario para secarse ó para quitar la mancha, se exacerbará mucho aquella y no se conseguirán los buenos resultados que se deben conseguir.

Yo he hecho una mezcla de aceite de enebro y bismuto, que llamo pasta de aceite de enebro y bismuto, la cual tiene una acción poderosa y mucho más eficaz que el aceite puro para las afecciones tenaces y rebeldes que no ceden á ninguno de los preparados anteriormente dichos. Esta pasta se forma de nueve partes de aceite de enebro por 15 de subtrato de bismuto á óxido de zinc; tiene un color ménos oscuro y se reblandece con una gota de glicerina para poderla aplicar más fácilmente.

El ácido fénico tiene ventajas y tiene inconvenientes sobre los medios anteriormente dichos. Diluido al 5 por 100 en agua alcoholizada y en forma de pulverización, porque no se puede emplear en forma de pomada en atención á que las grasas lo descomponen y modifican, seca pronto la erupción; pero desgraciadamente produce una especie de *escaritas adherentes* que no desaparecen en mucho tiempo, y como las escaras im-



piden que la nueva locion ó pulverizacion se ponga en contacto con la lesion cutánea, que á manera de escudo tapan, suele este remedio dar resultados lentos é inciertos.

Hay otros remedios muy importantes en el tratamiento del herpetismo, y son los baños generales.

Los baños generales templados y emolientes son mejores, mucho mejores para las afecciones cutáneas herpéticas, y aún para las afecciones mucosas propias del herpetismo, que la mayor parte de las aguas minerales conocidas; administrados durante todo el año, ó por lo ménos, si el clima no es apropiado, durante la primavera, el verano y el otoño, de tarde en tarde, cada dos ó tres días, mejoran mucho la disposicion de la piel y de las membranas mucosas. No hace mucho tiempo que *Hebra* ha tenido valor de tener á un enfermo 108 días dentro de un baño general templado, para combatir lo que él llama una eczema crónica. ¡Paciencia se necesita, señores, por parte del enfermo! En este país sería completamente imposible conseguirlo.

Pero lo cierto es, que administrados los baños de un modo alternado, mejoran de una manera notable la afeccion cutánea y la afeccion de las membranas mucosas.

Las afecciones mucosas pueden tener tambien su tratamiento local en cuanto esté á nuestra disposicion el llegar á ellas; tal sucede en las afecciones mucosas de la nariz, de la boca, de la faringe ó de la laringe, así como en las de la vulva, de la matriz y del intestino recto. Aplicad contra estas manifestaciones los astringentes, pero principalmente el nitrato de plata en solucion acuosa más ó ménos concentrada, y

la tintura alcohólica de iodo que aplicareis pura con un pincel sobre las granulaciones ó exulceraciones de las mucosas, y es lo probable que con constancia consigais hacerlas desaparecer.

He terminado, señores, lo que tenía que deciros acerca del herpetismo, considerado como enfermedad constitucional, ó como unidad morbosa; faltame mucho para terminar el asunto; faltame, sobre todo, el estudio concreto de cada herpétide en particular, no ya precisamente de las herpétides cutáneas, sino de las mucosas, de las afecciones neurósicas y de las afecciones viscerales; pero esto no es posible en este hospital y es más natural que se haga en los generales, exceptuando las afecciones cutáneas, cuyas especies podemos ver en esta enfermería.

Creo, con lo dicho, haberos dado por lo ménos una idea general de lo que es el herpetismo; pero no olvidéis que la mayor parte de los médicos confunden dentro del herpetismo todas las afecciones cutáneas, aunque sean de otra naturaleza diferente, y muchos hasta las mismas sílides que no conocen, que no saben diagnosticar. No olvidéis otro dato de que he hecho mérito anteriormente, y es, que no pudiendo hacer un diagnóstico exacto, la mayor parte mandan al enfermo el azufre, que si es herpético le empeora; y no olvidéis, en fin, que es preciso estudiar, y estudiar muchísimo para poder averiguar, para poder investigar lo que no sabemos todavía del herpetismo, es decir, los caracteres clínicos, los caracteres constitutivos de las afecciones profundas, de las afecciones viscerales.

He dicho.

## LECCION TERCERA.

Naturaleza del herpes. — Opiniones de Gigot-Suard, Charcot, Testé y otros. — De las herpes cutáneas. — Su división en congestivas, inflamatorias, nerviosas é hiperplásicas. — De las herpes congestivas y del proceso congestivo ó hiperemia herpética. — Dermatosis que comprende. — Del eritema y sus diversas especies. — Del eritema herpético. — Sus caracteres. — Diagnóstico. — Pronóstico y tratamiento. — De la roséola. — Idea general. — Descripción y especies de roséola. — De la roséola herpética. — Sus caracteres, diagnóstico, pronóstico y tratamiento. — De la urticaria. — Idea general de esta dermatosis. — Teoría químico-fisiológica de su producción. — Urticaria herpética. — Descripción de sus dos formas aguda y crónica. — Histopatología de la urticaria. — Diagnóstico, pronóstico, complicaciones, tratamiento general y tratamiento local de la urticaria.

### SEÑORES:

Antes de entrar en el estudio particular de las herpes cutáneas voy á detenerme, aunque sólo sea por breves momentos, en la discusión de un punto de patogenia que no deja de tener importancia, y sobre todo interés de actualidad.

Hay algunos libros modernos que hablan de la naturaleza del herpes; uno de ellos es el libro de *Gigot-Suard*, médico de *Cauterets*. Este profesor, que ha visto muchas afecciones cutáneas, que ha estudiado todos los prácticos franceses, que ha leído y aprendido de *Bazin*, ha escrito esta obra, que, en mi opinión, es una calamidad para la práctica. Confunde lo que nosotros creemos herpes con el reumatismo. Define el herpes precisamente lo que es el reumatismo, y mezcla hasta tal punto las afecciones reumáticas de la piel con las afecciones herpéticas, que constituye su libro un verdadero caos, por lo cual no quisiera que os acordéis siquiera de él para aprender las afecciones herpéticas.

Con efecto, señores, cree *Gigot-Suard* que depende el herpes de una alteración de la sangre, dependiente del exceso dentro de la misma de productos excrementicios que habitualmente son eliminados por la piel; y como sabeis todos que los productos excrementicios que se exhalan por la piel, ya en el sudor, ya en la sustancia sebácea, ya, en una palabra, en todas sus excreciones, son el ácido hipúrico y los hipuratos, el ácido oxálico y los oxalatos, el ácido úrico, la creatina, etc., etc.; de aquí, señores, que todo este conjunto de verdaderas enfermedades diferentes que si acaso, pueden

estar incluidas dentro del reumatismo, constituyan para *Gigot-Suard* el herpes, que es, en mi opinión, todo lo contrario ó por lo menos una cosa muy distinta.

Tanto es así, señores, que en la sangre de los herpéticos no se ha encontrado precisamente exceso en estas sustancias; es más, estas alteraciones se han encontrado todas, absolutamente todas, en el reumatismo.

Muy recientemente, en estos últimos años, y por personas que no admiten el herpes, se ha creído que todas las erupciones cutáneas podían depender de una afección nerviosa central. Infinidad de experimentos, ya con la temperatura, ya con las irritaciones, ya con la aplicación de ciertas sustanciasajo la piel, han demostrado la ley de la simetría por la acción refleja de los nervios. De modo, señores, que aplicando á un antebrazo, por ejemplo, una aplicación fría, una sustancia helada, se observa que por acción refleja, la temperatura que disminuye en este brazo disminuye también en el lado opuesto, aunque nunca llega á disminuir tanto como en aquel en que se ha aplicado directamente la mezcla frigorífica, por ejemplo; y de éstos y otros experimentos *Testu*, *Vulpian* y *Charcot* han tratado de deducir que la causa de casi todas las afecciones cutáneas reside primero en los nervios vaso-motores, y después, para explicar la acción refleja, para explicar la simetría de las erupciones, han dicho que era preciso que existiera además en los centros nerviosos vaso-motores, en la sustancia gris de la médula.



La verdad es, señores, que esto puede explicar perfectamente la simetría y la picazón, que sabéis son los dos caracteres más importantes de las afecciones herpéticas; pero á mi juicio, aunque ésta sea una opinión bastante aproximada á la verdad, á mi juicio, por encima de esto hay otra cosa. Hay otra causa todavía desconocida que es ó debe ser la verdadera naturaleza del herpetismo; porque si no, ¿cómo explicar el que esta misma acción refleja de los nervios vaso-motores se presente también en otras afecciones, en los cuales no hay, por ejemplo, gran picazón, en la lepra? ¿Cómo explicar el que en otras afecciones de naturaleza completamente distinta, se presenta la picazón y no se presente la simetría?

He cumplido, sin embargo, con mi deber ántes de empezar el estudio particular de las afecciones cutáneo-herpéticas, dándolos á conocer las opiniones que hay acerca de la naturaleza del herpetismo; pero desgraciadamente en la actualidad es todavía cosa bastante ignorada.

Entremos ya en el estudio particular de las herpétides cutáneas. No insistiré más en caracterizarlas; no repetiré lo que dije en las conferencias anteriores: empezaré desde luego por dividir las, no siguiendo ciertamente la opinión de los dermatólogos modernos, sino haciéndome un poco más moderno que ellos.

Si leéis las obras de Gintrac y de Bazin encontrareis que dividen las herpétides generalmente en agudas y crónicas, y las crónicas en húmedas y secas; pero como la división en agudas y crónicas, cuando la naturaleza es la misma, parece absurda, y como por otra parte, señores, es más natural el atender á los procesos morbosos locales, yo las dividiré en congestivas, en inflamatorias, en nerviosas y en hiperplásicas (1).

El cuadro adjunto puede servir para que lo copien los señores taquígrafos, pues en él van incluidas todas las especies de las

Herpétides cutáneas.	Congestivas.	Eritema.
		Basesia.
		Urticaria.
	Inflamatorias.	Erisipela.
		Eczema simple, impetiginoso y rubrum.
		Harpen flictenoides. Zona. Pénfigo.
	Nerviosas.	Líquén.
		Prurigo.
		Epicéstitid.
	Hiperplásicas.	Pitiriasis rubra aguda y alba crónica.
		Psoerías.

(1) Hace diez años, cuando empecé privadamente, y sin pensar en publicarlas, á hacer las láminas que luego han constituido el atlas de esta obra, admitía la división de las herpétides de estos autores, lo mismo que la de las sífilides, escrofuloides, etc.

Hoy he creído que debía modificarlas, pero ya no es posible, al creo necesario hasta otra edición, si se hace, modificar la coloración de las láminas.

El primer grupo ó sean las herpétides cutáneas congestivas están bien caracterizadas, porque el proceso morbooso se halla exclusivamente limitado á una congestión parcial de uno ó de varios puntos, congestión parcial que no pasa de la epidermis, de la capa mucosa *reticular* de Malpigi; estas afecciones son agudas por lo común, generalizadas; una sola de ellas se hace crónica, la urticaria; pero todas las demás de que os hablaré dentro de un momento, son propias del primer período del herpetismo, son las que aparecen en los primeros años de esta enfermedad, en la edad adulta del sujeto; las que pueden reproducirse sin modificar su forma, y las que pueden servir como avanzadillas, digámoslo así, de las otras herpétides que se han de presentar más tarde.

Estas herpétides son tres: el eritema, la roséola y la urticaria. Entremos desde luego en el estudio de cada una de estas afecciones herpéticas.

ERITEMA.—Llámanse eritema en Dermatología á una mancha, ó por mejor decir á una alteración de la coloración de la piel, generalmente de un color rojo más ó ménos vivo, limitada ó circunscrita, de un tamaño variable entre una peseta, por ejemplo, y una extensión más considerable, como de un pié cuadrado, de forma irregular, de borde difuso, que suele presentar á veces elevación sobre la piel y que termina por resolución generalmente ó por descamación.

Hay eritemas de muchas naturalezas distintas, de curso diametralmente opuesto; pero, señores, no es de esto de lo que nos debemos ocupar, porque el estudio de las lesiones cutáneas como afecciones genéricas ha sido anterior, ya lo he dado en conferencias de años anteriores, y no es éste, digo, el momento de repetirlo; sólo debemos ocuparnos del eritema de naturaleza herpética, y el eritema de naturaleza herpética no se presenta en general como afección autónoma, sino como afección precursora de otras herpétides.

En el reumatismo, por ejemplo, los eritemas son afecciones tan autónomas que puede decirse que duran muchísimo tiempo bajo la forma eritematosa sin cambiarla nunca. Estos eritemas *marginales* de color lívido, que duran á veces años, propios del reumatismo, estos eritemas nudosos que todos habréis visto en las clínicas médicas, en las clínicas de Patología interna, éstos tienen vida propia, pero el eritema herpético no; dura tres, cuatro, cinco días todo lo más, y es sustituido inmediatamente por la erupción á que da origen.

La coloración del eritema herpético es de un rosado débil; sus bordes son sumamente difusos; se confunden pronto con la coloración normal de la piel; y á los tres ó cuatro días de su existencia, de una existencia acompañada de gran picazón y gran molestia, aparece sobre ella la erupción consecutiva. Esta erupción puede ser un eczema, esta erupción puede ser un pitiriasis, puede ser un psoriasis; pero inmediatamente que esta erupción aparece, podemos decir que el eritema ha desaparecido, ha sido efectivamente sustituido por la

erupcion verdadera que ha de ser la manifestacion del herpetismo.

En ocasiones el eritema que hemos llamado herpético no tiene estos caracteres, no pica ni es difuso; es dependiente de manchas redondeadas, de un color mucho más subido, manchas perfectamente netas, algo elevadas sobre la piel; pero estas manchas de curso crónico, son precursoras de una erupcion herpética, tambien de curso crónico, una erupcion herpética que no es inflamatoria, que ha de ser hiperplásica; de manera que la mayor coloracion, la mayor persistencia de este eritema puede explicarse porque á la congestion característica ha de suceder la hiperplasia; es el eritema precursor del psoriasis herpético.

El eritema precursor del psoriasis herpético, cuando se presenta en la cara y en la frente no se modifica, como sucede en lo restante de la piel; el psoriasis de la cara no es escamoso, es decir, no se desarrollan las escamas encima de las manchas, y es preciso para diagnosticarle que veais las escamas que se desarrollan en la superficie del cuerpo, y comprender así que se trata de esta enfermedad. No teniendo el eritema autonomia, no siendo una afeccion que podamos considerar como estable, depende todo su curso, depende todo su pronóstico, todo su tratamiento, naturalmente, señores, de la erupcion que ha de venir detrás.

El diagnóstico es fácil, primero porque la erupcion que viene detrás dice la naturaleza de aquel eritema que dudamos por algun tiempo qué sería; segundo, por la picazon que le acompaña, picazon que es verdad que se presenta en otros eritemas, pero no son estos eritemas tan fugaces. Todos sabeis el número infinito de especies eritematosas que existen, pero sólo os citaré algunas para hacer el diagnóstico diferencial.

El eritema pérmio, por ejemplo, ó los salvadones, ya sean dependientes del frío, ya sean dependientes de la escrófula, pican y pudieran por esto confundirse con los eritemas de naturaleza herpética; pero todos sabeis que los eritemas pérmios van acompañados de una gran elevacion de la piel, están inflamados, ó erisipelatosos, y si bien es verdad que pican, en cambio nunca vereis en ellos los caracteres de los de naturaleza herpética, ni se presentará sobre su mancha ninguna erupcion sucesiva; por lo tanto, el abultamiento de la piel, la falta de simetría que generalmente existe, y el no substituirse por ninguna erupcion consecutiva, son los caracteres diferenciales entre el eritema pérmio ó escrófuloso y el eritema herpético.

Los eritemas reumáticos que os he citado son limitados, tienen un borde marcadísimo, son tambien levantados sobre la piel; su coloracion es oscura, á veces llega á ser violada, duran muchísimo tiempo, van acompañados más que de picazon de dolor, y esto es suficiente para no confundirlos con el eritema precursor de las herpétides.

Pero hay otros eritemas que pudieran confundirse muy

fácilmente con los herpéticos: son los parasitarios, los que acompañan por ejemplo á la sarna, los que acompañan á las tiñas, los que hay á la inmediacion de las erupciones que determinan el *sarcopites* y los parásitos vegetales, eritemas que pueden ser fugaces si se quita la causa inmediata que los determina; que van acompañados de picazon, porque la picazon sabeis que acompaña siempre á todas las afecciones parasitarias; pero, señores, estos eritemas tienen como signo diagnóstico bien positivo y cierto la existencia del parásito y la mezcla de las lesiones elementales. Es decir, que este eritema va acompañado no sólo del parásito sino de otras afecciones cutáneas, ya vesiculosas, ya pustulosas, forunculosis ó erisipelatosas que se presentan mezcladas siempre en el curso de todos los parasitismos cutáneos.

De manera, que no hallándose los parásitos, ni erupciones posteriores que podamos calificar de herpéticas, y teniendo ya como carácter patognómico los parásitos, y como carácter casi patognómico la mezcla de las lesiones elementales, fácil es con eso distinguir estos eritemas de los eritemas herpéticos.

Como duran tan poco estos eritemas, tres, cuatro, todo lo más seis días, hasta que la erupcion se desarrolle encima de ellos, claro es, señores, que su pronóstico es leve y que tampoco debéis hacer gran cosa para combatirlos; lo que debéis buscar es la erupcion que ha de venir despues para evitarla si podeis, ó para combatirla ántes que tome incremento.

¿Qué tratamiento usaremos? Tanto si los eritemas no son autónomos como si lo son, así como si se trata de una erupcion eritematosa que tenemos que convierta en eczema, polvos de almidon ó sustancias emolientes secas que no aumenten la congestion cutánea y que dominen algo esta herpétide en su primer periodo; de este modo podemos fácilmente hacer que, si no en todas partes en algunas, la erupcion eczematosa que habia de venir no venga, y el eritema ya con vida propia, hasta cierto punto, desaparezca tambien sin haberse llegado á presentar la erupcion consecutiva.

Prescindamos ya de esto que no tiene verdadera importancia para la clínica, y entremos en el estudio de otras dos herpétides congestivas más importantes: una de ellas es la roséola herpética.

La roséola, considerada de una manera general, es una erupcion febril casi siempre, que se manifiesta en la piel por manchas pequeñas como lentejas, redondeadas, diseminadas sobre toda la superficie del cuerpo, ó por lo ménos sobre la mitad superior del mismo; que segun sea su naturaleza pican ó no pican, y son más ó ménos extendidas; pero de todos modos resulta que la roséola es una coleccion, digámoslo así, encima de la superficie cutánea, de pequeñas manchas rojas, redondeadas, separadas unas de otras, cuya coloracion varía entre el rosado débil y el color cobrizo.

Considerada la roséola de esta manera general, puede depender de infinitud de causas: puede ser artificial ó provo-



cada por el uso de ciertos remedios; la belladona ó la *atropina*, usadas al interior, dan lugar en ocasiones á una erupcion verdaderamente roseólica; el uso del copaiba, el uso de ciertos alimentos indigestos pueden determinarla tambien; la sífilis, la escrófula la producen igualmente y aun sin cambiarse las condiciones discrásicas, y si sólo el equilibrio, por decirlo así, de la sangre del sujeto, puede originarse. Hay ciertas emanaciones parasitarias que la ocasionan, pero nosotros hemos de estudiar ahora sólo uno de estos ejemplares, porque las demás, como os he dicho, ya los he estudiado anteriormente ó en conferencias de años anteriores.

¿Cómo diferenciaremos la roseola herpética de todas estas otras manifestaciones roseólicas?

Empecemos, señores, por distinguirla de otras afecciones que no son roseólicas, por distinguirla del sarampion, de la escarlatina. A todos vosotros os habrá sucedido lo mismo que á mí: ser llamados á alguna casa para asistir á un sarampion en un sujeto que ya lo ha padecido tres ó cuatro veces, segun la familia; pues bien, de estas tres ó cuatro veces, lo ménos dos, señores, no ha sido sarampion, se ha tratado de una roseola de diferente clase, de una roseola de diferente naturaleza.

Fácilmente diferenciareis la roseola herpética del sarampion, porque en la roseola herpética, la fiebre si existe dura pocas horas, ó inmediatamente despues aparece la erupcion, mientras que en el sarampion, como sabeis, la fiebre suele durar tres ó cuatro dias y entónces se presenta la erupcion.

Es verdad, me direis, que hay sarampiones sumamente benignos; es cierto, pero los fenómenos catarrales nunca fallan en el sarampion, mientras que nunca ó casi nunca existen en la roseola herpética; el lagrimeo, el estornudo, la tos, no sólo que acompañan, sino que preceden de tres ó cuatro dias á la presentacion de las manchas del sarampion no existen en la roseola herpética, y no existen en las demás roseolas, salvo en la sífilítica.

En ocasiones la roseola herpética es tan abundante, ó confluyente, que puede parecerse á la escarlatina misma; generalizándose las herpétides roseólicas, generalizándose las manchas, puede parecer una erupcion escarlatinosa; pero os digo lo mismo: los *prodromos* ligeros que se presentan en la roseola herpética son dolores insignificantes en las articulaciones, neuralgias y molestias muy fugaces y no se parecen en nada á los *prodromos* graves de la fiebre escarlatinosa. La fiebre escarlatinosa, además, sabeis que empieza por la afeccion de la garganta; sabeis que es intensísima, tal vez es de las fiebres que llegan á mayor temperatura, sabeis su gravedad desde un principio; nada de esto veis ni podeis ver en la roseola herpética, cuyas manifestaciones cutáneas, aunque sean grandes, no dan lugar á fenómenos simpáticos, ni en el centro circulatorio, ni en ninguna otra parte. Esperando, podreis hacer el diagnóstico con mucha mayor facilidad, puesto

que esta roseola herpética desaparece á los tres ó cuatro dias de su aparicion, y desaparece sin molestia de ningún género y sin descamacion, cuando sabeis que la descamacion es uno de los caracteres principales de la escarlatina.

Pues bien; ¿cómo diferenciaremos la roseola herpética, la herpétide roseólica de la roseola sífilítica? Por la coloracion en primer lugar; la coloracion de la roseola sífilítica es algo cobriza, disuena mucho de la coloracion pálida de la piel del enfermo; color pálido, blanco-amarillento que sabeis es propio de los sujetos sífilíticos. Y además, la roseola sífilítica dura un mes ó mes y medio; allí permanecen las manchas todo ese tiempo, terminando por resolucion y sin descamacion, sin ir acompañadas de la picazon que acompaña siempre y durante toda su existencia á las manchas de la roseola herpética.

La roseola escrofulosa se presenta localizada, lo mismo que la herpética, en la mitad superior del cuerpo, y se generaliza tambien, pero no pica, y ya es un carácter diferencial importante. Es más lenta que la herpética, dura á veces dos setenarios, desaparece al fin y se trasforma inmediatamente en una escrófulide benigna y hasta en una escrófulide maligna. Nada de esto acontece con la roseola herpética, que desaparece fácilmente ó se trasforma en una herpétide inflamatoria ó hiperplásica.

Hay algunas roseolas determinadas, como os he dicho anteriormente, por emanaciones, del polvo de la paja del trigo, del centeno ó de la avena en las eras. En algunos trabajadores del campo que trabajan en la trilla suelen aparecer manchas, parecidas á las de la roseola que estoy describiendo, en todo su cuerpo; algunos hasta han creído que podia ser sarampion, porque suelen venir acompañadas de fiebre, que, aunque no sea catarral, siempre es algo intensa. Esta erupcion se diferencia perfectamente de la herpética, porque conocemos su causa y podemos conocerla sabiendo que hay emanaciones en el polvo del trigo que están formadas por sustancias verdaderamente parasitarias, por parásitos vegetales que penetran en la epidermis y desarrollan un eritema circunferencia al sitio en donde se implantan, el cual desaparece brevemente en cuanto el enfermo se lave el cuerpo; con efecto, toda esta fiebre, toda esta afeccion parasitaria, que ha dado lugar á fenómenos hasta cierto punto graves, desaparece con que el enfermo se lave. Nada de esto pasa en la afeccion herpética: aunque el sujeto se lave, aunque el sujeto se bañe, se mejora indudablemente, pero la erupcion no desaparece de una manera tan brusca y repentina.

Hecho el diagnóstico de la roseola herpética, sabiendo, como os he dicho, que su duracion es breve, de uno á dos setenarios cuando más; réstame decirlos que la afeccion es leve en sí, que se cura espontáneamente sin que hagnis remedio de ninguna clase; pero que si quereis hacerla desaparecer más pronto, os bastará hacer uso para su trata-

miento de baños generales templados (cosa que no sería admisible en el sarampión ó escarlatina), lociones ligeramente aciduladas y polvos secos de arroz ó almidón.

Además esta roseola tiene un carácter fundamental que la diferencia de todas las demás, señores, y es su reproducción, es decir, que se reproduce generalmente una ó dos veces por año, y con estos mismos caracteres.

Basta ya de roseola; como veis, tampoco tiene una importancia capital en el herpetismo, y justo es que nos detengamos más en aquellas otras afecciones herpético-cutáneas que tienen verdadera importancia, y que vereis siempre que queráis en las clínicas de este hospital.

De la *urticaria*.—Llábase en Dermatología general *urticaria* á una afección cutánea caracterizada por la presencia de manchas eritematosas, congestivas, en el centro de las cuales se levanta un habón, una prominencia grande, del tamaño á veces de medio garbanzo, más ó menos longitudinal, cuya coloración blanco-rosada, y en el centro más blanca que en la circunferencia, desaparece con la presión, todo lo cual va acompañado de una picazón irresistible que se parece mucho (como que es lo mismo) á las picaduras de las ortigas ó de ciertos insectos, y cuya desaparición es tan brusca como su presentación.

De modo, señores, que cuando veáis una erupción que se presenta de una manera brusca y rápida con estos caracteres; y que desaparece también bruscamente sin dejar señales, sin dejar reliquias en el sitio en donde estaba, que dura dos ó más horas, y después, cuando se va á buscar, tal vez ya no se encuentra, podéis decir desde luego que se trata de una urticaria.

Antes de ocuparme de la urticaria herpética os diré algunas experiencias que para probar su naturaleza he hecho no hace mucho tiempo. Preguntándome yo cuál sería la causa local de todos los habones, creyendo que podía unificar esta causa, pensando que seguramente lo que las ortigas inoculan en la piel es un ácido orgánico, y probablemente el ácido fórmico, empecé á experimentar lo que hacia el ácido fórmico puro y naciente en el espesor de nuestra piel cuando se inoculaba. Empapando una aguja ligeramente en la disolución de ácido fórmico concentrado, limpiándola después con un lienzo para que no llevase gran cantidad, y pinchándome ligeramente en una mano, se me presentó un habón de urticaria perfectamente parecido á los habones que producen los parásitos, mosquitos, chinches, etc. Viendo que la cosa no tenía importancia, en una segunda aplicación no limpié la aguja: dejé que gotease, que retuviese un exceso de ácido fórmico, y me hice la punción; y entonces, señores, me arrepentí, porque el habón que se produjo fué tan considerable que me ocupaba todo el brazo, y alrededor se presentaron otros, donde seguramente no habían podido llegar más que emanaciones muy sutiles de tal sustancia.

REYNOLDA FUENTE.

Esto se puede repetir en todos los animales, y en aquellos de piel fina vereis que sucede lo mismo. Como los formiatos existen en la sangre en el estado normal, como circulan con ella, como se eliminan generalmente bajo la misma forma de formiatos, yo creo, yo presumo al ménos, que por causas especiales, sea debido al reumatismo, sea debido á la acción directa de ciertas sustancias, como la belladona, el bálsamo de copaiba, etc., los formiatos se descomponen y el ácido fórmico naciente irritando los tejidos en que se infiltra, determina una exudación en la trama orgánica, que se manifiesta por el habón y el eritema circundante.

La irritación que dicho ácido produce en los extremos terminales de los nervios cutáneos, explica perfectamente la picazón repentina y violenta. Pero pasa algún tiempo y el ácido fórmico en contacto con las sustancias alcalinas que hay en los tejidos, se combina con ellas y forma otra vez formiatos, que como son inocentes y hacen parte de nuestros tejidos y de la sangre en su estado normal, se van con ella, y cesando la causa, cesan también sus efectos y desaparecen los habones.

Inoculando los formiatos alcalinos no se producen nunca habones, de donde yo he deducido, que es de absoluta precisión, que en el seno de la trama orgánica, se descompongan los que lleva la sangre, y presentándose en aquella el ácido fórmico libre, determine la erupción, como nosotros de un modo artificial podemos provocarla por las inoculaciones.

Y ¿qué es el habón? Si cortais uno en el momento de su mayor crecimiento observareis que está formado por un exudado perfectamente líquido en lo profundo del dérmis: ¿cómo desaparece, pues, esto? desaparece, por la absorción; desaparece inmediatamente que el ácido fórmico se ha combinado con los álcalis de los tejidos, ha formado formiatos, y circula perfectamente por la sangre en su estado normal. Esta teoría acerca de la existencia ó de la producción de la urticaria, será más ó ménos verdadera; yo, señores, no pretendo que se considere como cierta, pero vale de algo el que se insista en este género de observaciones para averiguar al fin y al cabo la naturaleza íntima de las lesiones locales.

Hay infinitas clases de urticarias, como ya os he indicado; causas patogenéticas, sustancias alimenticias de cierto genero como los pescados en la época del celo y algunos medicamentos, como la atropina y el bálsamo de copaiba pueden determinarla lo mismo que determinaban la roseola, pues la urticaria es sólo un grado más, una congestión más intensa y repentina, pero congestión producida seguramente por una causa especial. El reuma determina una urticaria mucho más grave y profunda que el herpetismo; en cambio, señores, ni la sífilis, y muy rara vez la escrófula determinan la urticaria. De manera que para hacer el diagnóstico de la urticaria herpética, hemos de buscar á más de los caracteres propios, los diferenciales que tenga con la reumática, ó con la artificial ó

VIII



patogenética, sin perjuicio de hablar algo de los de la fiebre intermitente urticaria.

La urticaria herpética, que es á la que me debo circunscribir, es aguda ó crónica. En el primer período del herpetismo se presenta la urticaria generalizada en todo el cuerpo; va acompañada de una picazon irresistible, sobre todo por las noches; aparece por lo común al anochecer, dura una, dos ó tres horas cuando más, y al fin se disipa generalmente con el sueño del sujeto, si es que ha podido conciliarlo á beneficio de los remedios, pues en ocasiones tampoco puede conciliarlo; esto hace que la urticaria herpética pase muchas veces desapercibida, á propósito de lo cual, os referiré lo que sucedió no hace mucho tiempo en las enfermerías de mi cargo con una enferma de posicion social regular, pero que había venido segun decía á ménos, y que tuvo que ingresar en la enfermería en el centro de la sala 43 de mi cargo, creo que en el número 12 ó 13 de la misma. Al cabo de tres ó cuatro días de verla y no observar nada en la superficie de su cuerpo, estábamos como suele decirse, algo escamados, con tanto mayor motivo, cuanto que las enfermas próximas se burlaban de ella y decían que la señorita (así la llamaban) había venido á comer al hospital. Pero esta señorita era muy prudente; tenía la desgracia de que la afección se le presentase á las altas horas de la noche, y no quería molestar á nadie: un día ocurrió, que una de las enfermas próximas se puso muy grave, hubo necesidad de llamar, vinieron los profesores que estaban de guardia, vinieron los practicantes, se levantaron todas las enfermas, y se vieron á aquella pobre mujer sentada en la cama: cómo estaría que no la conocieron: su cara estaba tan abotagada, tan roja, tan sembrada en todas sus partes de verdaderos habones, de verdaderos abultamientos enormes, que creyeron que era otra persona. Fué preciso ver á esta enferma por las noches para averiguar la naturaleza de su enfermedad, y observar hasta dónde llegaba la gravedad del padecimiento; y, durante dos noches que tuve ocasión de verla, me pasó, señores, lo mismo que á todos los demás enfermos y á los practicantes. La picazon de esta pobre mujer era tan irresistible, se arañaba tanto, que no daba lugar á tregua: no dormía, y de pronto, sin que ella misma lo pensase todo desaparecía y quedaba profundamente dormida. Véase en esta ligera descripción los caracteres más principales de la urticaria herpética; el ser intermitente nocturna, el presentarse por la noche generalmente, y ya cuando el enfermo está abrigado en la cama; la picazon irresistible que se aumenta más con el calor, y que le obliga á desarroparse, ó á abanicarse, el reproducirse de una manera constante todas las noches, y durante un tiempo, que en la forma aguda es precisamente de tres ó cuatro setenarios, y en fin, el desaparecer de una manera también repentina, y definitiva, cuando ha pasado este tiempo, para reproducirse al año siguiente, por la primavera ó por el ve-

rano, en una forma ya mucho más crónica y terrible... tales son dichos caracteres.

Diferenciareis además esta urticaria herpética á la urticaria intermitente, porque la urticaria intermitente va acompañada de fiebre, de la cual no os he hablado al referirme á la urticaria herpética. La diferenciareis de la urticaria reumática, porque la reumática es profunda, los habones del reumatismo son profundos, son subcutáneos, son tuberosos (y así se llaman); más bien se perciben palpando que á la visión, con el ojo desnudo. Y la diferenciareis en fin de las provocadas artificialmente por ciertas comidas, por el uso de ciertas sustancias malas de que os he hablado, como los pescados malos y el bálsamo de copaliba, porque no esperan la noche para reproducirse, sino que se presentan inmediatamente después de verificada la absorción de las sustancias que la producen, y van acompañadas de una fiebre alta, de gran trastorno en el aparato digestivo, y de delirio, nada de lo cual venos en la urticaria herpética.

Pero cuando la urticaria herpética se reproduce, al segundo ó tercer brote eruptivo ya toma la forma crónica; ya constituye, señores, uno de esos padecimientos irresistibles, que hacen volver locos á muchos herpéticos. Lo mismo que el prurigo, la urticaria, y sobre todo la urticaria crónica de forma herpética ó de cualquier otra forma, determina demencias, y demencias terribles.

La urticaria crónica de naturaleza herpética se presenta generalmente en las primaveras y con el calor; no es tan generalizada como la aguda, está limitada al pecho, á los brazos, á la espalda; sigue siempre apareciendo de noche ó muy tarde; dura cada brote mucho más tiempo que en la aguda; generalmente no desaparecen los habones en toda la noche, ni aun al principio de la mañana; es preciso que el enfermo se levante de la cama para que desaparezca la erupción y su picazon es tan constante é irresistible que el sueño nunca viene. La coloración difiere un poco de la coloración de la aguda, en ser un poco más oscura. Sin embargo, se diferencia fácilmente de la urticaria crónica de naturaleza reumática, porque en ésta, á más de ser más profundo el habón, más tuberoso, hay siempre equimosis ó hemorragias periféricas, cosa que á pesar de los arañazos no se presenta nunca en la herpética; y como no hay más urticaria crónica, señores, que la de naturaleza herpética ó reumática, queda perfectamente hecho en mi opinión el diagnóstico de esta erupción cutánea.

La urticaria es una enfermedad grave; puede determinar, no ya sólo la demacración, sino la muerte del sujeto: primero, porque perturba de una manera casi completa su sueño; segundo, porque altera profundamente su nutrición; tercero, porque va acompañada de uno de esos fenómenos de que hablé en una de las conferencias anteriores, de la retropulsión. No se me podrá olvidar nunca, señores, una enferma de esta

clase que yo asistí en la carrera de San Jerónimo, que de pronto me avisó por la noche para que fuera á verla; ya en otras ocasiones me habia avisado, y la erupcion se habia mejorado ó desaparecido; en aquella, me encontré á la pobre mujer casi completamente asfixiada; todo su cuerpo estaba hinchado, sus párpados completamente edematosos, pero además habia en la boca, en la laringe y en la faringe un abultamiento tan considerable, tan súbitamente venido, que la mujer estaba como los enfermos de edema de la glotis, y era efectivamente un edema de la glotis, pero al cual podríamos llamar urticado. En aquellas mucosas se habia verificado la exudacion lo mismo que en la piel, y la enferma, no solamente estaba afónica, sino que no podia respirar; ocurrió lo que siempre pasa en estas circunstancias, y es que merced á una sangría desapareció todo, y la mujer quedó deshinchada, no solamente de la cara, sino de la boca, de la laringe y de la faringe; empezó á hablar y á respirar y todo desapareció. Tal vez hubiera desaparecido sin este medio; en otra ocasion tambien me ha ocurrido, viendo que se trataba de un caso análogo, mandar por un sangrador y ántes que llegase, la urticaria terminó en la piel y en la mucosa, quedando el enfermo en un estado satisfactorio; pocas horas tardó en volver la afeccion, pero ya no vino en esta forma grave, ya se limitó y circunscribió exclusivamente á la piel.

En la clinica hemos tenido tres años seguidos, si no estoy equivocado; una enferma con urticaria crónica de naturaleza herpética, y entre las complicaciones graves que en ocasiones venian de una manera brusca y repentina, debo citaros el asma y el delirio fugaz; despues de una locion que se dió á esta enferma con exicriato, vino de pronto un ataque verdaderamente asmático, no podia respirar, habia que sacarla de la cama y abrir los balcones; pero al cabo de media hora y sin haber hecho nada, el ataque desapareció. En otra ocasion sobrevino de pronto en el momento de un brote eruptivo, un delirio terrible que desapareció inmediatamente que la erupcion se hizo más consistente y se generalizó en toda la superficie del cuerpo, precisamente cuando parecia que debia haberse aumentado. Hay indudablemente, señores, en estos brotes de la urticaria algo de congestivo general, algo de fluxionario que ora dirige su accion sobre la piel, ora sobre las mucosas, ora sobre diferentes órganos, ó diferentes vísceras.

El pronóstico, pues, de la urticaria herpética es sumamente grave en sí, por la repercusion, y porque pertenece al segundo ó tercer período del herpesismo. Va además acompañada generalmente de afecciones crónicas de la misma naturaleza ó de la misma forma elemental habonosa en las membranas mucosas pulmonares ó gastro-intestinales. En el estudio que hacemos de la urticaria herpética mereco especial mencion la urticaria localizada, porque varian sus síntomas segun la localizacion, y sobre todo porque varia su pronóstico,

La urticaria localizada, siempre simétrica y acompañada de intensa picazon, cuando se fija en los órganos genitales, constituye seguramente, señores, sobre todo en la mujer, una afeccion más terrible que la urticaria generalizada herpética. Figúraos una pobre señora, figúraos al hombre mismo con varios ó con multitud de habones residentes en sus órganos genitales; suponed que estos habones no se limitan á la piel, sino que existen tambien en el interior de la vulva, en el interior de la vagina ó de la uretra y considerad los efectos de la picazon en estos sitios: pareceme que podeis ya presumir todos los síntomas que pueden ocurrir, todas las perturbaciones nerviosas que vienen y que vereis seguramente en este padecimiento. He tenido ocasion de asistir á una señora con urticaria crónica localizada en sus órganos genitales; su desesperacion habia llegado á tal punto, que dos veces habia intentado el suicidio; sin embargo, como llegaba el día y esta enferma no tenia molestia alguna y se encontraba bien, no queria presentarse al médico; todo el mundo creia que no padecia absolutamente de ninguna molestia, de ninguna enfermedad, y sin embargo aquella mujer, como os he dicho, llegó á intentar dos veces el darse la muerte.

Puede no ocupar la urticaria estos órganos, y en cambio ocupar los párpados, y si en ellos se fija de una manera crónica, insistente y pertinaz, llega á trastornar la vision, por la imposibilidad en que se encuentra á fuerza de exudaciones el tejido del párpado de sufrir los movimientos de contraccion ó de obedecer á los movimientos musculares y he tenido tambien ocasion de ver urticarias localizadas en los párpados que han determinado á la larga hipertrofias tales de estos mismos órganos que han obligado á hacer graves operaciones, operaciones que no han servido para nada, puesto que en el sitio de la incision se ha reproducido, andando el tiempo, la misma urticaria. De aquí que sea de absoluta necesidad para el tratamiento de estas enfermedades, cuando dependen de una causa constitucional, el tratamiento interno, lento, crónico que se exige para todas las dermatosis crónicas.

¿Cómo trataremos la urticaria? Hay que llenar varias indicaciones: la primera es tratar el herpesismo; la segunda es calmar la picazon, y resolver más rápidamente de lo que espontáneamente sucede estos exudados que determinan la picazon. El tratamiento de la urticaria herpética, cuando es aguda, debe de estar limitado á los derivados al tubo intestinal, á los purgantes; pero cuando ya tiende á hacerse crónica, cuando se reproduce, es preciso echar el resto con los arsenicales, y aquí es donde no sirve la brea, observado bien, aquí es donde no sirven los balsámicos, porque precisamente los balsámicos, sea por lo que fuere, suelen determinar los habones de la urticaria. Huid, pues, de la brea, tanto en su uso interior como en el exterior, pero dad en cambio los arsenicales con mano fuerte, y no los insolubles, sino los más solubles y enérgicos, puesto que la enfermedad es terrible, tenaz



y refractaria; de manera que tendréis que apelar al licor de Fowler ó al ácido arsenioso, y de esta manera, llegando por dosis crecientes, á veces hasta la cantidad de 50 miligramos al día en dos ó tres dosis, conseguiréis dominar algo estas urticarias, y ya sabéis cómo se dominan todas las afecciones herpéticas; no se curan de pronto, no se dominan instantáneamente; lo que lográis será hacer que los brotes sean cada vez menores, haciéndolos ménos extensos y más fugaces. Insistid, pues, en el tratamiento hasta conseguir que el enfermo carezca de habones; pero no olvidéis que la indicación más principal para él es hacerle que sufra ménos, es calmarle la picazon que no le deja dormir, que no le deja vivir, y para esto podeis echar mano de remedios internos y de remedios locales ó externos.

Los remedios internos son: el bromuro de potasio, el cloral y el opio; pero es preciso darlos en altas dosis, porque observareis que dándolos á pequeñas dosis no producen resultado ninguno; ni calman la picazon ni producen el sueño; y ya, después de muchas observaciones, yo he venido á deducir que lo ménos se necesita una ó dos dosis de media dragma de bromuro de potasio durante la noche para calmar algo las molestias, para calmar algo la picazon y producir el sueño. Al cabo se acostumbra el enfermo á este remedio y tendréis que subir, duplicar, triplicar y aun cuadruplicar la dosis.

El cloral es algo más eficaz; bastará que deis un escrúpulo ó un gramo para que se calme en ocasiones la picazon; pero la calma suele ser fugaz, y en el centro de la noche casi siempre tendréis que decir al enfermo que tome otra dosis, otro gramo ó otro escrúpulo. Suele ocurrir que en algunos casos ni el bromuro ni el cloral dan efecto, y sólo lo da el opio, ó mejor dicho, la morfina. Estos casos dependen, como podeis considerar, de susceptibilidades especiales contra ciertos remedios, pero que ocurren en la práctica; y no porque veáis que un enfermo resiste al bromuro de potasio y al cloral dejéis de darle la morfina, que en ciertas ocasiones da mucho mejores resultados. Tienen el inconveniente estos remedios dados al interior, de alterar las funciones gástricas; pero aunque las alteren, es tal la necesidad que tiene de descanso el paciente, que á veces el mismo os los pedirá, y vosotros viendo lo que padece, no dudaréis en concedérselos.

Los remedios tópicos que pueden favorecer la curación de la urticaria son: primero, los ácidos; segundo, las sustancias alcalinas; tercero, los calmantes. Entre los ácidos, el más co-

mún, el que tendréis más á mano, y podéis usar inmediatamente es el vinagre; no esperéis que lavándose el enfermo con vinagre puro se ahuyente definitivamente la erupción, algo calmareis la picazon pero la erupción persistirá. Más eficaces son las disoluciones de ácidos minerales, las limonadas que se han llamado sulfúricas, clorhídricas, etc., que en lociones repetidas calman bien la picazon de la urticaria. Cuando no sirve el oxícrato, ó las limonadas, yo recomiendo además espolvorear después con polvos secos de almidón, de arroz, ó de *lipocedio* la superficie mojada. Esto produce en el enfermo una calma, un descanso poco duradero, de una ó dos horas, pero esto basta cuando la afección no es muy tenaz para poder pasar la noche; cuando es muy crónica y tenaz, es preciso que se repitan mucho las lociones y se auxilien con baños. Hay otras sustancias que podeis emplear con ventaja á no usar éstas; tales son las disoluciones acuosas del carbonato de potasa, y el bicarbonato de sosa, que en lociones y dosis determinadas calman y mitigan mucho la picazon. El bromuro potásico disuelto en agua en bastante concentración, calma mucho también, pero suele tener el inconveniente de determinar al cabo de tres ó cuatro días, una erupción artificial ó provocada, una especie de eczema.

Se usa mucho en este hospital para combatir la picazon que acompaña á la urticaria, como á la erupción que acompaña al prurigo y á otras erupciones, de la pomada que se llama de morfina alcanforada compuesta de ocho granos de alcanfor, seis de morfina y una onza de manteca, cantidades que pueden aumentarse, duplicarse, triplicarse, y cuadruplicarse cuando se va acostumbrando la piel á su acción, ó cuando la enfermedad es tan terrible que apenas si se mejora con la aplicación de esta sustancia.

Haciendo todo esto, señores, empleando todos estos medios tópicos é internos, llegando hasta la exageración en ellos, ya os he dicho hace poco sin embargo que un enfermo ha estado en las enfermerías de mi cargo tres años; tres años tomando arsénico á altas dosis; tres años administrándole el bromuro, el cloral, el cloroformo, el opio, las lociones vinagradas, las lociones con disoluciones de ácido fénico, los baños generales con el carbonato y con el subcarbonato de potasa. Ved por esto cuán tenaz, cuán larga y cuán terrible es esta enfermedad.

He terminado el ligero estudio que pensaba hacer con vosotros de las afecciones herpéticas congestivas, y en la conferencia inmediata me ocuparé de las afecciones cutáneo-herpéticas inflamatorias.

## LECCION CUARTA.

Algunas consideraciones histológicas y clínicas sobre el proceso congestivo herpético.—Del proceso inflamatorio ó inflamación herpética.—Sus caracteres.—Su histología.—División en simple y exudativa.—De la dermatitis simple ó erisipela.—De la erisipela herpética.—Sus caracteres, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.—De la inflamación herpética exudativa.—Su división en vesículo-pustulosa y flictenosa.—De la inflamación vesículo-pustulosa ó del Eczema; definición general.—Caracteres genéricos.—Diversas especies de eczemas.—Del eczema herpético.—Sus dos formas.—Eczema rubrum.—Su descripción, diagnóstico, pronóstico y tratamiento general y local.—Eczema pallidum.—Su descripción como afección generalizada.—Su diagnóstico, pronóstico y tratamiento general y local.

### SEÑORES:

En la conferencia anterior nos ocupamos de estudiar el proceso hiperémico ó congestivo de naturaleza herpética, en sus tres formas principales de manifestación, que fueron el eritema, la roseola y la urticaria. Sin repetir los caracteres que asignamos á cada una de esas afecciones, creo, sin embargo, que podemos, ántes de entrar en el estudio del proceso inflamatorio herpético, dar algunas ideas en resumen de este proceso hiperbémico que nos ocupó en la sesión anterior.

En todas esas afecciones cutáneas que estudiamos hay una congestión, una hiperemia caracterizada por la dilatación vascular sumamente superficial de la piel; y no de toda la piel, sino localizada en los vasos de las papilas. Esto puede explicarnos la mayor parte de la Sintomatología, la mayor parte de los fenómenos ostensibles que os describí al hacer la relación y descripción del curso de todas esas afecciones.

La hiperemia herpética se diferencia, pues, de las demás hiperemias: primero, porque no pasa de la superficie de la capa mucosa de Malpighi, y del extremo de la red que podemos llamar venoso-arterial papilar; segundo, por la picazón que la acompaña, ligera sí, pero suficiente para distinguirla de otras hiperemias de diferente naturaleza. No hay simetría en esta congestión, pero sí hay generalización; generalización hasta cierto punto, puesto que sabéis que está constituida por manchas y por habones diseminados en toda la superficie del cuerpo. No va acompañada de dolor esta hiperemia: como no

hay exudados, como nada hace que los nervios, ó las extremidades de los nervios se hallen comprimidas, no hay dolor y solamente hay esa ligera picazón que os he dicho anteriormente.

Tampoco existe en la hiperemia herpética el infarto de los tejidos periféricos que sabéis caracteriza á todos los eritemas de índole escrofulosa; eritemas escrofulosos que pican como los herpéticos, y que se diferencian precisamente por esto, y además por las adenopatías inmediatas.

Como el dolor es uno de los caracteres que acompañan á los eritemas de naturaleza reumática y de naturaleza escorbútica, la ausencia de este dolor es un carácter importantísimo para diferenciar las congestiones de índole herpética. Algunas congestiones hay, algunos eritemas que aunque son dolorosos son anestésicos, y esto sucede con los leprosos, en los cuales el enfermo suele sentir un gran dolor, y sin embargo, atravesando de parte á parte el sitio afecto con una aguja, no lo percibe si no lo ve. Ni esta hiperestesia ni esta anestesia alternantes ó coincidentes existen en el eritema congestivo ó hiperemia de naturaleza herpética.

Nunca se encuentran acompañando á la congestión herpética extravasaciones sanguíneas ó apoplejías cutáneas, como se observa en la reumática y escorbútica, ni tampoco erupciones diversas con mezcla de lesiones elementales, como sucede en las hiperemias cutáneas provocadas por los fitoparásitos. El ardor y escozor urente de la pelagra, de las que-



maduras, y de otras congestiones artificiales brilla por su ausencia en la que proviene del herpetismo.

Resumiendo diremos; que los caracteres, tanto positivos, como negativos de la hiperemia herpética son: 1.°, la picazon; 2.°, la superficialidad; 3.°, la generalización diseminada; 4.°, la duración breve ó la desaparición brusca; 5.°, la ausencia del infarto cutáneo; 6.°, la ausencia de adenopatías; 7.°, la ausencia de dolor, ardor, escozor urente, hiperestésias ó anestésias; 8.°, la ausencia de apoplejías cutáneas, ó extravasaciones sanguíneas; y 9.°, la ausencia también de otras erupciones de diversa forma elemental.

Por todos esos caracteres pareceme, señores, que se puede conocer la hiperemia de esta naturaleza.

Dejemos á un lado ya esto, que en realidad pertenece á la conferencia anterior, y entremos en la cuestión que me proponía tratar hoy.

*Inflamación cutánea de naturaleza herpética.*—El proceso morbozo inflamatorio de naturaleza herpética tiene también caracteres diferenciales de todos los demás, y lo podreis distinguir á poco que penseis en su naturaleza histológica.

La inflamación herpética es muy superficial; nunca pasa á la profundidad del dérmis; limitada como la congestión á la capa mucosa de Malpighio y á la red papilar del dérmis, está tan cerca de la superficie, está tan cerca de la acción exterior, que los exudados de esta inflamación levantan fácilmente y casi desde el primer momento la capa córnea epidérmica, y se vierten al exterior. Es un carácter diferencial muy importante para con todas las demás inflamaciones de naturaleza discrásica. Como la afección está tan limitada á estos puntos, le pasa casi siempre lo que á la congestión, es decir, que va acompañada de picazon: primero, porque congestiona el extremo de los nervios que se distribuyen en las papilas cutáneas; segundo, porque como levanta la capa córnea de la epidérmis y deja al descubierto y en contacto con el aire exterior la capa mucosa inflamada, la molestia nerviosa que esto ocasiona se traduce por picazon, no se traduce por dolor. Este es uno de los caracteres más generales de las afecciones herpéticas, aunque tiene sus excepciones, como vereis, si no en esta sesión, en la inmediata.

La picazon, os decía, es el carácter más principal de las inflamaciones; pero hay en ocasiones dolor porque los exudados inflamatorios se corren á lo largo de los nervios papilares y estando cerca el nervio eferente, por él también se introducen, dando lugar á una especie de neuritis más bien que á una neuralgia, que es la que acompaña al herpes zona y en ocasiones al herpes flictenoides, afecciones ambas muy dolorosas aunque sean herpéticas. Pero la mayoría de las herpéticas inflamatorias van acompañadas de picazon más que de dolor, y esta picazon se aumenta de una manera considerable y extraordinaria con el calor, se aumenta también, y no se sabe por qué, durante la noche.

Como la inflamación superficial de todo el epidérmis de la capa mucosa de Malpighio está abocada al orificio excretor de la mayor parte de los folículos, sucede, señores, que se propaga también por la capa epidérmica que cubre el interior de los tubos foliculares, y los ligeros exudados que allí produce aumentan por el pronto y de una manera considerable la acción secretoria de estos folículos. De aquí procede un carácter importantísimo de la inflamación herpética, la gran exudación que la acompaña, exudación compuesta: primero, de los exudados inflamatorios; segundo, de la secreción exagerada de los folículos sudoríparos y folículos sebáceos.

Si analizais esta exudación la encontrareis formada de corta cantidad de glóbulos de pus, de gran cantidad de un líquido en el cual se encuentran sustancias sebáceas, sudor, y suero. Esta exudación mancha generalmente los lienzos y los almohada; pero su mancha es una mancha ligera, no es tan amarillosa como el pus formado.

A todos estos caracteres positivos hay que agregar uno que acompaña siempre á la inflamación herpética y que la diferencia por completo de todas las demás inflamaciones, que es la simetría. En cuanto veais que aparece un eczema, un herpes, una afección inflamatoria, en fin, de naturaleza herpética en un lado del cuerpo, esperadla á los pocos días á la misma altura y en el lado opuesto.

Pareceme, señores, que con estos cuatro caracteres de la picazon, de la superficialidad (digámoslo así) de la inflamación, de la gran exudación y de la simetría, tiene bastante la inflamación herpética para distinguirse de todas las demás, pero todavía pueden añadirse algunos.

En la mayor parte de las otras afecciones constitucionales la inflamación es crónica: aquí la inflamación es aguda. ¿Y cómo es aguda si la enfermedad es crónica? me direis. Muy sencillamente. Preséntase, por ejemplo, en un sitio determinado de la piel, una erupción simétrica y se desarrollan en ella vesículas. Estas vesículas tienen un curso agudísimo: se presentan por la mañana y tal vez se han roto, han desaparecido por la tarde. Viene la descamación inmediata; pero ántes, señores, de que venga la curación completa del padecimiento otras nuevas vesículas se levantan en la epidérmis recientemente formada, y se reproduce el mal *in situ*, es decir, en el mismo sitio en donde estaba. De esta manera la enfermedad, aunque aguda, constituye por la reproducción de sus manifestaciones exteriores una enfermedad crónica.

Nada de esto pasa, por ejemplo, en la sífilis, nada de esto pasa en la lepra, ni en la escrófula: allí hay cronicidad en el mismo grado, allí hay lentitud en el desarrollo de estas mismas vesículas; allí tardan estas vesículas mucho más tiempo en desaparecer sin ser sustituidas por otras.

Claro es que á la inflamación herpética le pasa lo mismo con los caracteres negativos que á la congestión ó á la hiperemia: no va rodeada la inflamación de infartos cutáneos

periféricos, como sucede á la inflamacion escrofulosa; no está rodeada de adenopatías como sucede á la inflamacion virulenta, ó á la inflamacion escrofulosa; no tiene anestesia ni tiene hiperestesia coincidentes como sucede con la inflamacion leprosa; es algo dolorosa ó molesta, no indolente como la sífilítica, y en cambio la sífilítica no pica: no va mezclada con otras lesiones artificiales, ni con parásitos ó pseudo-parásitos como sucede, señores, en las inflamaciones cutáneas artificiales ó parasitarias.

Por si acaso faltaba algun dato para poder diagnosticar la inflamacion herpética y diferenciarla de las demás, nos queda la reproduccion, los brotes sucesivos que vienen en épocas determinadas del año, generalmente en la primavera, en ocasiones durante el calor del verano, desapareciendo todo en el invierno, hasta esa época que concebes del herpetismo en que ya se queda fija, pero siempre exacerbándose en las épocas del calor, en el verano y la primavera, cosa que no sucede en la reumática, sino todo lo contrario, ni en la escrofulosa, ni en la sífilítica. Estas reproducciones en la inflamacion herpética son siempre idénticas, es decir, que si el enfermo ha tenido en su primer brote un eczema, un eczema tiene en su segundo, tercero y cuarto, mientras que si se tratase de la reproduccion escrofulosa no sucederia así, sino que seria completamente diferente: si en su origen fué vesiculosa seria más adelante tuberculosa, pustulosa, etc.

Resumiendo tambien los caractéres de la inflamacion herpética diremos que son los siguientes: 1.°, superficialidad; 2.°, los exudados se vierten, sin detenerse, al exterior en su mayor parte; 3.°, picazon fuerte que se exacerba con el calor y por la noche; 4.°, aparicion en primavera ó verano; 5.°, alivio ó desaparicion en el invierno; 6.°, simetría; 7.°, agudeza de la lesion y cronicidad de la enfermedad por la reproduccion repetida de las lesiones; 8.°, reproduccion de los brotes inflamatorios bajo la misma forma elemental; 9.°, grande exudacion; 10.°, no hay ulceracion; 11.°, no determina cicatrices; 12.°, no profundiza nunca, ni llega al tejido celular subcutáneo; y 13.°, sin adenopatías, sin neoplasias, sin tubérculos, sin infarto cutáneo, sin apoplejías ó extravasaciones sanguíneas, sin anestésias ni hiperestésias, á veces con dolor neurálgico, y sin polimorfía.

La inflamacion herpética es, pues, casi siempre una epidermitis con más ó ménos propagacion de la inflamacion á los folículos y en el zona al nervio. Cuando es muy crónica ó pustulosa además de la epidermitis malpighiana hay una dermatitis superficial.

La histología demuestra una infiltracion de leucocitos al rededor de los vasos de las papilas y sobre todo en las tunicas de las glándulas sudoríparas, que primero se hipertrofian y despues se atrofian. En los casos crónicos la infiltracion, se encuentra también, en el tejido conjuntivo del dermis, y en el zona se propaga desde la red capilar nerviosa al neurilema

del nervio principal eferente, cuyos ramitos se distribuyen en la piel enferma; pero en ningún caso se forman abscesos ó colecciones de pus, ni sobreviene el proceso ulcerativo.

Dejando á un lado ya estas generalidades que sin embargo son útiles para comprender la importancia de estos estudios especiales, os diré que yo divido la inflamacion cutáneo-herpética en dos grupos: inflamaciones simples, ó inflamaciones exudativas; y la inflamacion exudativa en otros dos: vesiculosa que comprende el eczema, el eczema impetiginoso y el impétigo, fundiendo estas tres afecciones de los dermatólogos en una sola; y flictenosa en el cual comprendo el herpes flictenoides, el zona y el pénfigo, afecciones que si aún no se pueden fundir en una sola, más adelante tal vez los mismos dermatólogos convendrán en que deben formar una sola y única especie, si bien hay modificaciones subjetivas en el enfermo.

#### INFLAMACIONES CUTÁNEO-HERPÉTICAS SIMPLES NO EXUDATIVAS.

**ERISIPELA.** *Erisipela herpética.*—¿Existe la erisipela herpética, señores, con autonomia suficiente para constituir una especie morbosa? De ningún modo. La erisipela se presenta en el herpetismo de tres maneras: primera, rodeando las herpétides ya en evolucion; segunda, precediéndolas ántes de su salida uno ó dos días; tercera, sustituyéndolas cuando han desaparecido por un mal tratamiento. Pero como especie particular no se encuentra la erisipela herpética.

Rodea generalmente á los eczemas, y la habreis visto muchas veces en las orejas, y en ciertos y determinados sitios en que hay mucha sensibilidad, muchos vasos, mucha susceptibilidad congestiva, ó en puntos que el enfermo se rasca creyendo que así se va á mejorar.

En algunos casos precede; como por ejemplo, en una afeccion que nos va á ocupar dentro de poco, el eczema rubrum. Este eczema va precedido de una erupcion erisipelatosa, que dura pocas horas y es sustituida por la erupcion vesiculosa.

Pero en ocasiones, tratando mal esta erupcion en su período agudo, ó si á una erupcion vesiculosa ó pustulosa cualquiera la aplicais un tratamiento demasiado astringente, cesa la erupcion y la erisipela viene.

Aun así y todo, señores, aunque la erisipela herpética no tenga autonomia ni pueda considerarse como especie morbosa reconocida por los dermatólogos, hay caractéres suficientes para distinguirla de las demás erisipelas. Puede ocurrir que se os presente el caso de un eczema, por ejemplo, mal tratado, y que haya sobrevenido en su consecuencia una erisipela, y puede presentarse este otro caso de una erupcion que todavia no ha brotado, y que existe sólo como erisipela, y en estos casos es preciso que tengais datos para conocer la naturaleza de esta enfermedad y saber tratada; porque no



se trata la erisipela herpética del mismo modo que una erupcion leprosa, escrofulosa ó dependiente de otras naturalezas.

Pues bien; recordando todos los caracteres anteriormente dichos acerca de la inflamacion simple herpética, podeis diagnosticarla perfectamente. Ya sabeis cuáles son esos caracteres: primero, que ha de ser inmediatamente seguida de una erupcion que se ve generalmente asonar; segundo, que haya sido precedida de una erupcion malamente contenida; tercero, que rodee una erupcion que tenga los caracteres de una herpétide; y si añadís á esto los caracteres de las demás erisipelas, es muy fácil que hagais el diagnóstico: así, por ejemplo, la erisipela escrofulosa casi siempre es *infebril*, ligera, de poca duracion, y ocupa las mejillas, los alrededores de la nariz, y da como carácter fundamental del padecimiento, no solamente el infarto cutáneo periférico y las adenopatías inmediatas que existen á la sazón, sino la hinchazon, la hipertrofia de todos los tejidos próximos; por eso voreis en los escrofulosos que de ella padecen, que se les abulta considerablemente el semblante. Nada de esto pasa en los sujetos que tienen una erisipela de indole herpética, y aún despues de curada la enfermedad los tejidos inmediatos conservan su tamaño si es que no se reduce; no se hipertrofian de ninguna manera.

Las erisipelas leprosas, vayan precedidas ó acompañadas de otras erupciones, tendrán siempre como carácter diferencial la anestesia ó hiperestesia á veces coincidentes; ya sabeis cómo se averigua la una, y cómo la otra, y si no quisiérais emplear una aguja para pinchar la piel podeis emplear la electricidad que da más seguros y positivos resultados. Si aplicais la electricidad, por ejemplo, á una erisipela herpética, vereis al enfermo acusar una gran sensibilidad, y si á una erisipela leprosa no os acusará sensacion de ningun género.

Hay erisipelas sífilíticas que rodean los tumores gomosos, pero éstas van seguidas inmediatamente de ulceraciones.

Las hay tambien, señores, que dependen de otras causas, como por ejemplo, las consecutivas á estados tíficos, pero no se presentan éstas donde generalmente aparecen las erisipelas herpéticas; se presentan en los sitios declives donde la circulacion es difícil, son ligeramente dolorosas, acompañan á una fiebre maligna, se ulceran casi inmediatamente, y no tienen los caracteres de verdadera agudeza, ni van acompañadas de las afecciones eruptivas consecutivas tan características de la herpética. Las erisipelas reumáticas están localizadas en las piernas y en puntos varicosos y preceden á las úlceras del mismo nombre; son dolorosas y de curso lento. La erisipela del carbunco y de la pístula maligna, es de un color rojo intenso oscuro, enfismatosa, rápidamente invasora y va acompañada de la fiebre séptica, aguda; una cosa análoga pasa en la erisipela mucromosa y venérea, aunque ésta es más leve, y menos invasora y nunca es enfismatosa.

Finalmente, las erisipelas traumática y la simple, aguda ó pseudo-exantemática, son siempre febriles por ligeras que

sean y esto sólo basta para distinguirlas de la herpética que es infebril.

Ahora bien, y prescindiendo de más detalles diagnósticos, ya sabeis, por lo que anteriormente he dicho, que la duracion de la erisipela herpética, sea autónoma ó no lo sea, es sumamente breve: horas, todo lo más días (dos ó tres días) puesto que fácilmente la erupcion consecutiva ó detenida aparece, y en este caso queda curada la erisipela; y de todo esto podeis deducir ya el tratamiento, que es favorecer esa erupcion exudativa que dé salida á los principios exudados, y que es lo que más fácilmente puede hacer que desaparezca la inflamacion. Así, por ejemplo, si veis que tarda en aparecer una herpétide que en un sitio determinado se marca ya encima de la erisipela, dando emolientes, hasta la misma manteca fresca que tan mala es más adelante, podeis favorecer la salida de la erupcion y con ello la erisipela desaparecerá. Lo mismo digo si habeis dado, por ejemplo, una untura de trementina ántes que la erupcion empiece á brotar y sobreviene, en su consecuencia, de una manera brusca, la erisipela; suprimiendo estas fricciones y poniendo sustancias emolientes hareis que aparezca la erupcion y la erisipela desaparezca.

Importa tan poco en realidad la erisipela en el curso del herpetismo que podemos sin inconveniente dejarla ya á un lado y entrar en otro estudio más principal, en el de las inflamaciones herpéticas exudativas empezando por la vesiculopustulosa, ó eczema.

Señores: el eczema es la enfermedad más comun en Dermatología; es el tipo además del herpetismo, aunque puede presentarse á consecuencia de infinitud de estados morbosos.

No es mi ánimo estudiar el eczema de una manera general; ya lo he hecho en otros cursos anteriores, y hoy no debemos estudiar más que el eczema herpético. Pero no puedo estudiar el eczema herpético sin definir el eczema.

Es el eczema una erupcion cutánea caracterizada por la presentacion, sobre placas rojas de la piel, de vesículas aglomeradas ó de vesiculo-pústulas llenas, segun el caso, de serosidad ó de sero-pus; que tienen un curso rápido, se desecan formando escamitas ligeras ó costras amarillentas; se reproducen en el mismo sitio, van acompañadas de picazon y de picazon generalmente excesiva, y al hacer desaparecer la escama ó costra que cubre toda esta erupcion, se ve un estado criboso de la superficie cutánea (1).

Fijádoos bien en la definicion encontrareis como caracteres principales del eczema: primero, mancha congestiva cutánea sobre la que, segundo, se desarrollan vesículas ó vesiculo-pústulas; tercero, descamacion ligera ó crustácea segun el contenido de la vesícula; cuarto, picazon; quinto, estado criboso del dérmis. Este estado criboso añadido por *Devergie*

(1) Véase para mayores detalles las lecciones sobre las dermatosis agudas ó pseudo-exantemáticas.

á la sintomatología del eczema, es uno de los caracteres más importantes, casi patognomónico de la afección. Si á un eczematoso se le frota rudamente el sitio cubierto por la descamación ó por la erupción, ya para quitar las costras, ya para romper las vesículas, se ve en la superficie roja que queda una infinidad de puntos, de hundimientos, de hoyitos pequeños, por los cuales sale una ligera gotita de serosidad: esto es lo que se llama estado criboso de la piel, signo patognomónico del eczema.

Puede el eczema depender, señores, de infinitas causas: ya es artificial, ya es parasitario; ya, si es espontáneo, es agudo y demuestra un estado pseudo-exantemático, ya, en fin, crónico, y depende de todas ó casi todas las afecciones constitucionales. Estudiemos sólo el eczema herpético.

El eczema herpético tiene dos modos principales de presentación en la piel: el eczema que se llama *rubrum* y el eczema que yo llamaré *pálido* en oposicion á la primera denominacion.

*Eczema rubrum.*—En la edad crítica en la mujer, de los cuarenta á los cincuenta en el hombre, preséntanse de pronto y á consecuencia de disgustos, de pasiones de ánimo, ó de impresiones físicas fuertes, una coleccion de placas rojas en la piel del sujeto y en sitios en que generalmente hay roce, es decir, en los pliegues cutáneos; estas placas rojas ó erisipelatosas perfectamente limitadas y colocadas, ya en las ingles, ya en los sobacos, ya debajo de las mamas, ya, en fin, en los sitios en donde hay pliegues, pueden variar en su tamaño desde el de una pieza grande de duro hasta el de la palma de la mano y mucho más. Su coloracion es de un rojo tan intenso y subido que seguramente se consideraría como una erisipela si fuese acompañada de tumefaccion y de dolor; pero si hay dolor y si hay tumefaccion es tan sumamente ligera y está tan en oposicion con lo intenso de la coloracion, que desde luego podeis deducir que no se trata de una erisipela.

Estas placas además se presentan en sitios simétricos, á los dos lados del cuerpo, y á las pocas horas de su aparicion empieza á brotar de su superficie un líquido seroso. Si os fijais bien entónces en aquellas placas vereis: primero, ese estado criboso de que os hablaba hace un momento; segundo, vesículas todavía íntegras que á la simple vista ó con un anteojó podeis inspeccionar.

Esta erupcion simétrica y que pica horribilmente, principalmente por las noches, se va extendiendo por la circunferencia, las placas van haciéndose cada vez mayores, y al cabo de uno, dos, tres, y á veces seis meses empieza la declinacion; palidecen entónces, se desecan las vesículas que hasta ese momento no se habian convertido en escamitas ó en costras, viene la verdadera descamacion, y el mal de una manera lenta desaparece. Pero desaparece, señores, para repetirse al año siguiente, y entónces las placas por lo ménos tienen el

doble de tamaño; ya no se limitan á los sitios donde hay pliegues, donde hay roce cutáneo; ya se extienden á las espaldas, ya se extienden al vientre, ya se extienden á las extremidades inferiores. Con esto coinciden todos los fenómenos del segundo y tercer periodo del herpetismo, es decir, los catarros y las neuralgias, y raro será que el sujeto que tiene un eczema rubrum no sea además anémico, ó esté sumamente deteriorado.

No hace mucho tiempo hemos tenido en la enfermería una pobre mujer que está ya de alta por lo que no la he mandado bajar de la enfermería para que luego la viéais; despues de cuatro meses de tener el eczema rubrum colocado debajo de las dos mamas y en las dos ingles vino á este establecimiento y tenia exactamente su erupcion todos los caracteres descritos. A beneficio de un tratamiento sencillo, y que no parecia racional, pero que luego os demostraré que lo es, en quince ó veinte dias ha salido del Hospital perfectamente curada de su erupcion. Desgraciadamente, como no hará lo que se le manda, como no podrá hacerlo tal vez por su pobreza, la dermatosis reaparecerá y al año siguiente la tendremos aquí, como hemos tenido durante largos años á una anciana maestra de escuela de uno de los pueblos inmediatos, que todas las primaveras venia á pasar aquí un par de meses para que se le fuera quitando la erupcion cada vez más extensa, cada vez más generalizada de su eczema rubrum.

Esta forma especial del herpetismo y privativa de él, pues nunca depende de la escrófula, de la sífilis, del reuma, ni de ninguna otra enfermedad ó causa externa, jamás se hace pustulosa ó impetiginosa, por lo que se distingue fácilmente de otros eczemas y de otras dermatosis pustulosas; pero pudiera confundirse con varios eritemas y con eczemas vesiculosos de otras naturalezas.

Todos habeis visto en los niños pequeños esos eritemas, esas manchas rojas que existen en las ingles; esos escocidos que llaman las nodrizas y que llaman las madres, y esta es una erupcion tan sumamente parecida al eczema rubrum, que conviene que las sepais diferenciar. En la erupcion ó escocido del niño pequeño hay exudacion, pero no hay vesículas, no hay estado criboso, y esto es ya un carácter diferencial importantísimo. La exudacion del eczema rubrum no tiene olor, no escoria las superficies inmediatas: la exudacion del eritema intertrigo (que así se llama ese escocido de los niños) tiene olor y olor fétido, tanto más cuanto más sucio está el niño, y cuanto más tiempo hace que no se le han echado polvos secos y no se le ha limpiado. Y además; esta erupcion determina una exudacion perfectamente corrosiva y si no corrosiva, irritante, puesto que se propaga á las partes inmediatas.

Pero si quereis un reactivo para diagnosticar el eczema rubrum de este eritema intertrigo que puede presentarse lo mismo en el adulto que en el niño, no teneis más que dar la pomada de breva. Que laven al niño ó persona el sitio afecto;



si empeora lavándolo y si empeora mucho, eritema intertrigo; si no se empeora, eczema rubrum. Dad la pomada de brea; si se empeora es un eritema intertrigo; si se mejora es un eczema rubrum.

La pitiriasis rubra es una de las afecciones que pueden confundirse con el eczema rubrum; consiste la pitiriasis en manchas rojas, extensas, cuñadas de pequeñas escamas furfuráceas; pero, como esta afección va acompañada de picazon y el enfermo se rasca, las escamitas desaparecen por el frote, el dérmis se demuda y exuda algo y puede confundirse perfectamente en este estado con el eczema rubrum; el diagnóstico aquí se hace perfectamente por la falta del estado criboso de la piel, por la presencia segura de escamitas en algunos sitios, y por la falta de vesículas que siempre existen también en algunos sitios en el eczema rubrum.

La erisipela en algunas ocasiones, como os dije anteriormente, puede tomarse por un eczema rubrum y viceversa, con tanto mayor motivo, cuanto que sabéis que es muy común en la erisipela presentarse flictenas, presentarse ampollas, que pueden dar lugar á una exudación serosa mayor ó menor. Pero, en primer lugar, señores, en el eczema rubrum no hay dolor, no hay abultamiento considerable de la piel, y esto no puede menos de existir en las erisipelas agudas que serían las que únicamente podrían confundirse con él: en la erisipela pueden desarrollarse ampollas, muy rara vez vesículas, al revés de lo que ocurre en el eczema rubrum, que, además, está colocado en sitios donde es muy raro que se presente la erisipela.

Pudiera confundirse este eczema con eczemas de otra naturaleza, como el escrofuloso, por ejemplo; pero lo diferenciaréis fácilmente: primero, porque en el eczema rubrum es muy raro que existan escamitas, costras pequeñas, ó costras amarillentas y nunca existen pústulas; y en cambio en el eczema escrofuloso son grandes las pústulas y grandes las costras amarillentas que lo cubren; casi puede decirse que el eczema escrofuloso es siempre *impetiginoso* ó pustuloso y da lugar por lo tanto á grandes costras amarillentas; tiene además los caracteres de las escrofulides, es decir, el infarto cutáneo periférico, las adenopatías, etc.; faltale la simetría, cuando se presenta en los miembros y es muy común que se presente en puntos centrales como la cabeza y el cuello.

Es muy raro (yo no lo he visto más que una vez y tengo dudas de si me equivoqué), el eczema sífilítico; pero, dado caso de que existiera, seguramente tendría los caracteres de las sífilides, es decir, que no picaría, y la picazon, como sabéis, es privativa del herpesismo.

El eczema reumático tampoco puede confundirse con el herpético, porque, como sabéis más adelante si teneis la bondad de seguir asistiendo á estas conferencias, los eczemas reumáticos son secos, son fijos, duran en un sitio determinado muchos años, las vesículas que se forman son sumamente

pequeñas y escasas, por esto no hay gran exudación, al revés de lo que pasa en el eczema herpético; y en cambio, hay una descamación furfurácea parecida á la del pitiriasis. Estos eczemas secos, que existen generalmente en los órganos genitales, en la cabeza, en las regiones pilosas, duran trece y catorce años á veces, sin quitarse del sitio afecto; mientras que el eczema herpético, sobre todo el rubrum, como sabéis, tiene brotes que al fin y al cabo desaparecen, para volver á reproducirse en el año siguiente, y por el contrario los eczemas reumáticos cuando desaparecen no vuelven nunca á presentarse. Podéis distinguir además el eczema rubrum herpético, de otros eczemas herpéticos que no son rubros, porque, aunque la otra forma que voy á describir en breve se presenta sobre placas ligeramente enrojecidas, nunca tienen el color tan intenso de las placas erisipelatosas del eczema rubrum.

Con lo que os he dicho me parece que hasta para que conozcáis el eczema rubrum, siempre que os lo pueda presentar y enseñar de una manera material, es decir, con enfermos, y si no puedo, con láminas, como voy á hacerlo.

La duración de este padecimiento en cada brote, suele ser de uno á seis meses; si el tratamiento no lo modifica, en los sucesivos puede variar de uno á dos años, pero si el tratamiento modifica el padecimiento, podéis hacerle desaparecer en quince, veinte días ó un mes. Podéis hacerle desaparecer en sus lesiones, porque ya sabéis que como enfermedad, á pesar del tratamiento local, se reproducirá en el año siguiente si no habéis apelado al tratamiento interno necesario y oportuno.

¿Cómo se ha de tratar, y cómo se ha de curar localmente el eczema rubrum? Empezad á dar los arsenicales, y dadlos con energía, porque si no, es una enfermedad que se reproduce con mucha rapidez. Dura mucho tiempo en cada uno de sus brotes, se generaliza pronto, y va acompañada de una manera muy inmediata de las afecciones graves de las mucosas y de las afecciones más graves aún de las vísceras; apresuraos, pues, al ver un eczema rubrum á dar el arsénico en dosis muy elevadas aunque gradualmente crecientes, á darlo en dosis más elevadas que lo daríais en el eczema pálido de que luego os hablaré, y sobre todo que en otras enfermedades de índole herpética de menos importancia. El tratamiento local es muy eficaz y ya lo han visto los alumnos que me acompañan en la clínica; á pesar de ese estado inflamatorio aparente, yo he prescrito, no los emolientes, ni los astringentes, sino los excitantes especiales, la pomada de brea. Dad la pomada de brea, señores, como primer remedio contra el eczema rubrum á pesar de la inflamación aparente que allí existe, y vereis al cabo de pocos días declinar la inflamación, secarse la erupción y terminar el padecimiento, desapareciendo todas las manchas sin dejar señal de ninguna clase. Pero si no queréis dar la pomada de brea, sola ó con glicerina, por ciertas circunstancias especiales, podéis dar el aceite

de enebro tópicamente, que obrará tal vez de una manera más rápida, pero que tiene un inconveniente, y es, que forma una especie de tela encima de la erupción, que es preciso á veces dejar que caiga para volver á repetir el toque con un pincel empapado en esta sustancia. Si todavía no queréis usar, ó no podeis usar el aceite de enebro ó la breá, ya porque huelen mal, ya porque tienen color oscuro ó negruzco, y es preciso contentar muchas veces á los enfermos, sobre todo si son señoras, debeis apelar á las pomadas astringentes de óxido de zinc, de subnitrito de bismuto ó de precipitado blanco, poniendo á lo más dos ó tres gramos en treinta de manteca. Con estas pomadas en untura una ó dos veces durante el día, empieza á decrecer la erupción, y desaparece rápidamente. No convienen en general las lociones ni los baños en el eczema rubrum, no porque haga daño el agua, sino porque el enfermo se rasca y se frota para secarse, y exacerba el padecimiento. Si dais la breá, que es el remedio que os aconsejo en primer término, no os olvidéis de aquella observación que os hice anteriormente al hablarlos del herpetismo en general: es preciso que los paños que se pongan se conserven en el mismo sitio muchos días á fin de que la parte atacada respire por mucho tiempo una atmósfera de breá, porque si se mudan los trapos para ponerlos limpios, se va quitando poco á poco la pomada, y queda la erupción sin el tópico suficiente. Es, pues, preciso dar la pomada con mucha abundancia y en gran cantidad. De esta manera el eczema rubrum desaparece en quince, veinte días, todo lo más un mes. Si el eczema es generalizado, insistid con el enfermo para que tome los arsenicales durante el periodo de silencio de la enfermedad, porque de esta manera, el brote que ha de venir será menor; mientras que si se suspende el tratamiento, el brote será cada vez más extenso y más tenaz.

La otra especie de eczema herpético de que tengo que hablaros es la forma que yo llamo pálido, ó pátidum para diferenciarle del rubrum: éste es el más común, el que se presentará á vuestra vista mayor número de veces, y el que se puede llamar tipo del herpetismo. Presentanse como veis en esta figura de mi atlas, y generalmente sobre placas ligeramente enrojecidas de la piel, vesículas ó vesículo-pústulas, pequeñas, agrupadas sí, pero al mismo tiempo separadas unas de otras, que se cubren pronto de una escamita ligera, blanco-amarillenta, que se desprende y es sustituida por otra vesícula ó vesículo-pústula del mismo tamaño y de la misma condicion. La erupción se presenta lo mismo que el eczema rubrum en sitios simétricos de una manera brusca y repentina, sin pródromos, ni fiebre; va acompañada de picazon excesiva que se exacerba por la noche y con el calor, no tiene infarto cutáneo periférico, adenopatías, ni ninguno de los caracteres de las demás diátesis, ó afecciones constitucionales; y este brote primero á que me estoy refiriendo, que puede durar uno ó dos meses, es reproducido en los años sucesivos, en la

primavera ó en el verano, durando ya mucho más que el primero, siendo mucho más extensas y mucho más generalizadas las placas eczematosas, siguiendo, en fin, como sabéis, el curso general del herpetismo. Frotad en cualquiera de esas superficies y encontrareis el estado criboso, más manifestado todavía, más positivo que en el eczema rubrum. La exudación es tan considerable en ocasiones, sobre todo si el enfermo impide la formación de las costras por medio de aplicación de trapos secos, ó por fricciones rudas, ó por rascarse, que llegan á empaparse con ella gran cantidad de paños; tiene un olor especial, característico, algo nauseabundo, soso; padece una disolución gomosa, hace pegar la superficie de los dedos cuando se toca, y da, como sabéis, reacción perfectamente alcalina. Segun sea la generalización del padecimiento, dependiente de su mayor ó menor antigüedad, así son también las afecciones de las membranas mucosas coincidentes más ó menos generalizadas; es muy común que se presenten catarros de la membrana mucosa de diferentes vísceras cuando la erupción es generalizada.

Antes de ayer ha entrado en la enfermería un sujeto que vais á ver dentro de poco: el eczema herpético que padece ocupa las extremidades inferiores, las extremidades superiores y parte también del tronco; es simétrico; pica y podeis observar el estado criboso, porque lo frotaremos. Pues bien; este sujeto presenta ya en dos vísceras afecciones catarrales graves y antiguas, en la mucosa de los bronquios, y en la vejiga de la orina. Seguramente que en este enfermo, el segundo brote eruptivo ya será más generalizado, y si no apelamos á un tratamiento enérgico, el periodo tercero y aun el cuarto ó visceral, aparecerán pronto, siendo muy fácil que termine funestamente por la afección herpética visceral en uno ó en dos años. Generalmente, los brotes de este eczema pálido duran dos ó tres meses en su origen, y van aumentando, ó van convirtiéndose en una erupción fija ó permanente conforme el padecimiento se reproduce. Me refiero al curso espontáneo del mal dejado á sí propio, porque si lo tratáis y lo tratáis de la manera conveniente, vereis reducirse considerablemente la duración del mal, desaparecer la afección local, y hacerse también los brotes sucesivos mucho menores hasta que desaparece la enfermedad y se cura.

No siendo tan generalizado como en este enfermo que vereis dentro de poco, el eczema herpético pálido, tipo del herpetismo, es, señores, leve, no tiene mucha importancia, puede combatirse bien localmente, y desaparece en poco tiempo; podeis evitar su reproducción á beneficio también de los remedios antiherpéticos internos, pero si le abandonais, si hacéis que la erupción sea generalizada, vienen inmediatamente, no sólo esas afecciones catarrales coincidentes y graves, sino fenómenos nerviosos, el insomnio, la tristeza, la lipemania y en algunas ocasiones fenómenos graves de re-



percusion; ya creo que os dije en alguna de las sesiones anteriores, que las únicas dermatosis repercutibles que yo había visto eran la urticaria, el prurigo y el eczema herpético, y algunos reumáticos; pues bien, el eczema herpético es una de estas afecciones repercutibles, no entendiendo por repercusión la presentación en las membranas mucosas de alguna de las erupciones que ya existían, sino la presentación de fenómenos insólitos ó nerviosos que pueden dar lugar ya por asfixia, ya por apoplejía, verdaderamente nerviosas, á la muerte del sujeto.

Como la erupción pica tanto, es imposible el sueño del sujeto en la mayoría de los casos si la erupción es grave y generalizada. En los sujetos que viven en sociedad, el tener esta erupción en sitio visible, no solamente les determina los fenómenos propios y naturales del padecimiento, sino además otros, simpáticos, morales, sumamente graves para estos enfermos, porque generalmente tienen que retraerse, esconderse, no querer que nadie los vea, y puede llegar el caso, si la afección moral no les deja, les demacra, y enflaquece, puede llegar el caso, repito, si la afección dura mucho, de trastornarles de tal modo el sistema nervioso, que vengan enajenaciones mentales. Debois, pues, temer, no solamente el curso del herpetismo, sino ese otro mal moral é inte-

lectual á que puede conducir el no poder vencer una enfermedad de esta clase.

En casos leves, ó en formas benignas, nada de esto ocurre; pero en las formas mixtas, en las formas en que hay otra afección constitucional, hay también otro género de gravedad que añadir á los dichos por la mezcla de lesiones profundas en esos estados mixtos internos de que no puedo ocuparme en este momento y que pueden conducir á un fatal término en más breve tiempo.

Y ¿cómo tratáis este padecimiento? Pues, señores, de la misma manera que el eczema rubrum. Es preciso, según el período del mal, dar los arsenicales y en las dosis y con las condiciones que os expliqué al hablar del herpetismo. Es preciso usar la breva siempre que no se desarrolle una inflamación considerable, porque en este caso conviene combatir ántes la inflamación por medio de cataplasmas emolientes de harina de arroz y agua; pero si la inflamación no es excesiva, si no hay grandes pústulas ni escoror ó dolor coincidente con la manifestación característica del mal, aplicad la pomada de breva, y también veréis resultados maravillosos; aplicadla de la manera que os dije, y en quince ó veinte días, á lo sumo, habrá desaparecido el padecimiento.

He dicho.

## LECCION QUINTA.

Terminación del estudio del eczema.—Síntomas especiales de los eczemas localizados.—De la inflamación herpética exudativa flictenosa.—Del herpes.—Definición, descripción y especies diversas de herpes.—Sus dos formas.—Herpes común.—Ejemplos clínicos.—Su diagnóstico, pronóstico y tratamiento.—Herpes zona herpético.—Definición.—Descripción y ejemplos.—Histología patológica del herpes zona.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento del zona herpético.—Del pénfigo.—Definición.—Teoría de la formación de las ampollas.—Causas y especies diversas.—Del pénfigo herpético.—Descripción de la forma aguda y de la crónica.—Histología patológica del pénfigo.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento del pénfigo herpético agudo y crónico.

### SEÑORES:

En nuestra última conferencia nos ocupamos del proceso inflamatorio herpético, y dentro de él estudiamos la erisipela, y otra forma exudativa, en la cual dijimos que podía incluirse el eczema, el impétigo y el eczema impetiginoso. Estudiamos el eczema rubrum y el eczema páldo, dijimos su sintomatología, expresamos su curso, su diagnóstico, su pronóstico y su tratamiento, y hoy, antes de empezar á estudiar la inflamación que llamaremos flictenosa, hablaremos de las modificaciones que imprimen en la sintomatología, y no sólo en la sintomatología, sino en el tratamiento del eczema, ciertas condiciones de localidad.

Es verdad que el eczema herpético se generaliza, pero es verdad también que puede empezar localizado antes de generalizarse, y ciertas localizaciones modifican de una manera tan especial la sintomatología que es conveniente que las conozcáis.

Una de las localizaciones más importantes es el eczema palpebral. Cuando el eczema herpético empieza por los párpados, ó á los párpados se propaga, como la piel de estos órganos es tan sumamente laxa y fina, resulta que además de la inflamación característica, además de las vesículas y pequeñas costras que allí hay, sobreviene un abultamiento considerable y como erisipelatoso del párpado, viene la propagación de la inflamación á la conjuntiva, y con ella todos los

síntomas que conocéis perfectamente de las conjuntivitis de forma catarral ó granulosa eruptiva.

Puede la erupción externa propagarse al interior del párpado, y no solamente al interior del párpado sino á la conjuntiva ocular; pero es de notar, señores, que no pasa en estos eczemas de naturaleza herpética lo que pasa en los eczemas escrofulosos de esta región que se propagan á la conjuntiva y determinan ó constituyen queratitis verdaderamente ulcerosas, seguidas de pannus que con dificultad se vencen. En los eczemas herpéticos oftálmicos y palpebrales, simétricos casi siempre y acompañados de gran exudación de la membrana mucosa, la erupción desaparece lo mismo que en la piel, sin dejar señal de ningún género.

Estas son las modificaciones principales de la sintomatología; pero lo que más importa saber al práctico son las modificaciones en el tratamiento. Si aplicáis los mismos remedios que he dicho, y que he recomendado para el eczema general en el eczema que ocupa los párpados, os exponéis á producir hasta verdaderas oftalmías. Dad por ejemplo la pomada de brea y glicerina, que es un remedio especial en el eczema herpético, ó en el eczema palpebral externo, y si algo de esta sustancia se introduce entre los párpados, vienen inflamaciones profundas del ojo que pueden ser de inmensa gravedad.



Desterrad, pues, la pomada de brea y glicerina para tratar el eczema palpebral; apelad única y exclusivamente á las sustancias emolientes principalmente de agua de arroz, y si quereis hacer uso de pomadas, escoged entre todas, aquellas que están formadas por los cuerpos conocidos con el nombre de precipitados: el precipitado blanco, el precipitado rojo, el precipitado amarillo, en cantidad de medio á un gramo por treinta de manteca, son las mejores pomadas que podeis usar en el tratamiento del eczema palpebral. Acaso las pomadas de óxido de zinc ó de subnitrito de bismuto al tres por treinta de concentracion den tan buenos resultados; pero como es tanta la sustancia pulverulenta que en ellas entra, sucede que se pega esta sustancia pulverulenta á las exudaciones crustáceas, y estas costras pegadas al párpado son como cuerpos extraños que pican, pinchan y hacen retrasar la curacion.

Cuando el eczema se localiza en el borde del párpado, puede por propagacion convertirse el mal en una blefaritis gránulociliar; y haciéndose crónica, determinar la caida de las pestañas en más ó ménos tiempo. En estos casos, además del tratamiento anti-herpético, hay que escoger tambien como tratamiento local las lociones con el agua de borax, y las pomadas con los precipitados rojo y amarillo.

Hay otra forma del eczema localizado que es muy importante; es el situado en los órganos genitales, tanto de la mujer como del hombre. En la mujer se presenta el eczema en la vulva, y con mucha facilidad se propaga á la vagina y á la matriz coexistiendo con el eczema de los órganos genitales externos. Con considerar, señores, la importancia que tienen estos órganos en la vida social de la mujer; con considerar tambien lo sensibles que son estos órganos, lo que puede atacar al pudor un padecimiento que en estos sitios exista, juzgareis la gravedad de la sintomatología, y la necesidad absoluta de que el tratamiento sea hercico y rápido en su accion para combatir semejantes dolencias.

En ocasiones el eczema de la vulva en la mujer da lugar á escoriaciones por los arañazos que no puede ménos de darse; y si le tratais, como generalmente se trata, con las pomadas simples, con el cerato de Galeno, con la manteca fresca, etcétera, etc., estas erosiones ligoras del eczema que no son nada, que desaparecen por sí solas con los polvos de almidon, se convierten en verdaderas ulceraciones que pueden simular uno á varios chancros. Sucede lo mismo que con el herpes de las regiones genitales mal tratado: se profundiza la infiltracion celular, el proceso que era inflamatorio se hace ulcerativo, y simula perfectamente el chancreo ó los chancros blandos. Tienen estas erosiones, sin embargo, caracteres suficientes para diferenciarlas, en la falta de las adenopatías ya venéreas, ya sífilíticas, y además en que la erupcion ó esas ulceraciones van acompañadas de una picazon intensísima, y en cambio alrededor de ellas no hay infiltraciones, no hay edemas, no hay erisipela circundante como en los chancros.

Pero la picazon es tan irresistible, señores, que la mujer es conducida á infinitos excesos á consecuencia de padecimientos de esta índole. Es más; no pudiendo dormir en la mayoría de los casos porque la picazon se exagera por la noche, pasa como en todas las afecciones pruriginosas: las funciones intelectuales se perturban, y puede perfectamente caer en una especie de monomanía, que se confunde en ocasiones con la ninfomanía, sin serlo.

Es preciso tratar la enfermedad con rapidez para que no llegue este caso, y los remedios mejores que típicamente pueden aplicarse son las lociones; las lociones con soluciones algo concentradas de nitrato de plata, preferibles siempre á las soluciones de otros cuerpos astringentes como el tanino, el óxido de zinc, el sublimado y otros que no tienen una accion tan rápida y especial como el nitrato de plata en todas las membranas mucosas. Como aquí importa poco que deje mancha como sucede en la conjuntiva, como importa poco que haya más ó ménos hundimiento en las cicatrices, apelad, pues, á los toques de nitrato de plata ó á las soluciones más ó ménos concentradas de esta sustancia. Si dais, en vez de esto, el yodo como deberíais hacer en afecciones análogas de naturaleza escrofulosa, probablemente conseguis empeorar la erupcion ó que venga una erisipela de la membrana mucosa, y esto puede dar lugar á fenómenos de alguna gravedad.

El mismo eczema ocupando el escroto en el hombre, el prepacio ó el balano, determina síntomas nerviosos parecidos, y á consecuencia de los arañazos y del estado laxo de la piel del escroto pueden venir complicaciones inflamatorias, ó flemones, diviesos, avisperos, etc. Tambien conviene en estos casos aplicar una sustancia que tenga bastante actividad curativa; siendo sumamente exudativa la afeccion del escroto, manchándolo todo, el enfermo quiere que se corrija pronto, y para conseguirlo el mejor remedio, el remedio más eficaz es el aceite de enebro, que no conviene en la afeccion genital de la mujer, y sobre todo que no conviene en la localizacion del eczema en el párpado, pero que en el escroto castra inmediatamente la erupcion, impide la exudacion abundantisima, calma la erupcion ulterior que viene, y con este alivio pronto, ya os da tregua para alternar con otras medicinas más suaves si la enfermedad no obedece, como no es fácil que obedezca por completo y de una manera rápida, sin hacer uso largo tiempo de un tratamiento interno.

Cuando se localiza el eczema en las uñas constituyendo lo que se llama eczema ungual, produce primero una especie de desfilachamiento de la uña; no es el desfilachamiento producido por los esporos vegetales que se interponen entre las diversas capas de la uña, y que se caracterizan por su color verdoso; es un desfilachamiento que primeramente es seco y que despues tiene humedad. En las primeras épocas del eczema ungual se requetoraja la uña sin dar lugar á exudacion ninguna, pero andando el tiempo se presenta esa exudacion

en los alrededores y aún en el centro de la misma uña y acaba ésta por caer en trozos; no como sucede en los onixis sífilíticos ó de otras naturaleza, en los que cae la uña de una manera completa; cae, repito, por trozos, se reproduce de una manera deforme, vuelve á saltar al cabo de algun tiempo y se produce, por consiguiente, una deformidad especial y permanente en la uña, que podeis ver actualmente en la sala en algunos sujetos herpéticos.

El eczema auricular, ya dependa de la propagacion del generalizado, ó ya sea el primer sitio de su manifestacion, determina grandes picazon ó hinchazon en el conducto auditivo, y como la exudacion puede obstarle, es fácil la sordera; tambien son comunes las neuralgias y las neuritis próximas por las tendencias que el enfermo tiene á rascarse y quitarse las costras con alfileres ó palillos, determinando erosiones y grietas muy dolorosas.

El eczema anal, muy frecuente como manifestacion reumática, se presenta tambien en el herpetismo, ya solo ó localizado, ya como parte del generalizado: la picazon á que da lugar es sumamente molesta ó insostenible; el enfermo tiene forzosamente que rascarse, y sobrevienen hemorroides y grietas en el ano con todas sus consecuencias; su exudacion es tan abundante y fétida que mancha mucho las ropas, irrita las partes próximas y produce con frecuencia flemones, diviesos y aún verdaderas fistulas.

Los enfermos creen que tienen lombrices, y miran la erupcion como consecuencia de la picazon que aquéllas simpáticamente determinan; pero más tarde se ve á la erupcion generalizarse, y ya no puede haber duda.

El eczema capitis es tal vez la forma más comun en las localizaciones que voy describiendo. Empieza por una fuerte picazon en la cabeza, que obliga al enfermo á rascarse; pronto aparece la exudacion aluminosa producida por numerosas vesículas interpusas; se aglutinan los pelos en su base por mechones; se forman costras que los abarcan y sujetan á modo de pinceles, y apenas se secan y caen espontáneamente ó á la fuerza, cuando la exudacion forma otras nuevas, blanco-amarillentas y húmedas al principio, despues secas y cada vez mayores.

Si la erupcion es muy tenaz y crónica, los pelos comprimidos se caen, y vuelven ó no á salir, segun se haya ó no propagado la inflamacion á los folículos, determinando en ellos lesiones de importancia.

La suciedad que este eczema produce y sostiene en la cabeza por no poder peinarse, por las unturas que tienen que darse los enfermos y por la putrefaccion en que entra la exudacion eczematosas, atrayendo parásitos de todas clases, y la dificultad de su curacion, hacen que esta localizacion herpética sea de verdadera gravedad, sin contar con la alopecia que á la larga puede ocasionar. No deis para combatirla pomadas pulverulentas, es decir, en las que entren sustancias

pulverulentas, porque al disiparse la grasa se precipitan los polvos de calomelanos, óxido de zinc, ó lo que sea, sobre las costras y las amentas; dad la pomada de brea, cuyos efectos son casi prodigiosos.

Finalmente, tambien se localiza el eczema en las extremidades inferiores, y cuando la enfermedad es sumamente crónica, es grave: ya os dije el otro día al enseñaros un enfermo, que su cronicidad se determina por la friccion continua, por la dificultad de la circulacion, por el mal tratamiento, y por la compresion, como sucede en las mujeres, por las ligas que llevan en la parte superior de las piernas. Sobrevienen, á consecuencia de este eczema, várices en las extremidades inferiores, que pueden diferenciarse perfectamente de las várices no sostenidas por el herpetismo, es decir, ocasionadas por el reumatismo; pero ya vendrá ocasion en que dilucidemos este punto.

Todas estas erupciones localizadas deben tratarse absolutamente lo mismo que el eczema generalizado; y vuelvo á repetir, señores, que estas localizaciones del eczema, más propias del reumatismo que del herpetismo, pueden ser origen de la manifestacion herpética que luego se generaliza, ó pueden coincidir con el eczema herpético generalizado. De todos modos, me he creído en el deber de manifestaros sus modificaciones sintomatológicas y el tratamiento que podeis emplear en ellas, porque es cosa muy importante para la práctica.

Entremos ya en el objeto preferente de la sesion de hoy: en el estudio de la inflamacion que llamaremos flictenosa.

Comprende dos enfermedades importantísimas: el herpes y el pénfigo, y por esta primera denominacion ya os habeis figurado seguramente que herpes no es lo mismo que herpetismo, puesto que hay una lesion local que se llama herpes dentro de esa enfermedad constitucional que se llama herpetismo.

Con efecto, señores. Llámase en Dermatología, y debe llamarse por lo tanto en Patología, *herpes* á una erupcion caracterizada por la presentacion de grandes vesículas globulosas ó de pequeñas ampollas formando grupo sobre un trozo de piel más ó ménos regular, enrojecida ó eritematosa.

En el herpes podemos estudiar infinitos géneros, infinitas especies, porque infinitas son las causas que pueden producirlo. Así es, que hay herpes artificial ó provocado; hay herpes producido por el parasitismo, tanto animal como vegetal, y herpes que depende de causas internas, que son los que yo llamo *espontáneos* ó producidos por estados constitucionales, y estos son generalmente herpéticos ó reumáticos.

Por razon de su forma se han admitido varias especies: el circinado ó anular, que es parasitario; el numular; el zona, etc.

Por razon del sitio de su localizacion se ha denominado el herpes, labial, facial, preputial, etc., formas que casi



Desterrad, pues, la pomada de brea y glicerina para tratar el eczema palpebral; apela única y exclusivamente á las lociones emolientes principalmente de agua de arroz, y si quereis hacer uso de pomadas, escoged entre todas, aquellas que están formadas por los cuerpos conocidos con el nombre de precipitados: el precipitado blanco, el precipitado rojo, el precipitado amarillo, en cantidad de medio á un gramo por treinta de manteca, son las mejores pomadas que podeis usar en el tratamiento del eczema palpebral. Acaso las pomadas de óxido de zinc ó de subnitrito de bismuto al tres por treinta de concentracion den tan buenos resultados; pero como es tanta la sustancia pulverulenta que en ellas entra, sucede que se pega esta sustancia pulverulenta á las exudaciones crustáceas, y estas costras pegadas al párpado son como cuerpos extraños que pican, pinchan y hacen retrasar la curacion.

Cuando el eczema se localiza en el borde del párpado, puede por propagacion convertirse el mal en una blefaritis grándulo-ciliar; y haciéndose crónica, determinar la caída de las pestañas en más ó ménos tiempo. En estos casos, además del tratamiento anti-herpético, hay que escoger tambien como tratamiento local las lociones con el agua de borax, y las pomadas con los precipitados rojo y amarillo.

Hay otra forma del eczema localizado que es muy importante; es el situado en los órganos genitales, tanto de la mujer como del hombre. En la mujer se presenta el eczema en la vulva, y con mucha facilidad se propaga á la vagina y á la matriz coexistiendo con el eczema de los órganos genitales externos. Con considerar, señores, la importancia que tienen estos órganos en la vida social de la mujer; con considerar tambien lo sensibles que son estos órganos, lo que puede atacar al pudor un padecimiento que en estos sitios exista, juzgaréis la gravedad de la sintomatología, y la necesidad absoluta de que el tratamiento sea heroico y rápido en su accion para combatir semejantes dolencias.

En ocasiones el eczema de la vulva en la mujer da lugar á escoriaciones por los arañazos que no puede ménos de darse; y si le tratáis, como generalmente se trata, con las pomadas simples, con el cerato de Galeno, con la manteca fresca, etcétera, etc., estas erosiones ligeras del eczema que no son nada, que desaparecen por sí solas con los polvos de almidon, se convierten en verdaderas ulceraciones que pueden simular uno á varios chancros. Sucede lo mismo que con el herpes de las regiones genitales mal tratado: se profundiza la infiltracion celular, el proceso que era inflamatorio se hace ulcerativo, y simula perfectamente el chanero ó los chancros blancos. Tienen estas erosiones, sin embargo, caracteres suficientes para diferenciarlas, en la falta de las adenopatías ya venéreas, ya sífilicas, y además en que la erupcion ó esas ulceraciones van acompañadas de una picazon intensísima, y en cambio alrededor de ellas no hay infiltraciones, no hay edemas, no hay erisipela circundante como en los chancros.

Pero la picazon es tan irresistible, señores, que la mujer es conducida á infinitos excesos á consecuencia de padecimientos de esta índole. Es más; no pudiendo dormir en la mayoría de los casos porque la picazon se exacerba por la noche, pasa como en todas las afecciones pruriginosas: las funciones intelectuales se perturban, y puede perfectamente caer en una especie de monomanía, que se confunde en ocasiones con la ninfomanía, sin serlo.

Es preciso tratar la enfermedad con rapidez para que no llegue este caso, y los remedios mejores que tópicamente pueden aplicarse son las lociones; las lociones con soluciones algo concentradas de nitrato de plata, preferibles siempre á las soluciones de otros cuerpos astringentes como el tanino, el óxido de zinc, el sublimado y otros que no tienen una accion tan rápida y especial como el nitrato de plata en todas las membranas mucosas. Como aquí importa poco que deje mancha como sucede en la conjuntiva, como importa poco que haya más ó ménos hundiimiento en las cicatrices, apela, pues, á los toques de nitrato de plata ó á las soluciones más ó ménos concentradas de esta sustancia. Si dais, en vez de esto, el yodo como deberíais hacer en afecciones análogas de naturaleza escrofulosa, probablemente conseguís empeorar la erupcion ó que venga una erisipela de la membrana mucosa, y esto puede dar lugar á fenómenos de alguna gravedad.

El mismo eczema ocupando el escroto en el hombre, el prepucio ó el balano, determina síntomas nerviosos parecidos, y á consecuencia de los arañazos y del estado laxo de la piel del escroto pueden venir complicaciones inflamatorias, ó flemones, diviesos, avisperos, etc. Tambien conviene en estos casos aplicar una sustancia que tenga bastante actividad curativa; siendo sumamente exudativa la afeccion del escroto, manchándolo todo, el enfermo quiere que se corrija pronto, y para conseguirlo el mejor remedio, el remedio más eficaz es el aceite de enebro, que no conviene en la afeccion genital de la mujer, y sobre todo que no conviene en la localizacion del eczema en el párpado, pero que en el escroto castra inmediatamente la erupcion, impide la exudacion abundantísima, calma la erupcion ulterior que viene, y con este alivio pronto, ya os da tregua para alternar con otras medicinas más suaves si la enfermedad no obedece, como no es fácil que obedezca por completo y de una manera rápida, sin hacer uso largo tiempo de un tratamiento interno.

Cuando se localiza el eczema en las uñas constituyendo lo que se llama eczema ungual, produce primero una especie de desfilachamiento de la uña; no es el desfilachamiento producido por los esporos vegetales que se interponen entre las diversas capas de la uña, y que se caracterizan por su color verdoso; es un desfilachamiento que primeramente es seco y que despues tiene humedad. En las primeras épocas del eczema ungual se requiebra la uña sin dar lugar á exudacion ninguna, pero andando el tiempo se presenta esa exudacion

en los alrededores y aún en el centro de la misma uña y acaba ésta por caer en trozos; no como sucede en los onixis sistilíticos ó de otras naturalezas, en los que cae la uña de una manera completa; cae, repito, por trozos, se reproduce de una manera deforme, vuelve á saltar al cabo de algun tiempo y se produce, por consiguiente, una deformidad especial y permanente en la uña, que podeis ver actualmente en la sala en algunos sujetos herpéticos.

El eczema auricular, ya dependa de la propagacion del generalizado, ó ya sea el primer sitio de su manifestacion, determina grandes picazonas ó hinchazon en el conducto auditivo, y como la exudacion puede obstruirle, es fácil la sordera; tambien son comunes las neuralgias y las neuritis próximas por las tendencias que el enfermo tiene á rascarse y quitarse las costras con alfileres ó palillos, determinando erosiones y grietas muy dolorosas.

El eczema anal, muy frecuente como manifestacion reumática, se presenta tambien en el herpesismo, ya solo ó localizado, ya como parte del generalizado: la picazon á que da lugar es sumamente molesta ó insuportable; el enfermo tiene forzosamente que rascarse, y sobrevienen hemorroides y grietas en el ano con todas sus consecuencias; su exudacion es tan abundante y fétida que mancha mucho las ropas, irrita las partes próximas y produce con frecuencia flemones, diviesos y aún verdaderas fistulas.

Los enfermos creen que tienen lombrices, y miran la erupcion como consecuencia de la picazon que aquéllas simpáticamente determinan; pero más tarde se ve á la erupcion generalizarse, y ya no puede haber duda.

El eczema capitis es tal vez la forma más comun en las localizaciones que voy describiendo. Empieza por una fuerte picazon en la cabeza, que obliga al enfermo á rascarse; pronto aparece la exudacion albuminosa producida por numerosas vesículas interpilosas; se aglutinan los pelos en su base por mechones; se forman costras que los abarcan y sujetan á modo de pincoles, y apenas se secan y caen espontáneamente ó á la fuerza, cuando la exudacion forma otras nuevas, blanco-amarillentas y húmedas al principio, despues secas y cada vez mayores.

Si la erupcion es muy tenaz y crónica, los pelos comprimidos se caen, y vuelven ó no á salir, segun se haya ó no propagado la inflamacion á los folículos, determinando en ellos lesiones de importancia.

La sociedad que este eczema produce y sostiene en la cabeza por no poder peinarse, por las unturas que tienen que darse los enfermos y por la putrefaccion en que entra la exudacion eczematosas, atrayendo parásitos de todas clases, y la dificultad de su curacion, hacen que esta localizacion herpética sea de verdadera gravedad, sin contar con la alopecia que á la larga puede ocasionar. No deis para combatirla pomadas pulverulentas, es decir, en las que entren sustancias

polverulentas, porque al disiparse la grasa se precipitan los polvos de calomelanos, óxido de zinc, ó lo que sea, sobre las costras y las amentas; dad la pomada de breva, cuyos efectos son casi prodigiosos.

Finalmente, tambien se localiza el eczema en las extremidades inferiores, y cuando la enfermedad es sumamente crónica, es grave: ya os dije el otro dia al enseñaros un enfermo, que su cronicidad se determina por la friccion continua, por la dificultad de la circulacion, por el mal tratamiento, y por la compresion, como sucede en las mujeres, por las ligas que llevan en la parte superior de las piernas. Sobrevienen, á consecuencia de este eczema, várices en las extremidades inferiores, que pueden diferenciarse perfectamente de las várices no sostenidas por el herpesismo, es decir, ocasionadas por el reumatismo; pero ya vendrá ocasion en que dilucidemos este punto.

Todas estas erupciones localizadas deben tratarse absolutamente lo mismo que el eczema generalizado; y vuelvo á repetir, señores, que estas localizaciones del eczema, más propias del reumatismo que del herpesismo, pueden ser origen de la manifestacion herpética que luego se generaliza, ó pueden coincidir con el eczema herpético generalizado. De todos modos, me he creído en el deber de manifestaros sus modificaciones sintomatológicas y el tratamiento que podeis emplear en ellas, porque es cosa muy importante para la práctica.

Entremos ya en el objeto preferente de la sesion de hoy: en el estudio de la inflamacion que llamaremos flictenosa.

Comprende dos enfermedades importantísimas: el herpes y el pénfigo, y por esta primera denominacion ya os habeis figurado seguramente que herpes no es lo mismo que herpesismo, puesto que hay una lesion local que se llama herpes dentro de esa enfermedad constitucional que se llama herpesismo.

Con efecto, señores. Llámase en Dermatología, y debe llamarse por lo tanto en Patología, *herpes* á una erupcion caracterizada por la presentacion de grandes vesículas globulosas ó de pequeñas ampollas formando grupo sobre un trozo de piel más ó ménos regular, enrojecida ó eritematosa.

En el herpes podemos estudiar infinitos géneros, infinitas especies, porque infinitas son las causas que pueden producirlo. Así es, que hay herpes artificial ó provocado; hay herpes producido por el parasitismo, tanto animal como vegetal, y herpes que depende de causas internas, que son los que yo llamo *espontáneos* ó producidos por estados constitucionales, y estos son generalmente herpéticos ó reumáticos.

Por razon de su forma se han admitido varias especies: el circinado ó anular, que es parasitario; el numular; el zona, etc.

Por razon del sitio de su localizacion se ha denominado el herpes, labialis, facialis, preputialis, etc., formas que casi



nunca son herpéticas, sino escrofulosas, artificiales y más comunmente pseudo-exantemáticas.

Finalmente, se ha llamado flictenoides cuando le forman ampollitas diseminadas por el cuerpo.

Yo no debo ocuparme más que del herpes herpético en la conferencia de hoy, y tengo que dejar naturalmente los herpes de distinta clase para otro sitio.

El herpes herpético tiene dos modos de manifestación dentro del herpetismo: el primero es la forma que podemos llamar común, simple; el otro es el zona ó zoster, afecciones importantísimas que es necesario que conozcáis bien para poderlas tratar debidamente.

Primera forma: herpes simple herpético. Yo llamo á esta forma pseudo-eczema, porque en realidad puede confundirse, y sin inconveniente podeis confundirlo con el eczema; se diferencia únicamente de él en que las placas rojas sobre que descansan las vesículas son redondeadas; simétricas por supuesto como en los eczemas, pero redondeadas, y en que las vesículas ó ampollas que sobre este eritema, ó que sobre estas placas rojas se levantan son diferentes del eczema; son duras, muy globulosas, y generalmente se secan como se secan las ampollas, en forma foliácea, no como las pústulas en forma costrosa.

El herpes herpético del que hemos tenido tres ó cuatro ejemplares nada más, aparece de pronto tambien, á consecuencia de causas morales, precedido de una gran picazon, en las dos extremidades torácicas ó abdominales (es muy raro que ocupe el cuerpo) y en forma de placas redondas del tamaño de un duro ó algo más; como las del eczema rubrum son cubiertas rápidamente de grandes vesículas, que al cabo de ocho ó diez días empiezan á descascar y se forman esas costras foliáceas características.

En este estado la erupcion, acompañada no de tanta picazon como el eczema, pero sí de algun escozor coincidente con picazon ligera, dura la enfermedad dos, tres, cuatro semanas, y al fin empieza por caer la exfoliacion costrosa que allí se ha formado, y desaparecer todo para reproducirse en época más ó menos remota, de la misma manera, señores, que sucede con todas las enfermedades herpéticas.

Podeis diferenciar este herpes herpético del eczema herpético, como os he dicho, primero, por la forma redondeada de las placas rojas, y segundo, por el tamaño de las vesículas. Lo diferenciareis tambien de otras afecciones, del herpes zona por ejemplo, porque el herpes zona tiene colocadas sus vesículas en forma lineal, no en placas redondas. Pero puede confundirse perfectamente con el herpes circinado ó numular, y esto conviene que lo diagnostiquéis bien. Es verdad que el herpes herpético es redondeado y tiene una forma perfectamente circular, pero están cubiertas completamente esas placas rojas de vesículas, mientras que en el herpes circinado que depende de una afeccion parasitaria vegetal, de una tña,

las vesículas empiezan por presentarse en la periferia, y se desarrollan costras ó escamitas ligeras, que pueden ó no propagarse al interior; pero en la mayoría de los casos se ve la piel sana en el centro. Además forma el herpético costras mucho mayores que el circinado. Aplicando el recurso grande del microscopio podeis diferenciar perfectamente una de otra enfermedad, porque en una se presentarán esporas vegetales perfectamente diseñados, y en la otra no vereis más que la mezcla aluminosa de los glóbulos de pus como único componente de esa costra que cubre el herpes herpético.

Esta enfermedad es leve; puede curarse con mucha más facilidad que todas las demás manifestaciones generales del herpetismo, incluso el eczema y el herpes zona de que voy á hablar en seguida.

Su tratamiento es absolutamente el mismo que el del eczema; debeis tratarlo localmente con la pomada de breva y glicerina, con tópicos astringentes, baños generales templados, y al interior con los preparados arsenicales.

Estudienos ya la afeccion más importante del herpetismo despues del eczema, que es, señores, el herpes zona. Llámase en Dermatología herpes zona á una afeccion caracterizada por la presentación de vesículas grandes ó ampollas pequeñas, claras, brillantes, relucientes, de epidermis muy tirante, que de vez en cuando se trasforman en su coloracion tomando un color oscuro negruzco por extravasacion sanguínea, y que se hallan colocadas generalmente en líneas ó filas largas, pero sobre piel poco ó nada enrojecida.

Los caracteres principales de esta enfermedad son: primero, el estar colocadas las vesículas en una línea, línea que representa perfectamente la direccion de un nervio importante; segundo, el estar las vesículas, no amontonadas, sino perfectamente discretas, sin areola roja que las rodea; y tercero, el ir acompañada de neuralgias y de neuralgias intensísimas.

Ved ahora cómo generalmente empieza á manifestarse el herpes zona en los sujetos herpéticos. Generalmente el sujeto herpético que va á padecer el herpes zona ha tenido otras manifestaciones del herpetismo; ya se le conoce como tal herpético, y de pronto, á consecuencia de una causa ligera, generalmente de una impresion moral fuerte, se encuentra con fiebre y con un dolor más ó menos intenso ya de una region intercostal, ya en direccion de un nervio importante de las extremidades ó de la cabeza. Al día siguiente de esta primera manifestacion del herpes zona, se ven aparecer, ya puntos rojos, separados, discretos, pero siguiendo la direccion de uno de estos nervios. Estos puntos rojos van creciendo, van formándose en ellos elevaciones de la epidermis, verdaderas vesículas, y el dolor va aumentando. Por fin llega el límite del tamaño que han de tener estas vesículas, que generalmente es el de un guisante, pero en la mayoría de los casos se limitan á tener el tamaño de la cabeza de un grueso alfiler; no hay gran picazon, pero hay tension, ardor y el dolor en

cuan to llega el máximo de desarrollo de las vesículas; aunque cede algo, no desaparece. Las condiciones de este dolor es preciso conocerlas: se parece mucho á los dolores lancinantes del cáncer; tan fuerte y tan intenso es, señores, que no solamente estorba el sueño, sino que impide que el sujeto se dedique á sus ocupaciones habituales, y áun que discurra, piense y coma; el menor movimiento lo aumenta y exagera; lo exagera también el calor de la cama como sucede en las demás erupciones herpéticas. Le aumenta además la palpacion, el tocar, no una vesícula sino cualquier punto de sus inmediaciones.

Siguiendo el curso del herpes zona vereis que esas vesículas que ocupan la direccion de un nervio, empiezan al cabo de 10 ó 12 dias, de 15 ó 20, segun la forma y naturaleza del padecimiento, empiezan á secarse, formándose ligeras exfoliaciones crustáceas, costras ligeros pero adherentes ó muy adheridas á la piel. Sea por descuido, sea por no advertirlo el enfermo, si se rasca ó desprende alguna de estas costras, ó si rompe alguna de esas vejiguitas se desarrolla una úlcera cutánea tan intensamente dolorosa que no puede compararse con nada, que no cede tampoco á ningún remedio sino á dosis elevadísimas. Esta úlcera sigue un curso independiente ya, de lo restante de la erupcion. La vereis inflamada, nunca llega á ponerse atónica, y sin embargo, su cicatrizacion es sumamente difícil. Las ulceraciones consecutivas al herpes zona tardan muchísimo tiempo en cicatrizar, sobre todo si se aplican los remedios que comunmente se emplean por los cirujanos.

Si no se ha formado úlcera, si la erupcion y las costras al fin desaparecen de una manera espontánea ó artificial por el tratamiento, es muy comun que durante algunas semanas, en las formas crónicas durante algunos meses, y en las formas graves durante algunos años, siga á la erupcion la misma neuralgia, repetida como ella de una manera intermitente, pero al fin y al cabo, como es dolorosísima, hará que el enfermo tenga una vida muy penosa y esté constantemente acudiendo á los médicos para que se la mejoren.

Tal es el curso comun del herpes zona, cualquiera que sea su naturaleza; conviene que sepais los sitios en que se presenta y segun ellos las especies locales que se han querido formar de este padecimiento.

El más comun es el intercostal: ocupa entónces la enfermedad desde el centro de una apófisis espinosa al centro del esternon, siguiendo un borde costal.

Sigue á éste en frecuencia la forma que se ha llamado dorso-abdominal que empieza en una de las apófisis espinosas dorsales inferiores y sigue hasta la línea alba.

Es mucho más raro el que se ha llamado lumbó-inguinal, del cual, sin embargo, tengo aquí un ejemplar en estas láminas que os enseñaré despues.

Y finalmente, son menos frecuentes, pero tendreis ocasion

HERPES ZONA.

de verlos en la práctica, los que pueden llamarse femorales y poplíteos, que siguen la direccion del nervio femoral ó poplíteo, los braquiales, los faciales, ó del cuello, que siguen la de los nervios correspondientes.

Como estas localizaciones ó al ménos algunas de ellas implican también modificaciones en la sintomatología, y modificaciones en el tratamiento, os diré algo de una localizacion especial, la que se ha llamado herpes zona ó zoster oftálmico.

El zona oftálmico se presenta generalmente por encima y por debajo de un ojo formando un semicírculo. Es sumamente doloroso, y puede ocasionar fenómenos gravísimos, tan graves que en ocasiones se pierde en aquel ojo la vista de una manera rápida y casi instantánea. Yo he tenido ocasion de ver en un escritor público muy distinguido un herpes zona oftálmico que partiendo de la region posterior del occipucio venía á pasar por encima de la ceja, determinando una ampolla en el párpado superior, otra en el inferior, y terminaba en la mejilla. Los dolores eran tan intensos, que á pesar de uno ó dos granos de clorhidrato de morfina al interior no cedían; sólo cedieron á las inyecciones hipodérmicas de esta sustancia, pero tuve miedo de que me pasara lo que en otro enfermo, en que no sólo se presentó la vesícula en el párpado, sino en el mismo ojo, lo perforó y le determinó la ceguera en pocas horas.

Es de notar en estos casos la intensidad del ardor urente que se mezcla y confunde con el dolor lancinante y la accion cáustica, corrosiva y perforante, que debajo de la gran vesícula se desarrolla con una rapidez inexplicable.

En efecto, en este sujeto á que me refiero, la ampolla del párpado superior determinó una verdadera escara negruzca que perforó por completo el párpado. Es, pues, de muchísima gravedad el herpes zona oftálmico, con relacion especialmente á todas las demás localizaciones descritas. Pero considerad, señores, que además, segun la naturaleza de todos estos padecimientos debe de ser su gravedad.

Los modernos que no les basta, y creo que tienen razon, la opinion de los antiguos de considerar el herpes como herpético, como reumático ó como de otra naturaleza y apreciar su diverso aparato sintomático, han tratado de investigar lo que yo llamaria naturaleza local del herpes zona, por medio de la Histología, y tenemos datos sumamente curiosos de muchos dermatólogos y de muchos histólogos alemanes y franceses acerca de lo que es el herpes zona localmente considerado. Cogiendo un trozo de piel ó extirpando un trozo de piel más ó ménos grande en que se encuentren una ó varias vesículas del herpes zona, y haciendo los cortes apropiados para su investigacion microscópica, han encontrado los histólogos: primero, una gran infiltracion serosa en toda la parte afecta; segundo, una gran infiltracion celular ó de glóbulos de pus entre el neurilema y las fibras nerviosas de los nervios capilares, si es que los podemos llamar así; tercero, una for-

XII



mación de células madres, de células grandes, con muchos núcleos, de forma casi siempre fusiforme que van a parar desde el centro de la base de la vesícula del zona, ó sea desde la superficie de la capa mucosa de Malpighio hasta el vértice de la cavidad epidérmica ó bóveda de la ampolla.

Uno de los caracteres que tienen estas ampollitas ó estas vesículas del herpes zona, es el de formar algunas umbilicaciones, y no de otra manera que por la atadura de esta red de células fusiformes pueden explicarse tales umbilicaciones puesto que están tirando desde la base de la vesícula al centro de la bóveda epidérmica.

Pero no puede parar aquí el análisis histológico, puesto que habrá síntomas de mucha importancia que no se podrán explicar por estas lesiones anatómicas; y siguiendo el curso de los nervios principales, de los nervios eferentes, de aquellos nervios cuyo remate se distribuye por los sitios enfermos, se ha podido ver que los exudados inflamatorios que existen en esta parte superficial de la piel se prolongan por entre el neurilema y las fibras nerviosas á lo largo de todo el nervio principal y llegan hasta los ganglios espinales. De manera que, según Thomas principalmente, la afección más que localizada en la periferia nerviosa lo está en los ganglios espinales, y constituye una afección del neurilema de tal ó cual ganglio espinal. Para Charcot, no es directa la afección, es decir, no se presenta la afección de una manera primitiva en el ganglio, sino de una manera refleja, propagada desde los nervios periféricos; y para *Berens-prung* la afección es mixta; lo mismo existe en los nervios que en los ganglios, y no sólo en los nervios y ganglios y en los ramos nerviosos principales, sino en los periféricos ó terminales.

La cuestión estriba aquí, en saber ó averiguar si empieza la enfermedad por la afección del ganglio, ó empieza la enfermedad por la afección cutánea ó de los nervios terminales para luego propagarse por el neurilema hasta los mismos ganglios espinales: parece que debe admitirse mejor la opinión de *Berens-prung* que la de Charcot y Thomas, por cuanto, generalmente, la neuralgia precede á la afección cutánea.

Resulta, pues, de estos estudios histológicos, que la afección cutánea llamada herpes zona, será una neuritis de tal ó cual nervio, y con propagación á tal ó cual ganglio. Conviene advertir que esta afección, aunque llegue al ganglio, nunca se ha visto que se propague á la médula espinal. Para mí, señores, por encima de esta lesión local está el reumatismo, está el herpetismo; creo que el reumatismo puede producir una neuritis reumática y el herpetismo una neuritis herpética; y, estas alteraciones, esta manifestación, esta inflamación de los nervios, son para mí síntomas de la causa general ó constitucional.

Diagnóstico del herpes zona. El herpes zona puede confundirse con otras afecciones que no son herpes, y con preferen-

cia con el pénfigo, pues las ampollas del herpes zona, pueden ser tan grandes que simulen mucho un pénfigo. Pero advertid, señores, que en el pénfigo no hay neuralgias; y si no hasta esto para hacer el diagnóstico porque puede coexistir un dolor, como otra cualquiera coincidencia, ya por reumatismo coincidente, ya por cualquier traumatismo, sabed, en fin, que el pénfigo no se presenta agrupado en forma lineal como el herpes zona; y además, que cada ampolla del pénfigo, si el pénfigo es agudo, está rodeada de una aréola inflamatoria, y si es crónico, son solitarias, es decir, no están agrupadas las ampollas.

Pero lo difícil es diagnosticar el herpes zona herpético, del herpes zona que no lo es, que depende de otra causa distinta, y debe ser tratado, por consiguiente, de una manera diferente. Cuando en el otro curso yo me ocupé de una manera general del herpes zona, admití, lo mismo que ahora, tres únicas especies; el herpes zona agudo ó pseudo exantemático, que no depende de una causa interna constitucional, sino que depende de una causa externa, y generalmente de un traumatismo; el herpes zona reumático, y el herpes zona herpético. En general, para diagnosticar un herpes zona herpético ó reumático, debéis esperar á su reproducción, y entonces no os quepa ya duda de que se trata de una afección constitucional. Pero hay caracteres más que suficientes para definirlos y diagnosticarlos. El herpes zona herpético se presenta en los viejos; si no es simétrico, es decir, si no se presenta en los dos lados del cuerpo de una vez, la reproducción sucesiva es en el lado en que no se presentó la anterior; mientras que la reproducción reumática, es siempre, absolutamente siempre, en el mismo sitio y en el mismo lado: la reacción de las ampollitas ó de la serosidad de las ampollitas, es siempre alcalina; mientras que la reacción en la reumática es siempre ácida, y se pueden encontrar constantemente en ella restos de fosfatos, de uratos y de oxalatos, cosa que no se encuentra nunca en el líquido de las ampollitas del herpes zona herpético. La simetría alternante (como yo he llamado á este modo de presentarse el herpes zona herpético), es tan sumamente característica, que no puedo menos de referiros, señores, un caso de mi práctica particular, que al mismo tiempo os hará ver lo terrible de este padecimiento.

Recuerdo, que hace algunos años visité á una persona de muy buena posición social acompañado de un profesor de este establecimiento que me llamó en consulta: señor de unos cincuenta y tantos, ó sesenta años, llevaba padeciendo más de diez, después de otras manifestaciones propias del herpetismo, un herpes zona que aterraba por sus condiciones, presentándose en una estación, en la primavera, en el lado intercostal derecho, y en la siguiente en el lado intercostal izquierdo; cada ataque de este herpes zona, al cabo de los años que llevaba ya del padecimiento, iba siendo más largo y tenaz, y le duraban ya próximamente de nueve á diez

meses. Pues bien, señores, este hombre no vivía, los dolores eran tan intensos, se habían hecho tan sostenidos, tan tenaces para toda clase de tratamiento, que á pesar de haberle visitado toda clase de médicos, estaba en un estado de completa enajenación mental; en cuanto veía á uno, lo que le podía era que le calmase aquellos dolores, sin esperar á hacerle la historia del padecimiento. Hay que advertir que había tomado por largo tiempo de veinte á treinta granos de extracto acuoso de tabaco al día; de manera que no podía decirse que hubiera usado de poca medicación calmante. Llegó precisamente en una ocasión en que se reproducía en el lado opuesto del que en el año anterior se había presentado la erupción del herpes zona, erupción sumamente fugaz, puesto que en un mes había desaparecido; pero los dolores neurálgicos eran tan intensos como en los anteriores brotes, que habían durado, como os he dicho, más de ocho ó nueve meses. En vista de esto, se hicieron al enfermo las inyecciones subcutáneas del hidroclorato de morfina, con cuya medicación el dolor se calmó; pero fué preciso elevar de una manera grande la dosis: tuvimos miedo de insistir demasiado, y empezamos á tratar de combatir el mal con un tratamiento anti-herpético; y tanto mi compañero como yo, tuvimos el gusto de que el sujeto curase después de muchos años de padecimiento, no del herpetismo, pero sí del herpes zona, á beneficio de los medicamentos apropiados, de los preparados arsenicales. Este caso me parece que ha venido á cuento hablandose del diagnóstico del herpes zona herpético, y del diagnóstico de los demás zonas.

Pues bien; volviendo al asunto, os daré como carácter diferencial entre el zona herpético y el reumático, además de la reacción ácida y de todos los caracteres antedichos, las coincidencias morbosas, que en el uno serán afecciones de índole herpética perfectamente caracterizadas, y en el otro existirán las afecciones litiasicas, las afecciones propias del reumatismo.

Con este caso práctico que os he descrito podéis juzgar también del pronóstico del mal; cuando la enfermedad es constitucional, necesita un tratamiento tan enérgico, que muchas veces es tan peligroso como el mismo mal: es muy grave, pues, el herpes zona de naturaleza herpética ó reumática.

Con este mismo caso también os he indicado el procedimiento que en el tratamiento del zona herpético debe seguirse: los arsenicales á altas dosis, los calmantes, y principalmente las inyecciones hipodérmicas de morfina, el bromuro de potasio, y el cloral al interior.

Resumiré, para concluir y para que lo fijéis en la memoria, lo más importante del zona herpético:

*Su causa es una neuritis herpética.*

*Sus caracteres son:* 1.º, aparición de la neuralgia en primavera ó verano; 2.º, aparición en el mismo sitio de grandes

vesículas, tensas, brillantes, que se hacen negruzcas por exudaciones sanguíneas, umbilicadas, acompañadas de ardor urente y dolor neurálgico, que se exacerba por la noche y con el calor; 3.º, formación de costras oscuras y adherentes; 4.º, á veces de úlceras cutáneas dolorosísimas y rebeldes; 5.º, desaparición de la afección cutánea; 6.º, neuralgia consecutiva rebelde; 7.º, la enfermedad se reproduce todos los años con el calor; 8.º, hay en ella simetría simple (en los dos lados) ó alternante por años, y 9.º, existen coincidencias de herpetismo mucoso ó visceral.

*Sus lesiones histológicas son:* 1.º, infiltración serosa, con glóbulos de pus, en el tejido conjuntivo del dérmis y en el cuerpo papilar; 2.º, hinchazón de las fibras nerviosas ó infiltración celular entre ellas y el neurilema, que sigue á lo largo del nervio eferente hasta el ganglio espinal más próximo; 3.º, dilatación de los vasos capilares de la región; 4.º, formación de grandes células fusiformes que forman una red pseudo-membranosa dentro de la vesícula, y tiran ó atraen hacia el fondo la bóveda determinando la umbilicación, y 5.º, ausencia de depósitos úricos, como los que se encuentran en el zona reumático, que es además asimétrico, se presenta en los jóvenes en el invierno, se exacerba y reproduce con el frío y va acompañado de otros accidentes reumáticos ó litiasicos.

Con recordar este breve resumen tenéis bastante para conocer la enfermedad que nos ocupa.

Dejemos ya el herpes zona, y pasemos á la segunda afección flictenosa que nos conviene explicar en la lección de hoy; me refiero al pénfigo, afección importantísima, señores, por la relación que tiene con algunas afecciones internas, como la albuminúria aguda, la diabetes y otras afecciones crónicas gravísimas, y de las cuales es una manifestación en ocasiones, una coincidencia en otras, complemento en algunas casos.

Damos en Dermatología el nombre de pénfigo, á una afección caracterizada por la salida de ampollas grandes, llenas de un líquido seroso, á veces sero-purulento ó sero-sanguinolento, sobre piel roja é inflamada; debiendo advertir que el carácter diferencial por el tamaño que podemos poner entre las ampollas del pénfigo, y las vesículoampollas del herpes zona, es el siguiente: generalmente, las ampollas del pénfigo pasan del tamaño de un guisante, y pueden llegar á tener el tamaño de una media naranja y á veces mucho más; podéis figuraros el tamaño de una ampolla que provocarais vosotros con una cantárida de tamaño considerable, y con esto os podéis figurar el tamaño de las ampollas del pénfigo artificial; pero en el pénfigo espontáneo el tamaño máximo es generalmente el de una media naranja, y el tamaño mínimo el de un guisante.

El pénfigo, como el herpes zona, puede depender de infinitas causas teniendo diferente naturaleza y sintomatología muy diversa, exigiendo por consiguiente tratamiento también



muy opuesto; así es que además de ese pénfigo artificial de que os he hablado, que se puede provocar por una cantárida, por agua caliente, etc., estudiamos en Dermatología el pénfigo parasitario que acompaña á la sarna, y á veces á otras afecciones phyto-parasitarias, estudiamos el pénfigo agudo dependiente de estados plétóricos, de alteraciones sanguíneas, pero no dependiente de afección alguna constitucional, y en fin, estudiamos el pénfigo sífilítico, el pénfigo escrofuloso, el pénfigo leproso, el pénfigo reumático, el pénfigo herpético, el pénfigo pelagroso y el pénfigo escorbútico. No es una misma esta enfermedad, señores, son enfermedades distintas todas ellas; la lesión puede parecer idéntica, y sin embargo, tampoco lo es; pero la enfermedad, como comprendéis, es sumamente opuesta. Me ocuparé sólo del pénfigo herpético, aunque al hacer el diagnóstico os diga algo de los caracteres de los pénfigos dependientes de otra causa.

El pénfigo herpético empieza por lo común por lo que se ha llamado fiebre flictenosa, ó fiebre ampullosa de los franceses. A consecuencia de causas distintas segun la naturaleza del mal, pero siempre de una manera brusca y repentina, se presenta una fiebre que será más ó menos intensa, segun la naturaleza del padecimiento, muy intensa en los casos de albuminuria aguda, poca en los casos del herpetismo, y de una intensidad regular en los casos de pénfigo simple ó pseudo-exantemático. Pues bien; despues de haber durado esta fiebre de veinte y cuatro á treinta horas, aparecen las ampollas por puntos eritematosos, que rápidamente se convierten en vesículas y toman en horas la forma de ampollas más ó menos voluminosas; si la afección es aguda, en vez de puntos, toman la forma de eritemas ó de círculos eritematosos más ó menos extensos; si la afección va á ser crónica, no hay cambio en la coloración de la piel que rodea al mal. Estas ampollas están formadas por una bóveda que es la capa córnea del epidermis, por un líquido generalmente amarillento y algunas veces lechoso, y, en fin, por una erosión del dermis, sobre la que descansa la ampolla.

Conviene que ántes de pasar á deciros la sintomatología completa del mal, os hable algo de la histología de estas ampollas. La capa epidérmica superficial está exclusivamente compuesta de la capa córnea del epidermis, con sus mismas condiciones histológicas, salva la infiltración serosa consiguiente, salva la humedad que habrá entre las células epidérmicas. El líquido de la ampolla tiene diferente composición segun cual sea la naturaleza del mal, y conviene que sepais esto porque es sumamente curioso: en los casos en que se trata de un pénfigo herpético se observa una gran cantidad de amoníaco líquido libre en una sustancia albuminosa análoga al suero de la sangre, mezclado todo esto con grandes cantidades de sosa y potasa; en los casos en que se trata de un pénfigo reumático, y en que por lo tanto, como sabéis, la reacción que da el líquido de estas ampollas no ha de ser

alcalina, sino ácida, lo que se ve que domina son los fosfatos y el ácido úrico, en combinación tambien con esa especie de suero de la sangre de que consta la masa líquida general de la ampolla; y finalmente, señores, ni amoníaco libre, ni estas otras sustancias, se encuentran (en exceso por lo ménos) en el pénfigo que es debido á una causa accidental ó que no depende de causas internas constitucionales. Analizando el fondo de las ampollas se ve que la capa mucosa de Malpígio casi ha desaparecido y que hay infiltraciones de glóbulos de pus en todo el cuerpo papilar, y en todo el tejido conjuntivo del dermis; de manera que se encuentra un estado inflamatorio especial y localizado del dermis, que ha dado lugar á una gran exudación serosa de todas las sustancias que en el líquido sanguíneo predominan; y segun los casos, á mayor ó menor cantidad de amoníaco libre.

Este amoníaco libre existe tambien en la sangre de los que padecen el pénfigo herpético; ved, pues, señores, qué novedad tan importante para explicar la formación del pénfigo, que tambien artificialmente podemos provocar aplicando amoníaco líquido sobre la superficie cutánea; la acción morbosa se vale de un medio parecido al de que vosotros os podriais valer para producir una ampolla en el cuerpo humano.

El pénfigo herpético, señores, despues de esta primera manifestación aguda, despues de presentarse en esta forma ampullosa, febril, que desaparece sin embargo en quince, veinte dias, ó un mes, se transforma en crónico; su nueva reproducción ya no va acompañada de fiebre; tampoco están rodeadas sus ampollas de areólas erisipelatosas; son las ampollas más grandes, más solitarias y discretas, y nada parece que haya de inflamación en su fondo; alguna picazón existe al aparecer las ampollas, ningún dolor, pero conforme van reproduciéndose se va haciendo más fijo el mal, desaparece una ampolla de un sitio para presentarse en otro, y conforme va progresando el padecimiento veréis en unos casos albuminuria, en otros casos la diabetes, en otros casos una alteración especial de la nutrición, tan profunda que conduce al enfermo rápidamente al marasmo. Cuando tengais algun enfermo con pénfigo, analizad de vez en cuando los orines.

Generalmente, la albuminuria que acompaña al pénfigo herpético, es intermitente, no es albuminuria fija que dure mucho tiempo, muchos meses ó años, sino que se presenta á los dos, tres, cuatro dias y á veces á los quince ó más, durante el brote ó la salida de la erupción, desaparece tambien cuando la erupción empieza á declinar, dato sumamente curioso para que podais hacer el diagnóstico de esta enfermedad albuminúrica, que en la mayoría de los casos no es una enfermedad *per se*, sino que es sintomática de infinidad de efectos generales ó locales. La diabetes se presenta tambien coincidente con esta forma de padecimiento, y tambien pasa lo mismo que con la albuminuria. Es la diabetes aún más refractaria que la albuminuria, más grave y más crónica que

ella; pero al fin y al cabo desaparece tambien como la otra, para volver á presentarse con los nuevos brotes de la erupcion.

Coínciden además con las afecciones penfigoideas en estas reproducciones, afecciones de las membranas mucosas de la misma índole; es decir, ampollas en el tubo intestinal, ampollas en la membrana mucosa de la boca, de la faringe, de la laringe, de los bronquios. No hará quince dias ciertamente que entró en la enfermería un sujeto con un pénfigo bastante generalizado de ampollas grandes, algunas como la palma de la mano cuya cubierta habia ya desaparecido por rascarse el enfermo ó por colocar encima trapos que denudaron el dermis. Pues bien; aquel enfermo flaco, demacrado ya, á pesar de ser la primera manifestacion del pénfigo, tenia seguramente ampollas en el tubo bronquial, estaba semiafónico y tenia ampollas seguramente tambien en el tubo intestinal, puesto que tenia una diarrea bastante intensa. Y ¿por qué habian de ser ampollas? y ¿por qué no habian de ser otra cosa? Se deduce, señores, esto, primeramente del sentido comun, despues por casos clinicos que se han podido observar en los que ha sido posible hacer la autopsia y en los que se han encontrado estas afecciones lo mismo en las membranas mucosas que en la piel. Pero ¿y por qué no habia de suceder así, siendo el amoníaco líquido libre el que puede producir estas ampollas? Si el amoníaco libre existe en la sangre y se dirige á todas las partes del cuerpo, tanto internas como externas, ¿por qué no ha de producir ampollas en las membranas mucosas lo mismo que en la piel? Este enfermo, afortunadamente, y con remedios sencillos, se ha curado ya del primer brote del pénfigo, se ha curado en un mes y ha tomado alta, sintiendo yo mucho en este momento que no lo hayais podido ver, como lo han visto los alumnos que habitualmente me acompañan en la clinica. Pues bien; en los nuevos brotes existen tambien ampollas en el tubo intestinal y en las demás membranas mucosas, que sin necesidad de que llegue el herpetismo al cuarto periodo, conducen al enfermo hasta el marasmo más completo, y producen la muerte: do aquí que el pénfigo crónico sea siempre mortal á pesar de los arsenicales, y á pesar de todos los remedios locales. Cuando veais un pénfigo reproducido diferentes veces, asegurad que esta enfermedad será mortal y el enfermo de ella afecto morirá, aunque lo trate el médico más distinguido de Europa.

El diagnóstico del pénfigo puede hacerse entre otras afecciones no ampollosas, y entre las especies de diferentes pénfigos. Ya he dicho cómo diferenciareis el pénfigo del herpes zona; y, por lo tanto, sólo me resta diferenciar el pénfigo herpético, del pénfigo reumático, del pénfigo sífilítico, etc. Además de las reproducciones periódicas que tiene el pénfigo herpético hay como antecedentes la herencia casi siempre positiva, las condiciones especiales del enfermo, la simetría

del padecimiento, y en los estados crónicos la falta absoluta de aréola rojiza. El pénfigo herpético siempre es generalizado en sus últimos brotes, aunque sea localizado, como es consiguiente, en los primeros; en cambio, el pénfigo sífilítico, que está rodeado de una aréola cobriza, limita su accion casi siempre á las palmas y á las plantas, á las extremidades inferiores y á los brazos; surge, por consiguiente, en los últimos sitios adonde va la circulacion; no hay picazon en él, porque ya sabéis que la sífilis tiene horror á la picazon, como la naturaleza tiene horror al vacío; indica un periodo del padecimiento, diferente segun sea la enfermedad congénita ó adquirida, pero siempre indica un periodo avanzado; la sífilis visceral casi siempre coincide con los pénfigos sífilíticos. Cuando se presenta en los niños el pénfigo leproso, puede distinguirse perfectamente del herpético por la anestesia de su lese que podeis pinchar impunemente. El pénfigo herpético se distingue del pénfigo artificial porque sabéis la causa y extension de ella. Se distingue del pénfigo reumático, porque siempre está éste localizado, nunca se generaliza; porque sus ampollas son mucho mayores todavá que las del herpético; porque son de distintos tamaños, mientras que las del herpético casi siempre tienen el mismo; y, en fin, porque el reumático le falta la simetría del herpético.

Ya os he hablado algo del pronóstico del pénfigo; si es crónico, es mortal, irremisiblemente mortal, no podreis hacer más que alargar la vida del paciente, detener algo la reproduccion de estos brotes, y en fin, favorecer con los remedios que os voy á decir dentro de un momento, el que el enfermo se nutra mejor que ántes.

El tratamiento del pénfigo ha de variar segun la naturaleza del padecimiento; vosotros comprendéis perfectamente que nada podreis contra un pénfigo leproso por ejemplo, con un tratamiento anti-herpético, ni nada contra el pénfigo sífilítico si empleais los remedios anti-herpéticos; pero lo que yo no comprendo, señores, es como no son lógicos en esto los localistas alemanes, que todo lo consideran local, no ven la causa que lo sostiene, y como no la ven, yo creo que no pueden curar nada. Pues bien; el tratamiento del pénfigo herpético que es el que hoy nos interesa conocer, se reduce en los primeros ataques á los arsenicales, y tópicamente los polvos secos, ó las cauterizaciones con el nitrato de plata. Si tenéis la mala ocurrencia de dar baños generales templados á un enfermo que tenga pénfigo, os ocurrirá lo siguiente; que en el primer baño se mejorará, se romperán algunas ampollas, parecerá que el enfermo va muy bien, y os pedirá que le deis más; si insistís en mandarle baños generales templados, os sucederá, que á los pocos dias aparecerá un brote nuevo; y si ántes habia de haber sido pequeño, será despues de los baños completamente generalizado; y si insistís más en ellos todavia, creyendo bueno este remedio, el enfermo se os morirá en muy poco tiempo: conviene, pues, señores, que sepais el horror

RECIBIDA PARTE.

XII



que hay entre el pénfigo y el agua, lo poco que convienen los baños cuando se trata de un afección herpética penfigoidea; y como todos los baños son iguales y suelen mandarse aguas minerales de tal ó cual clase, sabed que todas ellas le sentarán malísimamente. Limitaos, pues, á un tratamiento local de cauterizaciones con nitrato de plata en la base de la ampolla ó polvos secos cuando aún no se ha roto, y al interior dad los remedios arsenicales, y con preferencia el arseniato de hierro. Pero cuando llegue el período final del herpetismo penfigoideo, ese tercer período en que están afectadas todas las membranas mucosas, en que viene el marasmo y la consunción, suspended

el arsénico ó el arseniato de hierro, que de nada os servirá, para dar los tónicos más poderosos que tengais á mano; dad también los astringentes al tubo digestivo, porque hacen falta para que el enfermo digiera; que os importe poco la erupción con tal que la nutrición sea mejor, y escoged para conseguirlo la quina, el hierro y todos los preparados tónicos que conocéis mejor que yo.

En la sesión siguiente nos ocuparemos del líquen y del prúrigo, ó sea de las herpétidas papulosas que yo denomino nerviosas.

He dicho.

## LECCION SEXTA.

De las *herpétides nerviosas*.—Definición.—No significan lo mismo que *herpetismo nervioso*.—Divergencias en el modo de considerar la naturaleza del proceso morboso local que las constituye.—Tres afecciones ó *herpétides nerviosas*.—1.° *Epiniclide* ó *prurito nervioso*.—Su descripción.—Ejemplos prácticos.—Su relación con el histerismo y la monomanía.—Su diagnóstico, pronóstico y tratamiento.—2.° *Pródigo*.—Definición.—Sus diversas causas.—Sus síntomas alidéticos.—*Pródigo herpético*.—Su descripción.—Pápulas.—Pírasen.—Pigmentación.—Egrosamiento de la piel.—Fatiga.—Por qué niegan la fatiga los enfermos aunque á simple vista se observe.—Histología del pródigo.—Diagnóstico del pródigo.—Pronóstico del pródigo.—Localizaciones del pródigo herpético en las regiones vulvar, escrotal, penial, palpebral y plantar.—Su descripción y gravedad respectiva.—Tratamiento general y local.—3.° *Líquor*.—Definición.—Caracteres.—Causas diversas.—Líquor herpético.—Su descripción.—Ejemplos.—Histología del líquido.—Su diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

### SEÑORES:

En la conferencia de hoy vamos á ocuparnos de lo que he llamado *herpétides nerviosas*, y sabed desde luego que *herpétides nerviosas* no es lo mismo que *herpetismo nervioso*. Yo creo que la frase *herpetismo nervioso* debe limitarse á las afecciones de los nervios ó á las afecciones de los centros nerviosos producidas por el *herpetismo*; mientras que la frase *herpétides nerviosas*, debe aplicarse á aquellas erupciones debidas al *herpetismo*, en las cuales el proceso morboso local no está todavía bien definido y se hallan caracterizadas por una grande, por una intensa picazon.

Nos ocuparemos hoy, pues, de las dermatosis herpéticas cuyo sintoma predominante es la picazon.

Como acabo de decirlo, el proceso local, el proceso histológico no está en ellas bien estudiado todavía. Hay autores, como Hebra, que consideran á la inflamación como causa de estas lesiones; hay otros que creen que sólo depende de una infiltración serosa del dermis ó del epidermis, sin mezcla de leucocitos; otros que han encontrado proliferaciones celulares en diferentes puntos del epidermis ó de la capa papilar; y otros, en fin, que no han encontrado nada perceptible.

Son de tanta importancia estas enfermedades, pueden dar lugar á síntomas simpáticos y afecciones coincidentes de tanta gravedad, que á pesar de su ningún proceso morboso local, á veces pueden determinar la muerte ó fenómenos gravísimos del sistema nervioso y de la inteligencia.

Comprendemos en este grupo de *herpétides nerviosas*, tres afecciones cutáneas; la que Alibert y Bazin han llamado *epiniclide*, ó sea el *prurito nervioso* sin lesión local de ningún género, el *pródigo* y el *líquen*.

El *epiniclide* ó *prurito nervioso* es una afección cutánea que está caracterizada por una sensación brusca, insólita, de picazon irresistible que se presenta en diversas épocas, pero generalmente por la noche y de pronto, con una fuerza, con una intensidad tal, que el enfermo ó la enferma (pues generalmente es enferma la que lo padece) tiene que tirarse de la cama, tiene que buscar medios de frotarse para calmar esta sensación especial; y, en fin, todo esto repetido con frecuencia puede determinar andando el tiempo fenómenos gravísimos del sistema nervioso.

Si se observa al enfermo en el momento de la exacerbación de la picazon, si se observa su piel, no se encuentra absolutamente lesión de ningún género. Cuando ya se ha rasgado largo tiempo, claro es que se verán fenómenos congestivos en esta piel y aún ligeras erupciones fugaces, eritematosas ó papulosas; pero si teneis la precaución de observar antes que venga el frote á congestionar la piel, no hay pápulas, no hay vesículas ni lesión aparente de ningún género.

Al ver á estos enfermos, muchas veces creéis que se trata de un monomaniaco, porque como no se ve lesión de ningún género y como es tanto lo que se quejan, nó puede ménos



de creérseles en un estado de ilusión ó alucinación mental. Y en ocasiones es cierto esto, señores; en ocasiones el enfermo que presenta este padecimiento cutáneo es un monomaniaco; pero en ocasiones no lo es: el padecimiento es primitivo, la locura, la monomanía vienen después.

Alibert fué el primero que describió esta enfermedad, olvidada después por todos los demás dermatólogos: ha sido nuevamente descrita por Bazin, el cual cree que tiene como lesión local un eritema ligeramente papuloso; pero Bazin ha observado esta enfermedad seguramente algunos momentos después de la invasión de la picazón, porque si no, no hubiera encontrado estas lesiones.

Yo he podido ver dos solos casos de esta enfermedad: el primero en un monomaniaco; el otro en una histérica. Recuerdo perfectamente que fui llamado para asistir á una jóven que se quejaba de una gran picazón, y toda la familia y aun ella misma, creían que padecía sarna. Al cabo de algunos meses de padecimiento, y de haber sido tratada por diferentes facultativos, en uno de esos accesos terribles en que querían tirarse por un balcón, yo no sé por qué se les ocurrió llamarme. Fui á verla; la encontré con los ojos de monomaniaca, una mirada terrible, furiosa, de verdadera loca. Apaciguada un poco al verme, sabiendo que era médico (porque tenía mucha afición á que se la tratase por facultativos), me enseñó su cuerpo, en el cual ella creía ver lesiones, erupciones; cada cinco minutos deseaba, no solamente que yo, sino que cualquiera otra persona la registrase la espalda por la cual creía que andaban bichos; pero ni parásitos ni granos se la veían; no se encontraba absolutamente nada. Esta enferma era histérica, padecía fenómenos histeriformes anteriores á este padecimiento. La consolé, la prescribí el tratamiento que me pareció más oportuno; y lo cierto es que se consiguió la desaparición del mal, aunque lentamente y al cabo de algunos meses.

El otro enfermo á que me he referido era un verdadero loco. Hacía bastante tiempo que padecía de varias monomanías; pero la última se había fijado en su piel, en la cual creía ver infinitas lesiones que no existían, y hasta creía ver andar los ácaros. No había tenido nunca sarna, no la tenía á la sazón.

El curso de este padecimiento puramente nervioso, localizado más bien en los centros nerviosos que en la periferia, es lento, y cada vez va en aumento si no se trata convenientemente; de manera que los ataques de picazón, que como los epilépticos, se presentan de una manera brusca y repentina, sin anunciarse, y tardan en volver dos ó tres días al principio, andando el tiempo se presentan con mucha mayor frecuencia, hasta varias veces al día, y en ocasiones puede este martirio terrible ser continuo.

Excuso decir, señores, los fenómenos simpáticos, los fenómenos cerebrales, á que esto puede dar lugar. Presen-

tándose generalmente por la noche, hay insomnio, y un insomnio perfinaz; esto da lugar á una demeración consecutiva, y á fenómenos nerviosos de otra índole que siempre vienen á presentarse cuando hay falta ó imposibilidad de dormir.

Es, pues, grave el pronóstico de esta enfermedad; tan grave que ya podéis, cuando la veáis, apelar á un tratamiento enérgico, porque si no, terminará por la muerte del sujeto ó por locura.

¿Y qué tratamiento debe emplearse? El tratamiento general debe limitarse á los narcóticos, estupefacientes ó sedantes especiales del sistema nervioso. A la enferma histérica de que he hablado hace un momento la traté con dosis altas del bromuro potásico, dosis que habe de exagerar hasta dos y tres dracmas por la mañana y otros dos por la noche. Al cabo de algunos días se vió el efecto sedante, y la picazón empezó á disminuir.

Pero cuando no podáis ó no queráis apelar al bromuro de potasio podéis apelar al cloral y á los narcóticos de otra índole. El cloral á dosis de uno á dos gramos, repetidas dos ó tres veces durante la noche ó el día, seguramente ha de dar resultados, tal vez más pronto que el mismo bromuro potásico.

Si tuviérais también inconveniente en dar las sustancias que he dicho ó no hubierais dado resultado, se puede apelar á la morfina, sin miedo, porque es seguro que el enfermo que padezca la epinitide, no dormirá con una dosis ligera; necesitará de medio á un grano para aliviar la picazón y probablemente necesitará una dosis doble para conseguir el sueño.

No se puede olvidar el tratamiento local. En ocasiones hay cierta repugnancia en las familias para que sus parientes hagan uso de los narcóticos, llámense morfina, llámense bromuro potásico, llámense cloral; y en estos casos podemos tener un recurso útil en los sedantes exteriores.

Los sedantes exteriores pueden ser el mismo bromuro potásico y el cloral, la misma morfina de que he hablado, ya en solución, ya en pomadas; pero también son sedantes de mucha importancia el alcanfor y los ácidos.

Generalmente se emplea un baño general templado por día, y una untura de la pomada de morfina, de la cual se ponen seis ó ocho granos por onza de manteca para friccionarse todo el cuerpo por la noche.

Cuando el enfermo ó enferma no quiera ensuciarse la piel, podemos apelar á las lociones con disoluciones algo cargadas de carbonatos alcalinos ó de bromuro potásico, y con esto llegaremos á producir un alivio ligero al enfermo, mientras se consigue de la familia la autorización para administrarle los narcóticos al interior.

Como enfermedad que es siempre y exclusivamente de naturaleza herpética, no debeis olvidar el asociar al tratamiento sedante de los accesos, el tratamiento arsenical que la en-

fermedad reclama, dado con la constancia suficiente para conseguir resultados. La hidroterapia es muy útil en los casos rebeldes.

Esta afección, de la cual yo no he podido ver más que dos ejemplares, es sumamente rara; más que nosotros la podrán ver los frenópatas; pues debe ser común en los que padecen enajenación mental.

Entremos ya en el estudio de otra que está más dentro de la especialidad, que es importantísima, frecuente, frecuentísima, y que está íntimamente ligada con afecciones gravísimas del sistema circulatorio y del aparato respiratorio. Me refiero al *prurigo*. Llamamos *prurigo* en Dermatología á una afección caracterizada por la presentación en la piel de color normal, de pequeñas pápulas ó elevaciones cónicas, duras, sólidas, secas, acompañadas de una picazon irresistible, y diseminadas generalmente, ó por todo el cuerpo, ó por vastas regiones del cuerpo.

El *prurigo* puede depender de infinitas causas; ya es artificial, ya parasitario, ya agudo, ya pseudo-exantemático, ya en fin reumático ó herpético, y algunas veces escrofuloso. Creo también haberlo observado en el curso de la pelagra; pero nunca es sífilítico. La sífilis nunca da lugar al *prurigo* en ninguna de sus formas, ni en ninguno de sus períodos.

Cada una de estas formas, cada una de estas variedades de naturaleza, tiene caracteres positivos ó negativos perfectamente diferenciales; yo no debo ocuparme de todas ellas; esto ya lo he hecho en épocas anteriores: hoy me limitaré á explicar, á describir el *prurigo* dependiente del herpetismo.

Se presenta generalmente el *prurigo* herpético en los ancianos; ya en el hombre, ya en la mujer después de la edad crítica, y en aquél cuando ha pasado de los cincuenta años; es muy raro que se presente antes.

Se presenta también en el curso del herpetismo en sujetos herpéticos que han tenido ya otras manifestaciones de esta enfermedad constitucional; pero en ocasiones puede presentarse constituyendo lo que se ha llamado *forma anómala del herpetismo* como primera manifestación del mismo, ó acompañando á afecciones profundas, generalmente mucosas, de esta afección constitucional.

Aparece casi siempre de pronto, sin prodromos, sin fiebre, ya en el curso de una afección grave pulmonal, ya de una afección de los centros vasculares, ya, en fin, precediendo á estas lesiones, que después vendrán. Empieza generalmente la erupción por el dorso, por el tronco ó por la parte anterior del pecho. Se ve en estos sitios pápulas diseminadas, sumamente duras, que no se perciben á veces á simple vista, pero que se tocan perfectamente pasando el dedo; asperezas diseminadas y duras, que van acompañadas de una gran sequedad de la piel, que no suda, que no segregaba esa cantidad considerable de unto sebáceo que se presenta en todos los demás sujetos.

ESQUENA. ANTE.

Hebra supone que con una aguja puede extraerse del fondo ó base de las pápulas una pequeña vejiguita llena de un líquido trasparente, que él considera que es una glándula sebácea; pero el líquido que yo también he encontrado no tiene nada de sebáceo: es simplemente albuminoso, y unas veces ácido y otras alcalino.

Este primer brote de que me estoy ocupando puede durar meses, extendiéndose ligeramente á las partes circunvecinas, puede no ir acompañado de ninguna clase de síntomas en las membranas mucosas ó en las vísceras; pero probablemente antes de que desaparezca, empieza un segundo brote eruptivo, acompañado de gran picazon, generalmente nocturna; que puede cambiar de sitio, y que se extiende á las extremidades superiores, al vientre, y tal vez también á las extremidades inferiores. Es decir, que la erupción se generaliza casi siempre en su segundo brote de una manera brusca y repentina.

Cada vez que se renuevan las pápulas, que son bastante persistentes y no desaparecen como las otras lesiones herpéticas de que hemos hablado en los días anteriores, la piel se hace más seca y rugosa, y la picazon llega á hacerse irresistible, los enfermos no pueden dormir, y apenas pueden tomar alimento, porque la desazon nerviosa les produce desgano.

Como consecuencia de esta erupción ya generalizada y simétrica de pápulas diseminadas, como consecuencia también de los terribles arañazos que el enfermo se da, no sólo con las uñas, sino con un cepillo, con mazorcas de maíz, hasta con una lima, se van sumando con las pápulas los arañazos, y en ocasiones erupciones artificiales de esta ó otra clase, pero generalmente muy pequeñas y limitadas.

En cambio, andando el tiempo se observa un fenómeno característico del *prurigo* crónico, que sirve para diagnosticarlo tanto ó más que la forma de su erupción. Me refiero á una pigmentación especial que se produce en la piel y un engrosamiento consecutivo de la misma; pigmentación que no es general, sino formando líneas cruzadas, unas decoloradas, y otras más pigmentadas que de ordinario. Yo tendré ocasión de presentarlos luego una enferma en la que podéis ver esta especie de líneas de pigmentación tan diferente por todo su cuerpo. No me detendré, pues, á explicar más la configuración de esta pigmentación, que se ve mejor que se explica.

También además de la pigmentación y del engrosamiento especial de la piel, cuando al cabo de muchos años de padecimiento y de rascarse, veis á estos enfermos, si no en el primer brote, en el segundo del *prurigo*, observareis un fenómeno constante; á lo menos yo puedo decir que de cien enfermos lo he encontrado en noventa. Me refiero á la fatiga. No hay enfermo de *prurigo* crónico, sea herpético ó reumático, que no tenga fatiga.

Pero ocurre una cosa muy singular. Preguntáis al enfermo si tiene fatiga y os contesta siempre que no; es preciso que le

XIV



veais con ella, y le vereis seguramente andando el tiempo. ¿Y por qué lo niega? Por las ideas vulgares, señores, tan terribles, que ha habido en la ciencia y que dominan todavía en España en Dermatología, de que se mete dentro la enfermedad, ó la erupción; y porque le han dicho que no haga ninguna cosa para calmar aquella erupción, porque si se mete dentro, se morirá. Y como el enfermo sabe que esas ideas dominan á la mayor parte de los médicos, niega la fatiga, para que por miedo á ella no dejeis de darle algunas unturas para calmar esa picazon tan irresistible, prefiriendo á esto morirse ó que se empeore la fatiga.

En multitud de casos que ha habido en la clínica y que han visto los que han tenido la bondad de acompañarme en ella, han podido observar esta circunstancia: enfermos fatigosos, anhelantes, á los cuales preguntábamos (en broma, porque lo veíamos claramente) si tenían fatiga, decimos rotundamente que no, que de ninguna manera; y al día siguiente encontrábamos en la escupidera una cantidad considerable de expectoración; auscultábamos y encontrábamos un enfisema del pulmon, una lesión aórtica ó un aneurisma del corazón. Claro es, señores, que este fenómeno es un signo diferencial importante, puesto que no se presenta en los prurigos agudos que dependen de otra causa, como el parasitario y el artificial, pero siempre existe en el prurigo herpético y en el reumático.

Histología del prurigo. Como he adelantado hace un momento, los histólogos no están conformes acerca de lo que se observa en las pápulas del prurigo. Hebra, que no acierta á explicarse la tenacidad, y las reproducciones de este padecimiento, que no habla de la fatiga y de las coincidencias morbosas que tanto caracterizan al prurigo, y que no por esto deja de ser el primer dermatólogo alemán y tal vez del mundo; Hebra dice que ha encontrado glóbulos de pus y de sangre infiltrados en la capa mucosa reticular de Malpigio, que forman la parte más profunda de la pápula; es decir, ha encontrado una inflamación. Señores, una inflamación, tan limitada, que dura á veces ocho ó diez años, que no termina por supuración y que no da lugar á lesiones ostensibles!

Neumann ya parece que ha encontrado otra cosa; no ha encontrado síntomas inflamatorios, ninguna infiltración de glóbulos pycoides ó leucocitos; ha creído encontrar una infiltración serosa de elementos no figurados en el epidermis ó capa de Malpigio, proliferación celular circunscrita en el cuerpo papilar, una hiperplasia hipertrófica de las papilas y de los conos interpapilares que se introducen entre las papilas de la capa mucosa reticular de Malpigio y el tejido conjuntivo del dermis tenso ó hipertrofiado.

Algun otro, me parece que Simon, no ha encontrado nada de esto, sino una ligera infiltración serosa del dermis, y Gay, dilatación vascular, distensión de las glándulas sudoríferas, ligera proliferación celular en las papilas, y como consecutiva, proliferación celular en la capa mucosa de Malpigio;

nada en los nervios, no sólo en los terminales, sino en los gruesos troncos (y llamo gruesos á los que son un poco mayores que los capilares).

En resumen: la Histología no nos puede decir nada acerca de la naturaleza de este padecimiento. En cambio, señores, el estado constitucional, más que la lesión, nos puede explicar la mayor parte.

Diagnóstico del prurigo. El prurigo puede confundirse con la sarna (y es muy común que así suceda), con el liquen, y con los eczemas. Diferenciase fácilmente de la sarna por los caracteres positivos de esta enfermedad, pues aunque en ella hay pápulas diseminadas sin areolas rojizas, aunque hay una generalización de la erupción que pudiera dar lugar á confusión, pueden encontrarse seguramente, además de los surcos acarianos, además del sarcóptes, la mezcla de lesiones elementales, de divises, de critemas, de arañazos, de pápulas, de pústulas, y de eczemas, que no se presentan en el prurigo.

Puédese diferenciar perfectamente también el prurigo de la sarna porque siendo única la lesión elemental que en el prurigo aparece, todas estas papulitas, ó la mayor parte de ellas, se hallan cubiertas, después que el enfermo se ha rasado, por unas pequeñas costras sanguinolentas y adherentes; carácter también importante para diferenciar esta dolencia del liquen, en la cual nunca las pápulas están cubiertas de esta costra sanguinolenta.

Pero en el liquen las pápulas, algo mayores generalmente que las del prurigo, están amontonadas, están acumuladas sobre placas diseminadas en el cuerpo, en cuyas placas hay infarto verdaderamente cutáneo, y un color más ó menos rojizo.

Sin embargo, puede haber liquen diseminado, y entonces la diferenciación se hace porque siendo en este caso siempre agudo, sus pápulas pequeñas y diseminadas son rojas, mientras que las del prurigo siempre son del mismo color de la piel.

El epinitide se distingue fácilmente del prurigo por su picazon accasional ó en forma de accesos y por la ausencia de erupción, de pigmentación rayada y de engrosamiento cutáneo y por el histerismo ó monomanía coincidente.

En ocasiones puede confundirse el prurigo con el eczema: tanta ha sido la picazon y tanto el rascarse, que tal vez el enfermo ha dado lugar á una erosión húmeda encima de la erupción papulosa. Puede haber, digo, en estos casos, confusión con el eczema, pero fácilmente se diferencia porque en el prurigo no hay ni la placa roja sobre que se presentan las vesículas, ni el estado criboso punteado de la piel del eczema de que os hablé el día anterior.

Pero hay que diferenciar el prurigo herpético de los demás prurigos; y esto, aunque parece sencillo, no lo es. Es fácil diferenciar el prurigo herpético del prurigo agudo, porque en éste la erupción, aunque diseminada, es fugaz; pero es difícil

distinguirlo del prurigo reumático. Vamos, sin embargo, á intentarlo.

El prurigo artificial producido por los parásitos, las chinches, etc., cuando son muchos, va siempre acompañado de estos insectos, que generalmente se ven, porque no puede producirlo una cantidad exigua; se necesita una cantidad considerable, y es difícil que el enfermo que no ha sido aseado hasta el momento de verle, se asee para que le veais. De manera que podeis tener como base para el diagnóstico del prurigo parasitario la existencia visible de los parásitos.

Pero además, los parásitos siempre confluyen en sitios determinados y allí el prurigo no es prurigo ya, es una erupción de otra índole; es decir, que se presentará la piojera (llámase así en castellano) en los sitios en que hay más concurrencia, como en la cabeza, y principalmente en el occipicio, pero la erupción allí resultante no es el prurigo, sino una eczema artificial.

Cuando el prurigo es icterico, es artificial, ó como diria Bazin, *patogénico*, porque procede de la infiltración en el tejido del dermis de las sustancias excrementicias de la bilis, y tiene como carácter distintivo fundamental la ictericia, y que cuando desaparece la ictericia, desaparece el prurigo.

Finalmente, señores, el prurigo reumático generalmente es localizado; no se generaliza como el herpético, se limita á una region, la region escrotal, la region genital, el ano, la espalda, la cabeza, el cuello; allí dura á veces muchos años, se traslada á otra region, pero siempre localizado, nunca se generaliza.

Las coincidencias morbosas que acompañan al prurigo reumático son propias del reumatismo, son los reumatismos articulares ó musculares, y cuando éstos no se presentan, las lesiones vasculares, ya del centro circulatorio, ya de los grandes vasos; mientras que las coincidencias que acompañan al prurigo herpético son hepáticas generalmente, ó pulmonales, siendo el enfisema pulmonal, y el catarro broncorrónico la afección que más comunmente coincide con el prurigo herpético.

Así, pues, cuando veais un prurigo que ocupa toda la superficie del cuerpo, si no en su primer brote, en los sucesivos, asegurad que se trata de un prurigo herpético; cuando le veais en los últimos brotes, localizado en un solo sitio y sin extenderse, sospechad que se trata de un prurigo reumático. Y esto no es indiferente, porque el tratamiento que sirve para uno no sirve para otro; lo que prueba que son dos enfermedades completamente distintas, ó por lo menos dos síntomas, dos manifestaciones de dos enfermedades distintas.

El pronóstico del prurigo herpético es grave; es grave porque se presenta en el tercero ó cuarto periodo del herpetismo, porque aunque no se presente en estos periodos coincide siempre con afecciones graves pulmonales herpéticas; y en fin, señores, es grave por los desórdenes nerviosos que tiene

que ocasionar una afección crónica tan rebelde, que tanto pica y que se puede calmar con muchísima dificultad.

Pero antes de pasar al tratamiento debo hablaros de las localizaciones del prurigo dentro de esta misma generalización: porque cada una de ellas modifica el pronóstico de una manera considerable.

En los prurigos herpéticos puede decirse que, sin embargo de esta generalización, hay localizaciones más intensas, que son privativas, cuando el mal no está generalizado, del prurigo reumático. Suele localizarse el prurigo herpético con mucha mayor intensidad, por ejemplo, en la vulva en la mujer; y el prurigo vulvar, que así se llama, atrae hacia sí la mayor parte de la picazon del prurigo generalizado.

La mujer, cuya vida social todos conocéis, se ve cuando tiene este padecimiento, acosada de un malestar y tristeza inexplicables. Por virtuosa y casta que sea no puede menos de rascarse y con furor este sitio, y como consecuencia de esta maniobra ha de venir casi siempre una inflamación de los grandes labios más ó menos repetida, con hipertrofia consecutiva de los mismos. En estos casos es sólo cuando la mujer se deja ver del médico: limitada la enfermedad á la erupción con la picazon, la oculta; pero cuando á consecuencia de esto viene ya la inflamación de los grandes ó pequeños labios ó más profunda, porque el prurigo vulvar suele pasar á la misma matriz, en estos casos es cuando acude á vosotros, y encontrareis sobre un grande labio sumamente inflamado, sobre una mucosa sumamente roja, pequeñas erupciones que palpándolas, os dan la sensación de una dureza que es la pápula. Aquí no se pegan como en la piel las costras sanguinolentas, porque esta membrana exuda siempre, segrega grandes cantidades de mucosidad que levantan, y barren las costras ligeras, dejando en su lugar erosiones puntiformes.

Estas ligeras erupciones son características del prurigo vulvar; no lo son del eczema porque en éste se hallan aglomeradas sobre una placa eritematosa y hay en ella el puntuado rojo ó criboso; y aquí, por el contrario, están diseminadas, y son sumamente pequeñas, como la cabeza de un alfiler.

Conociendo el mal, no quiero hablaros de los sufrimientos que han de sobrevenir, de los vicios, de los delitos, de los crímenes á veces que puede cometer la mujer cuando tiene este padecimiento; crímenes de los cuales yo la consideraría irresponsable, porque es preciso haber sufrido alguna picazon intensa para saber el furor que puede determinar, y las molestias que ocasiona.

Cuando se localiza el prurigo en la region escrotal, cosa muy comun en el hombre, las afecciones que hace padecer en la piel del escroto son, además de las pápulas, grietas más ó menos profundas con descamación, grandes infiltraciones, infartos considerables del escroto, y cuando es muy crónico ó repetido, determina al cabo de algunos años un estado verdaderamente hipertrófico del escroto.



Cuando se localiza en el ano, es la sensación que determina de tal índole, que el enfermo, aunque esté en la sociedad más culta, no puede ménos de rascarse ó tiene que retirarse de la sociedad para rascarse, y de aquí el aislamiento de los que padecen el pródigo en los órganos genitales ó en la región anal.

Pues bien, señores, todos estos pródigos genitales tienen una gravedad inmensa porque son los que más conducen á la locura, al crimen; son los que el médico debe tratar de curar lo más prontamente posible, por lo ménos en su localización, porque de esta manera puede, como digo, evitar graves delitos.

Desgraciadamente la medicación es poco eficaz ó lo es en la mayoría de los casos.

Hay otra localización que os enseñé el primer día y que hoy veremos otra vez, el pródigo palpebral, que no se limita á la piel del párpado, en cuyo caso se infiltra éste de una sustancia serosa, sino que también se extiende al interior de la membrana mucosa, y determina una especie de ampollitas por lo transparentes, pero que son duras, secas, y que no tienen contenido líquido á pesar de lo que cree Hebra, porque nosotros las hemos pinchado y no han dado lugar á la salida de ningún líquido.

Finalmente, hay una localización sumamente rara, pero muy importante por los fenómenos curiosos que puede determinar, que es el pródigo plantar. Yo ya he descrito y referido en alguna otra lección un caso notable de pródigo herpético localizado con más intensidad en las plantas, que dió lugar á que me viese un poco apurado en la consulta de mi casa; puesto que el sujeto que entró á verme empezó á poco á saltar dentro del despacho, á quitarse las botas sin decir una palabra, y á pegarse de palos en la planta de los pies; tanta era la molestia que padecía, que no pudo ni saludarme, ó hizo todo esto antes de entrar en materia. Temí por de pronto que fuera un loco el personaje que había entrado en mi consulta, y tuve, como podeis suponer, algo de miedo; pero calmada la afección en aquel momento, me saludó, me pidió mil perdones, y me explicó que consistía su mal en unos granos duros y pequeños en la planta de los pies, que reconocidos por mí, resultaron pápulas de pródigo, diseminadas por todo el cuerpo, pero muy caracterizadas y agrupadas en las plantas.

Este pródigo no tiene la gravedad de los otros; pero como puede dar lugar á este *summa* de excitación, no puede decirse que es leve ni mucho ménos.

Veamos ahora cómo hemos de tratar estas diferentes formas de pródigo para conseguir su alivio, y si es posible su curación. Así como el pródigo artificial se cura sin hacer nada, y el parasitario se cura con las fricciones sulfurosas, ú otros remedios parasitocidas, y el pródigo icterico desaparece *per se* en cuanto la infiltración biliar desaparecido

del dermis, así el pródigo herpético y el reumático persisten á pesar de la mayor parte de los tratamientos, es decir, que duran quince ó veinte años, si es que les permite vivir esta larga temporada la afección profunda generalmente coincidente. Sin embargo, debeis emplear para combatir el herpético, al interior, altas dosis de preparados arsenicales, y parece que tiene un efecto más evidente en él, el arseniato antimónico (que se emplea desde hace poco tiempo) que todos los demás preparados arsenicales. Es preciso dar el arseniato antimónico á dosis miligramáticas para empezar: despues puede subirse y administrarse á las mismas dosis que el arseniato de sosa y el arseniato de amoniaco.

Pero no hasta esto. Este es un remedio á la larga; que debe de tomarse años para conseguir algun resultado, y el enfermo necesita algunas horas de sosiego, necesita descanso, necesita llenar una función casi vital, que es el sueño, por lo cual es preciso hacer dormir al sujeto calmando algo su erupción, y esto lo conseguireis con los medios que hacen poco indicaba para el tratamiento del epinitide: dosis altas del bromuro potásico, del cloral, y del cloruro mórfico ó cualquier otro preparado de morfina.

¿Y localmente? Localmente en la generalidad de casos suele sentar muy bien la pomada de Helmerich, la que se usa tanto contra la sarna; las fricciones sulfurosas calman mucho la picazón del pródigo, no sé si por el azufre, por el carbonato de potasa que contiene, si por una de estas sustancias ó por ámbas; pero lo cierto es que la pomada de Helmerich calma mucho la picazón del pródigo. Sin embargo, como no desaparece, como no pasa lo mismo que en la sarna, que se cura la erupción, sino que á pesar de la untura sigue, y llega un momento en que la misma untura no basta, es preciso que sepais otros medios para alternar: y son, la pomada de morfina alcanforada, seis ú ocho granos de morfina por una onza de manteca, todo mezclado para fricciones generales al cuerpo; y si la picazón no cede á este remedio, los baños fenicados con una ó dos onzas de ácido fénico; los baños de sublimado, si no hay muchas escoriaciones en la piel, con media onza de dicha sustancia para cada uno; los baños acídulos con media onza ó algo más de un ácido mineral, con una, dos, tres libras de vinagre siempre que sea bueno, ó con un par de onzas de ácido acético; y en fin, los baños alcalinos. Las aguas minerales de carbonatos alcalinos pueden sentar bien para atacar esta erupción, pero no más que para calmarla, porque retoñará seguramente en la primavera próxima, y ya sabeis que el pródigo herpético se hace fijo, constante y perenne despues del primer brote, hasta que el enfermo sucumbe por cualquiera otro padecimiento coincidente.

No se pueden olvidar en el tratamiento del pródigo las afecciones coincidentes, puesto que son las más importantes, las que han de conducir al sepulcro al sujeto; y siendo el catarro broncorrético ó enfematoso, ó la afección hepática general-

mente cirrósica la que determina esta terminación, y por lo tanto, la que acompaña generalmente á la afección cutánea, es preciso que sin perjuicio del tratamiento general antiherpético y local indicados, trateis esta afección profunda para la cual suelen convenir los revulsivos cutáneos, pues aunque se exacerba la erupción alrededor del sitio donde se aplica el fontículo ó la cantárida, parece que la mejora en los sitios lejanos, y mejora seguramente la afección catarral crónica. Pueden convenir también para esto las sustancias ó remedios expectorantes y el uso interno de la breva ó de preparados de ácido fénico, en los casos en que la afección esté más adelantada, y en los que se comprenda que el arsénico, de curso lento en sus efectos, no ha de producir resultado; yo he administrado con bastante éxito las píldoras de ácido fénico, compuesta cada una de ellas de dos granos de esta sustancia y de polvo inerte, con preferencia el de licopodio, y dando tres ó cuatro píldoras en cada comida, y subiendo lentamente hasta quince ó veinte, se suele conseguir algún resultado en el tratamiento de estos catarros crónicos.

Cuando la afección es vascular ó cardíaca, según lo que sea; ya sabéis que son muy pocos los remedios que podemos emplear contra las afecciones vasculares ó cardíacas que sean de éxito seguro; los conocéis por las explicaciones de Patología médica: á ellas me refiero.

Es preciso para concluir este estudio de las afecciones herpéticas nerviosas, que conozcáis otra afección importantísima, que es el líquen; y como es algo tarde, voy á apresurarme un poco y explicarlo casi de una manera aforística.

El líquen es en Dermatología una afección caracterizada por la presentación de pápulas rojas y duras, amontonadas ó agrupadas sobre placas circunscritas si es de curso crónico y de naturaleza diatéctica; pero diseminadas y aisladas en toda la piel, cuando es agudo y fugaz ó depende de causas no diatécticas. He aquí cómo la naturaleza del mal influye en una misma lesión histológica para presentarla con caracteres completamente distintos.

Cuando el líquen depende de una congestión ó afección sanguínea especial, de un estado pseudo-exantemático que se llama, ó cuando depende de una causa externa cualquiera, se presenta con pápulas rojas y diseminadas lo mismo que las del prurigo, pero siempre rojas; cuando depende de una causa interna, discrásica, de un estado constitucional, estas pápulas del líquen están amontonadas sobre una placa más ó menos roja, y esta placa colocada en uno ó dos puntos simétricos del cuerpo, en los dos brazos, ó en las dos piernas generalmente.

Prescindamos de las diversas especies que hay de líquen, y entremos desde luego en la descripción del líquen herpético. Preséntase, no en los viejos como el prurigo, sino generalmente en los jóvenes nerviosos, excitables, biliosos, que han

tenido tal vez alguna otra manifestación del herpetismo, que tienen historia de esta misma enfermedad en sus padres, ó en sus ascendientes, y es lo común que se presente por vez primera en las extremidades inferiores.

Aparece una placa roja ó rosada, con algo de abultamiento de la piel, y sobre ella se elevan pronto varias pápulas, varias eminencias crónicas y muy duras, acompañadas de una picazón irresistible; el enfermo se rasca, y sin embargo no se presenta encima de aquellas papulitas una costrita sangui-nolenta, si no unas escamitas furfuráceas cubriendo el ápice de la pápula. Cuando una papulita va desapareciendo otras nuevas salen, también amontonadas en el mismo sitio, sin dar humedad, y así llega un momento en que la sequedad de la piel es tal, y tanta la exudación de la epidermis córnea, que se forma como una superficie lisa, parece que se toca la piel de una lija ó de una escofina.

No hace mucho se presentó en mi casa un hijo de un senador del Reino con esta erupción en la parte anterior de ambas piernas, reproducida ya cuatro veces en estos últimos años; formaba la placa, de una extensión de cinco á seis pulgadas de longitud, por tres ó tres y media de ancho, una especie de estuche sobre la parte anterior de la región tibiana, y era tal su dureza que parecía una verdadera escofina; aunque se frotase rudamente con un cepillo no se levantaba, y parecía imposible, que estando cubierta la piel de aquel sujeto de este estuche córneo, tuviera una picazón tan irresistible, que no pudo dejar, delante de mí, de hacerse terribles arañazos. Esta erupción, que ya tenía reproducida por cuatro veces, había desaparecido á beneficio de los arsenicales, de los baños y de otros remedios durante el invierno; pero de pronto se coloreó su piel y volvieron á salir estas mismas placas poco tiempo antes del momento en que le veía.

La erupción se generaliza á veces por presentarse placas en otros diversos sitios, pero es muy raro que se generalice; generalmente se limita á las extremidades superiores ó inferiores y otras veces al tronco. Como consecuencia de esto se encuentra casi siempre en estos sujetos una demacración considerable, y una coincidencia, más que pulmonar ó vascular, generalmente gástrica ó hepática. Es decir, que el líquen no se presenta en un período tan avanzado del herpetismo, sino en el segundo ó tercer período, y así es que lo que le acompaña son los catarros, generalmente gástricos y las neuralgias, que casi siempre duran tanto como el ataque eruptivo y que desaparecen cuando desaparece también, ya de una manera espontánea, ya provocada por el tratamiento, la enfermedad de la piel.

En resumen, los caracteres principales del líquen herpético son: 1.º, la formación de pápulas gruesas, rojas, duras y agrupadas sobre placas, también rojas; 2.º, formación de escamas adherentes y duras que dan á la piel el aspecto y dureza de la piel de la lija; 3.º, la gran sequedad y engro-



samiento de la piel correspondiente á la parte afectá; 4.°, picazon irresistible; 5.°, á veces por la fuerza de los arañazos se forman grietas largas y ligeramente húmedas, que dividen la placa liquenóidea; 6.°, simetría y localización en las piernas por lo común; 7.°, larga duración; 8.°, brotes sucesivos, cada vez mayores y más tenaces, apareciendo en las primavera; 9.°, engrosamiento y rugosidad de la piel afectá después de la desaparición del liquen; y 10, coincidencias de catarros y de neuralgias.

Hay una variedad especial del liquen herpético, que se llama *liquen agrius ó ferox*, el cual está caracterizado por la mayor intensidad de todos los síntomas, y porque, á consecuencia de la intensidad del picor y de la ferocidad de los arañazos, se forman encima de las pápulas, no sólo grietas, sino vesículas exzematosas, y á veces píustulas inflamadas, cuyas costras encubren la enfermedad principal. Las pápulas de esta especie de liquen son, por lo común, muy grandes, mayores que un catamón, muy duras y difusas en su base, y están más diseminadas ó separadas en la placa que las del liquen común.

Histología del liquen. En los pocos análisis microscópicos que se han hecho de las pápulas del liquen se ha creído ver por Neuman, Hebra, Kaposi y otros, una proliferación celular circunscrita á la periferia de la vaina de los folículos pilosos y algo de hipertrofia papilar en las pápulas que rodean á cada folículo.

En la preparación que vais á ver luego, hecha por uno de los jóvenes doctores que me acompañan en la clínica, y perteneciente á un enfermo de liquen agrius, que hace pocos días pidió el alta en la sala 7.ª de mi cargo, podéis ver el corte vertical de una pápula. Fijaos bien y percibiréis fácilmente una hipertrofia considerable de la capa mucosa de Malpighi, con hiperplasia de los conos interpapilares é hipertrofia de las pápulas, cuyo tejido conjuntivo es muy fibroso y apretado. Pero, señores, estas lesiones son algo parecidas á las profundas del psoriasis que, como sabreis pronto, no pica. ¿Cómo explicar por ellas, la gran picazon del liquen?

Dejemos esto á un lado y pasemos á estudiar el diagnóstico del liquen.

¿Cómo diferenciaremos el liquen de las demás erupciones? El liquen puede confundirse con el prurigo cuando es diseminado, pero, señores, cuando es diseminado el liquen dura ocho ó quince días, y sus pápulas son rojas como os he dicho anteriormente; cuando el liquen no es de naturaleza herpética, cuando el liquen es diseminado ó depende de otras causas tiene los caracteres positivos de la otra causa constitucional que le determina. Así, por ejemplo, el liquen sífilítico, del cual os presentaré dentro de poco una lámina, tiene sus pápulas rojizas, cubrizas, diseminadas y grandes, pero no pica; el liquen escrofuloso tiene sus pápulas circunscritas, limitadas á un círculo pequeño, y generalmente en el rostro: es lo que

se llama *strofulus* de los niños; este liquen casi tampoco pica, tiene un curso agudo, desaparece en uno ó dos meses y generalmente no se reproduce, porque sabéis que tienen como carácter los *strofulus* y aún las demás afecciones escrofulosas, el presentar diferente lesión en sus reproducciones, y es muy difícil que se reproduzca este mismo liquen en el mismo sujeto.

Hay otros liquenes circunscritos que son parasitarios, y están caracterizados por su forma circular, ó redondeada: por su crecimiento excéntrico, por su contagio y por la existencia en sus descamaciones y en el tallo de los pelos ó del vello que atacan, de esporos y de tubos de mycelium pertenecientes al vegetal *trichofiton tonsurans*, que, como sabéis, es la causa del herpes circinado y de la tiña tonsurante; nada de esto encontrareis en el liquen herpético.

Pero hay liquenes que son reumáticos, y como siempre todo lo reumático es lo que más cuesta diferenciar de lo herpético, porque como sabéis falta la observación, porque las artritis ó reumátides son afecciones que la mayor parte de los dermatólogos no admiten, que han sido creadas dentro de la ciencia por Bazin, aunque existen indudablemente y es preciso admitirlas, os diré los caracteres que diferencian el liquen herpético del reumático, siguiendo á Bazin, que es el único que lo ha estudiado, y son los siguientes. El liquen reumático está colocado en la base de los pelos, constituyendo el liquen *pilaris*; cada papulita está atravesada por un pelo, y además hay una coloración lívida alrededor, que no se presenta por lo común en el liquen herpético. Es decir, que el liquen reumático se presenta en las regiones cubiertas de pelos, mientras que el liquen herpético se presenta en las extremidades superiores é inferiores. El liquen reumático va acompañado de eso que han creído encontrar histológicamente, una proliferación celular especial alrededor de la vaina de los folículos pilosos, cosa que no se encuentra en el liquen herpético, que se presenta en sitios donde generalmente no hay pelo.

El liquen es afección muy tenaz; suele durar cada brote muchos meses á pesar del tratamiento mejor indicado. Si se abandona cuando existe en las extremidades inferiores, determina con toda seguridad y evidencia varices ó úlceras varicosas consecutivas, y acompaña á todo esto intensísima picazon, por lo que comprendéis la imposibilidad de vivir este sujeto dedicado á sus faenas habituales. Además es sumamente grave, no sólo en sí, sino por las afecciones coincidentes del sistema nervioso, porque las neuralgias, las gastralgias, las visceralgias, y las afecciones de las membranas mucosas aumentan y pueden ser gravísimas. En el sujeto á que antes me refería había una afección coincidente hepática, bien caracterizada por una ictericia rebelde.

Y ¿qué tratamiento debe emplearse contra el liquen? Aquí es donde se ve más la eficacia de los arsenicales, pero no de

los arsenicales comunes, sino del ácido arsenioso, llegando á dosis regulares: yo he dado en muchas ocasiones los arseniales sin gran éxito, pero empleando el ácido arsenioso; aumentando gradualmente la dosis hasta un tercio de grano al día; y dándole con insistencia, he visto que un brote que anteriormente ó en las veces pasadas, duró dos ó tres meses, duraba un mes solamente, y si duró mucho más duraba la mitad del tiempo en los últimos brotes. Dad, pues, los arsenicales con insistencia en estos liquenes; dad algun alcalino tambien, porque suele ocurrir la coincidencia hepática con frecuencia, y aplicad sobre la parte enferma todos los remedios más resolutivos y los más sedantes que encontréis; yo comunmente los trato por toques alternantes de láudano de *Sydenham* y de tintura de yodo. Si no hago esto, hago preparar la pasta de subnitrato de bismuto y aceite de enebro que es un remedio de los más eficaces para calmar la picazon, y sólo á esto ha obedecido el padecimiento en un enfermo que os presentaré. Además, señores, como remedio tópico podeis emplear la pomada de breá, sola ó mezclada con óxido de zinc ó subnitrato de bismuto.

En ocasiones hay que limpiar todas estas sustancias grasas

porque ya se da encima de ellas la nueva untura y no hace efecto; conviene en estos casos la locion con glicerina ó con agua jabonosa ó alcalina; pero despues se debe insistir más largo tiempo, con todas esas sustancias de que os he hablado hace un momento.

Cuando no se quiera embadurnar la piel, pueden emplearse con éxito los toques con la solucion alcohólica normal de ácido fénico, que está compuesta de tres gramos de ácido fénico por treinta de alcohol, y que al aplicarse sobre estos sitios determina una ligera escara anestésica, y calmada la picazon el enfermo puede dormir. Es además el ácido fénico un resolutivo poderoso; de manera que, cuando os encontréis delante de un liquen crónico, podeis aplicar como remedio bueno y que no mancha, la solucion alcohólica normal ya indicada.

Heimos terminado con esto el estudio de las herpétides nerviosas; sólo nos falta para concluir el estudio del herpetismo cutáneo, el de las herpétides que llamaremos biperplásicas, en las cuales están incluidos el pitiriasis y el psoriasis. Este será el objeto de la leccion próxima.

He dicho.



## LECCION SÉTIMA.

De las *herpétides hiperplásicas*.—La *hiperplasia herpética* puede ser consecutiva á las inflamaciones crónicas, ó primitiva, constituyendo las *herpétides escamosas pitiriasis y psoriasis*.—Del *pitiriasis*: definición y caracteres principales.—Naturaleza diversa segun su causa.—Histología comparativa de las diversas especies de *pitiriasis*.—Del *pitiriasis herpético*.—Sus tres especies: silba, rosada y rubra.—Descripción, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de cada una de ellas.—Del *psoriasis*: definición y caracteres principales.—Causas y naturalezas diversas.—Histología.—Del *psoriasis herpético*.—Su descripción.—Especies admitidas por su aspecto.—Especies dependientes de su generalización ó localización.—*Psoriasis localizada*.—Diagnóstico del *psoriasis herpético*.—Del pronóstico.—Del tratamiento general.—Del tratamiento local del *psoriasis*.—Conclusión de la lección y del estudio del *herpetismo*.

### SEÑORES:

Tócanos hoy ocuparnos de las hiperplasias de naturaleza herpética.

Hiperplasia, como sabéis, es el aumento en el número y en el tamaño de los elementos morfológicos de un tejido cualquiera; y os avanzo la idea de que hiperplasia herpética es este aumento en el tamaño y en el número de los elementos morfológicos del epidermis.

Con efecto, señores; las hiperplasias de naturaleza herpética, como todas las afecciones del *herpetismo*, rara vez profundizan más, rara vez pasan más allá de esa capa que puede llamarse papilar del dermis; se queda casi toda la afección en la capa mucosa de Malpígio, ó en la parte más superficial ó menos profunda de la misma.

Comprenden las hiperplasias de naturaleza herpética el estudio de dos enfermedades muy importantes, ó por mejor decir, de dos lesiones muy importantes; la una es el *pitiriasis* y la otra el *psoriasis*. Estudiemos, pues, cada una de estas dos afecciones.

Se da el nombre de *pitiriasis* en Dermatología á una afección cutánea caracterizada por la descamación furfurácea de la piel hallándose ésta en su estado normal aparente, es decir, *sin infarto, sin inflamación, sin exudación previa*. Y os advierto que estos caracteres son precisamente los diferenciales de esta

enfermedad con respecto á la otra de que nos vamos á ocupar despues, que es el *psoriasis*.

Los caracteres del *pitiriasis* se fundan, pues, más en la exudación seca ó sea descamación furfurácea, que en el estado de la piel. La descamación furfurácea está compuesta de laminillas sumamente pequeñas, hojuelas como las del salvado que se desprenden de una manera incesante del epidermis. Es uno de los caracteres importantísimos de esta descamación la facilidad con que se reproduce; de una manera incesante puede decirse que se forman esas peliucillas que á poco que se frote caen, lo cual prueba que no son adherentes, que no están pegadas, que no son continuas con la capa mucosa de Malpígio más inmediata, más próxima.

Acompaña generalmente á la *pitiriasis* alguna picazón, mayor cuando se mezcla con ella el proceso congestivo ó el proceso inflamatorio, ligera cuando es simple, cuando la descamación está sobre la piel normal.

Si añadís á esto la falta de vesículas y de humedad, y la falta del estado criboso, que caracteriza al *eczema*, así como el infarto cutáneo subescamoso, propio del *psoriasis*, tendreis perfectamente caracterizado el género *pitiriasis*, incluyendo en él sus numerosas especies morbosas.

La *pitiriasis* puede depender de infinitas causas; lo mismo

que las demás afecciones ó lesiones cutáneas, ya es parasitaria, ya es dependiente de un estado accidental de la sangre, temporal ó fugaz, ya, en fin, depende de un estado constitucional crónico, escrofuloso, herpético, reumático, sífilico, leproso ó pelagroso. Tal vez, señores, sin que exista una afección constitucional, ó una afección parasitaria, la piel se descama en el estado de salud, si la vejez es la salud, porque también hay estados seniles en los cuales, sin previa enfermedad constitucional, sin previo estado morbozo alguno, la piel se separa completamente seca y de una manera furfurácea, simulando la forma morboza que nos ocupa en este momento, simulando un pitiriasis.

La histología patológica del pitiriasis está poco estudiada todavía. Sin embargo, puede decirse, que en el pitiriasis alba la lesión es una simple hiperplasia de las células superficiales de la capa mucosa, con hipersecreción sebácea coincidente; que en la pitiriasis rosada hay además congestión ligera de la red capilar; y que en la rubra, esta congestión provoca exudados inflamatorios muy superficiales, lo que ha hecho que Neuman y otros la confundan con el eczema y la herpétide esfoliativa consecutiva.

En la pitiriasis versicolor y nigra el microscopio enseña además la causa irritativa de la hiperplasia epidérmica, ó sea el conjunto de los esporos de *microsporon furfur*, que en mayor ó menor abundancia se implantan en la superficie de la capa reticular y se mezclan é interponen entre las células córneas del epidérmis.

En el pitiriasis leproso que se presenta sobre las manchas blancas del *leuce*, ó sobre las manchas bronceadas de la lepra, ó elefantiasis griega maculosa, el microscopio demuestra una disposición especial en la superficie de las escamas muy característica y que no debeis olvidar. Puesta una escamilla leprosa en el porta-objetos, se ve su superficie y aun su espesor entrecruzado por numerosas líneas opacas de diverso grueso simulando las arborizaciones ó divisiones de un vegetal ramoso; pero, fijándoos bien comprendereis que son los innumerables surcos entrecruzados, ó los fruncimientos del epidérmis, que á simple vista podeis observar y que simulan perfectamente la conformación de ciertas plantas.

En el pitiriasis reumático, no es difícil que encontreis pequeños cristales de ácido úrico ó de oxalato de cal, mezclados con las células córneas; pero como os decía hace un momento, los estudios histológicos acerca de este asunto están todavía en periodo de investigación, y falta mucho para darlos por terminados.

Como comprendéis, yo no debo ocuparme del pitiriasis en todas estas especies, puesto que ya lo he hecho en otra ocasión, y hoy debo ocuparme solamente del estudio del pitiriasis herpético ó dependiente del herpesismo.

El pitiriasis herpético tiene tres modos de expresión, tres manifestaciones distintas: la una se ha denominado pitiriasis

alba, la otra pitiriasis rosada, circunscrita ó diseminada, y la otra pitiriasis rubra; no es que sean estas tres lesiones distintas; en ocasiones representan grados de una misma dolencia: empieza la afección por la pitiriasis alba, sigue, cuando se exacerba, formándose la pitiriasis rosada, termina por fin en los últimos días, y en los últimos periodos del herpesismo, transformándose en la pitiriasis rubra. Pero en ocasiones también la pitiriasis alba sigue durante toda la vida del enfermo, con el mismo modo de manifestación; digo lo mismo de la pitiriasis rosada, y finalmente, la pitiriasis rubra puede presentarse *ab-initio*, como primera manifestación de una pitiriasis herpética.

Pitiriasis alba. Tal vez muchos de vosotros la padezcáis, y si no habreis visto muchos que la padecen. Este salvado que se escapa de la cabeza á poco que se frote, que existe también en toda la superficie de la piel sin que moleste mucho ni pique, sin que haya necesidad de mucho esfuerzo ó frote para que se separe, esto es la pitiriasis alba. Consiste, como veis, exclusivamente en una furfuración incesante que se reproduce con muchísima facilidad; á poco de desprenderse una escamilla, se presenta, se reproduce otra nueva, y si frotáis mucho, transformáis fácilmente esta pitiriasis alba en una pitiriasis rosada, y la descamación, por consiguiente, se hace mucho más abundante y tenaz. Empieza generalmente la pitiriasis alba por placas difusas no redondeadas, no circunscritas, pero de forma completamente irregular, generalmente extensas, ya ocupando las extremidades inferiores y las superiores, por el sitio de las articulaciones, ya extendiéndose después á las orejas y á la cabellera.

Es una enfermedad que no va acompañada generalmente de ninguna afección grave de la piel ni de las mucosas, pero si de erupciones granulosas ó papulosas en éstas, que duran muchísimo tiempo, pero que tienen poquísima importancia, y el enfermo sobre todo no se la da. De esta manera puede durar la enfermedad, no meses sino muchos años, y según se localice en uno ú otro sitio puede determinar padecimientos consecutivos de más ó menos importancia.

Cuando la pitiriasis alba se localiza, por ejemplo, en la cabeza, es lo común que los enfermos se la capillen, se la rasquen, se peinen con lencera, traten de quitar esta caspa como si fuese una yuxtaposición sobre aquel sitio que creen sano; y como no es así, como depende de un estado morbozo de las células superficiales de la capa mucosa de Malpighi, lo que resulta es que las excita más y da lugar á una exudación mucho mayor, de manera que el mal se extiende, se propaga, el mal en una palabra se complica con infinitas afecciones artificiales á que con el peine, cepillo, ó grasas se da lugar, ó podeis determinar.

Como consecuencia de esto, además de la picazón que se aumenta, propagándose esta hiperplasia á los folículos pilosos, se determina por la compresión de los mismos la caída tem-



poral del pelo, caída temporal del pelo que puede hacerse definitiva si el mal no se detiene á tiempo, si el mal no se cura como debe curarse. Es conveniente, sin embargo, que sepais, que para que venga la alopecia herpética (que podeis llamarla así) ó la consecutiva á la pitiriasis herpética, han de pasar muchísimos años, todo lo contrario de lo que sucede en las alopecias reumáticas ó consecutivas á la pitiriasis reumática, en las cuales la alopecia viene de una manera rápida, y este es un carácter diferencial de muchísima importancia.

Si suponeis á la pitiriasis alba localizada, y es muy frecuente, en los bordes palpebrales, observareis que la picazon es mayor que en las demás formas de la pitiriasis, que ocupan las escamitas, algo más adherentes que en la *pitiriasis capitis*, los espacios interpilosos de las pestañas y el párpado alrededor de este sitio de implantación; y, ya sea por el mal, ya sea por la fluidez del tejido, ó porque el enfermo se rasque y se rasque con violencia, se produce un estado eritematoso, y áun en ocasiones hasta erisipelatoso de estos párpados, afección que no puede considerarse como propia de la pitiriasis, sino como complicación, como efecto del mal tratamiento ó como efecto inmediato del rascarse mucho. Sucede lo mismo en la pitiriasis palpebral que en la *pitiriasis capitis*; se afectan los folículos pilosos, y también las glándulas de Meibomio, y lo que ocurre es que caen completamente las pestañas, y la mayor parte de los enfermos que veis desprovistos de estos apéndices pilosos han padecido una pitiriasis palpebral, ó bien un eczema seco reumático ó escrofuloso.

Cuando la afección se localiza en el conducto auditivo externo propagándose hasta la membrana del tambor, como da lugar á la misma picazon, y como el enfermo no se suele contener y se rasca, vienen consecutivamente inflamaciones y sorderas.

La localización más importante es la que se verifica en los órganos genitales. Es muy común que se presente la pitiriasis en la márgen del ano, y en este caso da lugar, como todas las afecciones que en este sitio se presentan, á grietas acompañadas de picazon irresistible. La mayor parte de las grietas de la márgen del ano, cuando no son debidas á un estreñimiento pertinaz, son debidas á afecciones herpéticas ó reumáticas que se localizan en este sitio, y la pitiriasis es una de ellas. Las escamitas que se presentan en el borde del esfínter del ano son generalmente más gruesas, son más anchas, están naturalmente empapadas de alguna humedad, pero se conoce fácilmente que no son consecutivas á un eczema porque no se observa el estado criboso particular de esta enfermedad en la piel, ni la humedad previa á la salida de las escamas.

El pitiriasis escrotal no es tan frecuente, pero puede presentarse también dando lugar á estas mismas grietas, á esta humedad consecutiva, y á picazon más fuerte que en los demás puntos de localización ántes indicados.

Bazin admite además un pitiriasis localizado en los labios;

yo no he tenido ocasión de verlo más que dos veces, pero es una afección sumamente tenaz y rebelde á todos los tratamientos, y es generalmente porque las enfermas (y digo las enfermas, porque generalmente son mujeres las que lo padecen), se pellizcan los labios, y ya sea porque están siempre en movimiento, ya sea porque pasan por este sitio sustancias más ó menos acres ó irritantes, ello es que la pitiriasis labial se conserva durante muchísimo tiempo, se acompaña de grietas rebeldes y es sumamente tenaz. Aquí las escamas furrúceas ó películas son más anchas y adherentes conforme se propaga la enfermedad á la parte interna del labio, hasta que llega á un punto en que no existe, porque no puede existir, es decir, porque la parte más profunda del labio está bañada por la saliva, que contiene como sabeis, sustancias alcalinas, que no permiten que se propague allí la hiperplasia epidérmica.

Es preciso que todas estas localizaciones para que sean herpéticas, vayan acompañadas de la pitiriasis generalizada, porque cuando hay una sola pitiriasis en los bordes palpebrales ó en una región de las que acabo de hablar, no es, señores, nunca pitiriasis herpética; puede ser escrofulosa ó reumática, pero solamente es herpética cuando se propaga á la generalidad de la superficie del cuerpo, cuando se generaliza.

Tales son, señores, los caracteres principales de la pitiriasis alba.

La pitiriasis rosada es, como os he dicho, un grado más de la afección primeramente descrita, pero se puede presentar también como primera manifestación del herpetismo y no consecutiva á la pitiriasis alba. En este caso observareis generalmente en la frente, en las sienes, un reborde rojo, eritematoso ó rosado, sobre el cual se forman esas descamaciones furrúceas algo más adherentes que en la pitiriasis alba. Basta, sin embargo, frotar con la mano para que se desprendan algunas, no todas, y para que se reproduzcan de una manera casi inmediata, si no á vuestra vista, al poco tiempo después de haber hecho este frote. Se extienden desde la parte anterior de la frente y de las sienes á las orejas y cabeza y después por placas más ó menos circunscritas pero siempre difusas, nunca redondas, nunca numulares, á todo lo demás del cuerpo.

De manera que uno de los caracteres más generales y diferenciales de la pitiriasis rosada es el de presentarse en varios puntos distintos y diferentes del cuerpo al mismo tiempo esas placas rojizas cubiertas de escamitas furrúceas algo más adherentes que en la pitiriasis alba. Claro es que en los segundos brotes de estas erupciones que siguen el mismo curso que todas las demás afecciones del herpetismo, en los segundos ó terceros brotes del herpetismo, digo, la erupción se hace más extensa, hay más escamas en cada placa y salen muchas más placas, es decir, que se generaliza mucho más la erupción, hasta un punto en que se presenta en toda la su-

perficie cutánea, y constituye, ó puede constituir, la pitiriasis rubra, pero la pitiriasis rubra consecutiva, no la pitiriasis rubra primitiva de que me voy á ocupar inmediatamente.

La pitiriasis rosada pica bastante más que la *alba*, pero todavía es soportable la picazon. Si frotáis algo en ella y dais lugar á una exudacion acuosa, aplicando sobre ésta el papel reactivo, podeis ver la reaccion alcalina. Hay simetria además en cada uno de estos brotes circunscritos hasta que viene la generalizacion.

*Pitiriasis rubra primitiva.* Por una de esas casualidades que no ocurren á menudo, acaba de entrar en la enfermería una pobre lavandera con esta enfermedad, y tendré el gusto de presentárosla dentro de breves momentos. Su historia es la historia de la pitiriasis rubra: por una causa más ó menos excitante aparece de pronto un estado febril ligero con frio, ó con escalofrio, alternando con calor, y á las diez y ocho ó veinte horas de este estado febril ligero, aparecen en la piel manchas rojas, extensas, sobre las cuales se forma inmediatamente la descamacion furfurácea característica de toda pitiriasis. En pocos dias la afeccion se hace general y cubre toda la superficie del cuerpo del enfermo; la descamacion se forma de una manera incesante tambien, y si se trata del primer brote de una pitiriasis rubra, puede ocurrir que en un mes ó mes y medio empiece por desaparecer esta descamacion, y despues el color rojo sobre el que descansaba; pero cuando se trata de brotes sucesivos (que aquí se repiten con frecuencia, no espera generalmente de un año á otro), entónces, señores, la erupcion ya generalizada se hace tan pertinaz, tan rebelde, tan grave como la herpétide maligna exfoliativa de que os hablé al principio del herpesismo, y es indudable que se puede confundir perfectamente con aquella manifestacion maligna de la enfermedad que nos ocupa.

Ya en conferencias anteriores, y en años pasados, referí un caso muy notable de pitiriasis rubra generalizada que se presentó en mi consulta: lo recordaré en este momento. Tratábase de un autor dramático muy conocido, el cual se presentó como digo, en mi consulta, cubierto todo su cuerpo de una descamacion ligera y furfurácea sobre una piel enrojecida, pero de diferente intensidad en la coloracion segun los sitios que ocupaba. Este color rojo, abigarrado por su diferencia de coloracion, acompañado de la caida total de todos los pelos de su cuerpo, daba á este pobre señor un aspecto tan ridículo que no se podia presentar en sociedad. Y esto, acompañado del mal moral consiguiente determinó el que el sujeto se fuese á vivir á un pueblo en donde me teno que haya muerto.

Y la muerte viene, señores, en esta enfermedad, por las coincidencias herpéticas: es la coincidencia herpética más comun la diarrea colicativa que se presenta casi desde el primer brote, que se mejora cuando la erupcion se mejora, y que cuando las erupciones son mayores, es mucho mayor tambien y más grave.

Es muy comun tambien la coincidencia del catarro crónico broncorrético, y el enfermo que padece la pitiriasis rubra generalizada, al tiempo del tercero ó cuarto leve fallece víctima del marasmo más completo, atribuyéndolo, no precisamente á la afeccion cutánea, sino á la afeccion disenterica coincidente ó al catarro bronquial crónico.

*Histología de la pitiriasis herpética.* Señores: si cortáis un trozo de piel afectada de pitiriasis alla ó rosada encontrareis: primero, completamente resquebrajada la capa córnea del epidermis; segundo, aumentadas en su tamaño, aumentadas en su número todas las células de la porcion superficial de la capa mucosa de Malpigio.

Pero conviene que os fijéis bien en la organizacion de esta capa mucosa reticular de Malpigio. Sabéis, señores, que esta capa del epidermis está formada en su porcion profunda por una especie de digitaciones ó de conos que se interponen entre las papilas del dérmis; pues bien, sólo cuando la afeccion es muy crónica, cuando no se trata de una pitiriasis rubra aguda ó de la forma pseudo-exantemática, la hiperplasia, es decir, el aumento del número, el aumento del tamaño de las células se presenta en esa capa profunda.

Esta hiperplasia que es aquí crónica, fija, definitiva, cuando se trata de una pitiriasis fugaz, de una pitiriasis pseudo-exantemática, es fugaz tambien y desaparece.

Cuando se trata de una pitiriasis parasitaria está mezclada, como os he dicho hace un momento, esta hiperplasia con esporos del vegetal A ó B, segun cual sea el que determine la afeccion.

Cuando se trata de una pitiriasis reumática, hay sedimentos, hay cristaltos de sales de fosatos y de sales de uratos en los intersticios de las mismas.

Cuando se trata de una afeccion sífilítica, leprosa ó escrofulosa, de una pitiriasis de estas naturalezas, la hiperplasia, como os he indicado tambien, no es simple; la hiperplasia está mezclada con la neoplasia, es decir, que hay una proliferacion celular á lo largo de los vasos del dérmis, que distingue perfectamente aquellas afecciones neoplásicas de éstas simplemente hiperplásicas.

Pero prescindiendo de este diagnóstico histológico, entremos en el diagnóstico clinico, y empecemos por diferenciar el pitiriasis de otras afecciones; del psoriasis, del eczema, del pénfigo y del ictosis, con los cuales pudiera confundirse.

El que más puede confundirse con el pitiriasis, por cuanto no es más que un mayor grado de hiperplasia, es el psoriasis; sin embargo, además de los caracteres histológicos que os daré despues, hay como caracteres clinicos importantísimos, primero, el que las escamas del psoriasis son adherentes, y aquí no lo son; las escamas del psoriasis son grandes y no son furfuráceas; son brillantes, y las escamas del pitiriasis no brillan. Hay además otro carácter de muchísima importancia negativo para el pitiriasis, positivo para el psoriasis; que de-



hojo de las escamas del psoriasis hay siempre una elevación, un infarto que se le llamado dérmico pero que es epidérmico; este infarto cutáneo, colocado debajo de las escamas, caracteriza el psoriasis, y no se presenta nunca en el pitiriasis. Hay además otro, y es, que si tratáis de separar una escama adherente, en el pitiriasis la separáis con facilidad, mientras que en el psoriasis tendréis que hacer una herida, y una herida que da sangre. El psoriasis además, siempre es crónico: el pitiriasis puede ser agudo, y aunque sea crónico puede tener manifestaciones agudas.

Se diferencia fácilmente el pitiriasis del ictiosis, porque el ictiosis es una descamación, ó por mejor decir, es una colocación de escamas imbricadas, fijas y adherentes sobre una superficie más ó menos circunscrita del cuerpo: pero esta afección es congénita, se presenta desde el nacimiento, y constituye sin embargo para algunos más que una enfermedad, una deformidad cutánea.

Con lo que más puede confundirse el pitiriasis es con cierto período de los eczemas, especialmente de los eczemas reumáticos, ó secos; cuando termina un eczema por descamación, como sabéis, el aspecto que presenta es el de una pitiriasis furfurácea. Lo diferenciáis sin embargo fácilmente; primero, frotando esta superficie, y si es un eczema veréis debajo el estado criboso de la piel, veréis allí por la irritación que habeis producido en cada uno de esos agujeritos de la criba salir una gota de humedad: nada de esto pasará en el pitiriasis. Pero hay más: las escamas que cubren el eczema no son furfuráceas sino crustáceas y adherentes, de manera que veis que al frotar para que caigan y se desprendan se da lugar á una denudación de esta misma epidermis, mientras que, por ejemplo, al rascarse la cabeza para dejar caer la caspa del pitiriasis alba no dáis lugar á ninguna denudación y la piel se queda brillante.

En algunas ocasiones el pénfigo pudiera confundirse con el pitiriasis, pero no olvidéis que es preciso que las ampollas sean muy pequeñas para que den lugar á exfoliaciones pequeñas; pues por lo común las exfoliaciones y erosiones son tan grandes, es decir, son tan extensas, que no pueden dar lugar á género de duda de ninguna clase.

El diagnosticar entre las diversas especies del pitiriasis también es fácil, sobre todo, habiendo tenido ocasión de ver enfermos, porque si no nada es fácil, señores. El pitiriasis alba reumático, ya os lo he dicho anteriormente, es localizado y fijo en un sitio; no se generaliza nunca; la pitiriasis cópitis, no se extiende la mayor parte de las veces en las especies reumáticas, mientras que la herpética tiende á la generalización, á la cronicidad, nunca desaparece y si desaparece con un buen tratamiento, generalmente se reproduce después de una manera más extensa.

Va acompañado, cuando es el reumatismo la causa del pitiriasis, de eritemas circinados, ó marginados, de placas como

numulares sobre las cuales descansan las escamas furfuráceas, mientras que aquí, en cualquiera de las formas del pitiriasis herpético estas placas nunca son redondas, sino difusas, tienen una forma muy rara, pero no redondeada ó circular como en el pitiriasis reumático. De modo que la limitación por un lado y la forma redondeada por otro son los caracteres más importantes, además de las coincidencias reumáticas, para distinguir la pitiriasis reumática de la pitiriasis herpética.

Hay un momento en los pitiriasis escrofulosos en que la confusión puede ser grande, y podemos dudar de si se trata de una afección escrofulosa ó herpética. Es muy común ver en las jóvenes aparecer en la cabeza pitiriasis escrofulosos; y ¿cómo diferenciarlos de los herpéticos? Suponed, señores, (que es mucho suponer), que no hay ninguna otra coincidencia escrofulosa; que la enferma á que me refiero no tiene los labios gruesos, infartos glandulares ni ninguna otra afección escrofulosa, ni siquiera oftalmía; pues bien, aun á pesar de esto, es fácil el diagnóstico, porque es muy raro que el pitiriasis escrofuloso determine la alopecia, por crónico que sea, mientras que en el pitiriasis herpético la alopecia es segura ó el aclararse el pelo por lo menos. Es más, el pitiriasis escrofuloso casi siempre es algo húmedo, sin que por esto pueda decirse que hay vesiculación inferior; pero es lo cierto que hay humedad, de manera que las escamas del pitiriasis escrofuloso son más adherentes precisamente por esto.

Hay pitiriasis sífilíticos, leprosos y pelagrosos, que aunque no pueden confundirse en realidad con éste, merecen dos palabras para diferenciarlos.

El pitiriasis leproso se presenta en las épocas más avanzadas de la lepra, generalmente en los sitios en donde hay menos circulación cutánea, en las extremidades inferiores, y en la actualidad tenemos arriba algunos leprosos, en los cuales podéis ver amontonadas escamas furfuráceas precisamente en los dedos, en la piel de ambos pies, que saltan efectivamente con el roce de un cepillo, que se reproducen tan incesantemente como en este pitiriasis, pero que no dan lugar á inflamación de ningún género, ni pican, ni molesta; hay, al revés, como carácter diferencial, la insensibilidad de la piel inmediata que podéis pinchar y sajar sin inconveniente de ningún género para el enfermo. Precisamente un leproso que tenemos arriba se quita de una manera tan brusca las curas que tiene en una úlcera de los dedos al lado de un pitiriasis que rodea la enfermedad local, que nos da pena el ver cómo se las arranca sin dolor, es verdad, pero dando lugar á la pérdida de grandes cantidades de sangre.

El pitiriasis sífilítico es una sífilide generalmente granulosa que termina por descamación, y por consiguiente no son placas grandes ni difusas; suelen ser ligeras eminencias que terminan por una descamación furfurácea; cuando son sumamente confluentes, claro es que pueden confundirse con el

pitiriasis, pero en la mayoría de los casos no dan lugar á confusion de ningún género.

Si añadís á estos datos del diagnóstico clínico los datos histológicos que os di hace un momento, creo que podréis diferenciar perfectamente el pitiriasis en cada una de sus diversas especies.

Pero falta hacer un diagnóstico que tiene importancia, y es el del pitiriasis rubra que vais á ver dentro de un momento con la *herpétide maligna exfoliativa* que visteis tambien en alguna conferencia pasada. La *herpétide maligna exfoliativa* consecutiva, lo es al *pénfigo*, al *psoriasis* ó á un *eczema rubrum*, mientras que la *pitiriasis rubra* generalmente no es consecutiva á ninguna otra afeccion. La *herpétide maligna exfoliativa* primitiva es una dermatitis, una inflamacion; la *pitiriasis rubra* no es una inflamacion, es una simple hiperplasia, y si acaso por algun mal tratamiento ó por el roce vienen inflamaciones coincidentes, no son previas, son consecutivas á la afeccion. La escama que se presenta en la *herpétide maligna exfoliativa* es grande; la escama que se presenta en la *pitiriasis rubra* es pequeña, es *furfurácea*; pero, señores, su gravedad es la misma, y su terminacion por la muerte es irremediable en cualquiera de estas dos afecciones, no en su primer brote en la *pitiriasis rubra*, pero sí en los sucesivos, y en el primer brote en la *herpétide maligna exfoliativa*.

*Pronóstico de la pitiriasis.*—Cuando la *pitiriasis alba* está en su primer período, cuando podréis emplear su tratamiento racional, su pronóstico es leve; es una afeccion facilmente curable, no abandonando, señores, el tratamiento interno que siempre es necesario cuando se trata de una afeccion sostenida por un estado constitucional. Su duracion, dejada á su curso espontáneo, es larga; puede durar la *pitiriasis alba* no sólo meses, sino años, dando lugar á esas reliquias de que os he hablado hace un momento, dando lugar á la alopecia, por ejemplo, á la sordera, á la caída de los pelos de las cejas y de las pestañas, pero nada más. Si se trata, y se trata convenientemente, podréis tal vez curarla en uno ó dos meses. Cuando ya es más crónica teneis que alargar más la fecha; cuando se ha trasformado en una *pitiriasis rosada*, todavía teneis que esperar algo más para conseguir resultados; cuando os encontréis delante de una *pitiriasis rubra*, temblad, señores, porque por mucha que sea la eficacia del tratamiento, si no se consigue evitar la reproduccion de los brotes, el enfermo fallecerá á consecuencia de las manifestaciones coincidentes del tubo digestivo, que hace un momento os dije que sobrevenian. Cuando os encontréis delante de la *pitiriasis rubra*, pero ya crónica, despues de varios ataques, despues de varios accesos, entónces, señores, la terminacion tambien es seguramente mortal.

Y ¿cómo hemos de tratar estas afecciones? ¿Cómo hemos de evitar, si es posible, que la *pitiriasis alba* se haga rosada, y la rosada rubra, y que llegue el cuarto período del herpe-

tismo? Pues bien, señores, hay una indicacion general, el tratamiento antiherpético, el uso interno de las sustancias antiherpéticas, entre las cuales, como sabéis, la primera es el arsénico; pero hay además que llenar algunas indicaciones locales, que son diferentes segun la forma de la erupcion.

El tratamiento interno arsenical en la *pitiriasis alba*, administrándolo del modo como os lo he explicado, en algunas ocasiones da resultados positivos y breves; tal vez sin remedios locales, con los arsenicales solamente curareis la *pitiriasis alba*, y la curareis en dos ó tres meses, siempre que sean las dosis suficientes, pero mucho mejor lo conseguireis ayudados con los tratamientos locales que voy á indicaros.

Los remedios locales para combatir la *pitiriasis* son: primero, el agua en lociones repetidas y largas; segundo, la glicerina, que disuelve la descamacion *furfurácea*; tercero, las aguas salinas, mejor dicho, alcalinas, que disuelven tambien la sustancia córnea del epidermis. Pero esto, como comprendéis, no hace más que limpiar la capa córnea del epidermis, separar la descamacion; es preciso que ataqueis la hiperplasia de algun otro modo, y los remedios que hay para conseguir esto son: primero, los astringentes, las pomadas de óxido de zinc y de subnitrito de bismuto, ya solos, ya mezclados; el glicerolado de almidon y bismuto que aquí empleamos, compuesto de treinta partes de glicerolado de almidon y tres de subnitrito de bismuto, es un bueno y un gran recurso cuando la *pitiriasis* está localizada en otra parte del cuerpo, pero no en la cabeza, pues cuando está en la cabeza no conviene dar ninguna pomada ni ninguna mezcla en que entren sustancias pulverulentas, porque allí se quedan, se agarran á los pelos y determinan, en vez de escamas *furfuráceas* que ántes tenia el enfermo, costras formadas por la escama y por la mezcla de la escama con esas sustancias pulverulentas. En estos casos es preciso que apeéis á la brea. La brea es uno de los remedios más eficaces, no dándola concentrada sino en pomada y aplicándola sobre la superficie de la piel. En las perfumerías venden muchas sustancias para quitar la caspa de la cabeza; una de ellas es el agua de quina, y efectivamente, señores, las disoluciones de sulfato de quina parecen que tienen una acción eficaz para detener la hiperplasia epidérmica que produce la *pitiriasis herpética*, pero desconfiad de todas las demás.

Recientemente yo he tenido ocasion de emplear dos sustancias que creo preferibles á todas las anteriormente dichas: una de ellas es el ácido crisóianico y otra el ácido pirogálico; ácidos que mezclados con manteca en la proporcion de uno por treinta, y dando con la pomada resultante ligeras fricciones en la *pitiriasis*, se ve desaparecer la erupcion con rapidéz en personas á quienes se habia dado las pomadas de brea y otras sustancias, sin éxito.

Cuando se trata de una *pitiriasis rubra*, todos estos remedios son ineficaces: considerad primero, señores, que la en-

SEPTIMA PARTE.

LXVI



fermedad está en toda la superficie del cuerpo; que acompaña á esta hiperplasia cutánea cierto grado de inflamación superficial, de epidermitis no previa pero sí consecutiva; considerad que toda aquella piel no funciona, y ved que los remedios que habeis de dar tienen que aplicarse sobre toda la superficie cutánea.

Prescindiendo del tratamiento arsenical, que aquí debe llevarse hasta las más elevadas dosis, de dos, tres y cuatro granos diarios de arseniato de hierro con preferencia; prescindiendo tambien de cierta clase de baños continuados de largo número de horas que recomienda Hebra; creo que el mejor remedio para esta enfermedad, ó á lo ménos para alargar la vida del enfermo, es la hidroterapia; he aconsejado algunas veces con algun resultado el empapar el cuerpo con paños de agua fria, siguiendo el método de Preisnitz; el dar, no duchas, pero sí irrigaciones con agua completamente fria, pero pura, para que no vaya disuelta ninguna sustancia extraña que pueda irritar la superficie de la epidermis que está al descubierto, y esto, me ha valido dar algunos resultados para alargar la vida del paciente.

Pasemos ya, porque si no nos va á faltar el tiempo, á estudiar la segunda enfermedad cutáneo-herpética hiperplásica, enfermedad sumamente importante, y que por los demás autores se halla incluida entre las herpéticas escamosas; me refiero al psoriasis.

Llábase en Dermatología psoriasis á una afección cutánea caracterizada por el desarrollo de escamas blancas, nacaradas, brillantes, grandes, adherentes, sobre un tejido cutáneo abultado, inflado, pero no inflamado; que tiene una coloración rojo-oscura, casi cobriza, y está tan íntimamente unido á la descamación ó á las escamas, que si se trata de separarlas, determinan una erosión y la salida de gran cantidad de sangre. Resulta, pues, señores, que como caracteres principales del psoriasis tenemos: primero, escamas; segundo, infarto cutáneo; y tercero, adherencia tan fuerte entre escama é infarto cutáneo, que se determina al separarlos una rasgadura epidérmica, y sobre todo de los vasos del epidérmis.

*Escamas del psoriasis.*—Empiezan á formarse generalmente por un punto ligeramente rojo, que se cubre de una fina escamita, parecida á las del pitiriasis, aunque más adherente; la escamación va extendiéndose; no solamente por el centro, sino tambien por la circunferencia, de manera que la escamita, conforme va creciendo, se hace más abultada en el centro, pero sigue siendo redonda ó redondeada, al extenderse por la circunferencia. Suele haber entre escama y escama grietas que las separan, cuando son muy confluentes, pero en su origen, la enfermedad está representada por una especie de puntitos ó de gotas, que parecen la gota de cera ó esperma caída sobre la superficie cutánea; y así lleva la denominación de punctata ó gutata, segun se parezca á una punta ó á una gota de cera caída sobre la superficie de la piel. Estas esca-

mas pueden llegar á crecer mucho, pueden tener un tamaño grande, y unirse en forma circular sin vacío en el centro, y entónces constituyen lo que se llama psoriasis numular, porque se parece á una moneda; pueden en cambio, al extenderse las escamas, reunirse varias de ellas en círculos dejando la parte central de la piel perfectamente sana, y entónces constituye lo que se ha llamado lepra vulgar, palabra, señores, desgraciadísima, que ha dado motivo á que se confundan en los tiempos casi modernos una infinidad de afecciones gravísimas que no tienen absolutamente nada que ver con la lepra. Este psoriasis circinado, ó lepra vulgar, ó lepra de los griegos, que con todos estos nombres ha sido llamado, está constituido, como os digo, por varias escamas que se reúnen en círculo, en forma de anillo; pero si en vez de tener la forma de anillo, se reúnen las escamas en forma de S, entónces se denomina el psoriasis, girata. Acumulándose las manchas en placas grandes escamosas de forma irregular, se llama psoriasis difuso; y por fin, señores, cuando ya las escamas del difuso están fijas durante largos años en la piel, se ha denominado esta forma de psoriasis inveterato ó inveterata.

Pues bien; el psoriasis depende de infinitas causas, lo mismo que todas las demás afecciones, pero nunca depende de parásitos, nunca depende de afecciones parasitarias. Puede ser una afección aguda, lo cual es muy raro; generalmente es una afección crónica dependiente de la sífilis, de la escrófula, de la lepra, del herpetismo, del reuma; y solamente se presenta como manifestación del herpetismo en todas estas formas que os he descrito; cuando no hay más que una sola forma, depende de alguna otra causa. Dentro de algunos momentos tendréis la explicación de lo que acabo de decirlos.

*Histología del psoriasis.*—Hebra no se ha atrevido á hacer el análisis microscópico del psoriasis, en el tejido vivo, y, habiendo apelado al cadáver, no ha encontrado lesión histológica perceptible; no ha encontrado más que descamación furfurácea córnea, sin el proceso inflamatorio, que, sin embargo admite como causa de esta enfermedad. Simon y algunos otros atribuyen tambien el padecimiento á una inflamación de la capa profunda del epidérmis, pero en los datos que nos dan, no nos hablan de exudados de ninguna clase, y si hay exudados, son de productos no morfológicos, es decir, de líquidos, de sustancias líquidas que no pueden ser consideradas como fenómenos ó productos inflamatorios. Neuman es el único que dice que además de una hiperplasia, de un aumento grande del tamaño de las células de la epidermis córnea, y de la epidermis mucosa, se encuentra una proliferación celular que él cree inmigración de glóbulos blancos de la sangre, á lo largo de los vasos cutáneos. Pero la verdad es, que hasta hace un año próximamente, no se han tenido observaciones minuciosas histológicas acerca del psoriasis; délese éstas á Robinson, un profesor inglés que ha hecho infinitos ensayos analíticos y microscópicos acerca de esta

enfermedad, cortando trozos de piel á los enfermos, que comprendían no solamente la placa escamosa, sino alguna cantidad de piel sana circundante, y todas las observaciones de Robinson han venido á probar que la afección es una simple hiperplasia, sin inflamación de ningún género; hiperplasia desde el momento en que nace, hasta el momento en que muere la lesión. De modo, que cogiendo un ligero punto escamoso por donde la enfermedad empieza, y examinándolo al microscopio, ha visto: la capa córnea del epidérmis mucho más gruesa, y con sus células mucho mayores; la capa mucosa de Malpígio con sus células más grandes y sus digitaciones, que se meten entre las papilas, también más hipertrofiadas; las células de estos mismos tejidos, están llenas de núcleos, pero no hay proliferación de ningún género, no hay neoplasia ni inflamación á lo largo de los vasos. En donde el mal ó la lesión reside principalmente es en esas digitaciones, que se salvan en el pitiriasis, como os dije anteriormente; puesto que la hiperplasia está limitada en el pitiriasis á la capa más superficial de la membrana mucosa de Malpígio, y aquí la mayor hiperplasia está en las digitaciones que se meten entre las papilas, ó entre el cuerpo papilar del dérmis; de aquí el aumento de volumen, el infarto subescamoso epidérmico. Claro es que cuando se trata de un psoriasis muy antiguo, algo se alteran también é hipertrofian las papilas; pero cuando la afección no es muy antigua, puede decirse que está limitada la hiperplasia á estas digitaciones y á la capa más superficial de la membrana de Malpígio.

Respecto á las diversas especies del psoriasis, debe haber modificaciones histológicas, yo creo que debe haber las mismas que en el pitiriasis; yo creo que debe haber en el psoriasis reumático depósitos de sales; y en el leproso ausencia completa del tejido ó sustitución del tejido por la neoplasia, quedando sólo la capa córnea del epidérmis arrugada, fruncida y resquebrajada como señal del padecimiento profundo que ha destruido por absorción ó por sustitución el dérmis y el epidérmis mucoso. Pero la verdad es que todos éstos datos en los que creo yo debe insistir la Histología para su averiguación, todavía me parece á mí que no son más que problemáticos.

*Psoriasis herpético.*—El psoriasis herpético empieza generalmente sin avisar; sin prodromos de ninguna clase; preséntase en los codos, ó en las rodillas del sujeto ligeros puntos escamosos adherentes; pasan meses, pasan años tal vez y el enfermo no ha notado nada, hasta que llega un día que se palpa, se toca tanto las rodillas como los codos, y se los ve cubiertos de esa gran caspa, de esa gran escama blanca y nacarada; pero andando el tiempo aparecen ya en la superficie del cuerpo, del dorso, del pecho, del vientre, de las extremidades y en diferentes sitios, puntos del psoriasis punctata que van creciendo y tomando la forma de psoriasis gutata, que en algunos sitios determinan la psoriasis girata, que en

algunos otros toman la forma numular, ó la circinada llamada lepra vulgar; siendo lo más común y frecuente que tomen la forma difusa, y al fin los últimos brotes determinen la psoriasis inveterata, generalizada en todo el cuerpo. Para que llegue desde aquel primer momento hasta este último del psoriasis inveterata, necesita la afección psoriásica mucho tiempo: veinte, treinta ó más años. Pero sigue el psoriasis su curso, y de sus erupciones primeras en los codos y rodillas, se extiende cada vez más hasta hacerse extensa y difusa; á pesar del tratamiento que empleis, se cubrirá toda la superficie del cuerpo por diversos brotes sucesivos, repitiéndose todos los años; ¿y qué pasa entónces? entónces pasa que la piel no suda, que la piel no respira, que la piel no absorbe; que como hay coincidentes catarros, y catarros crónicos, en los cuales no hay escamas ciertamente, pero sí afecciones eritematosas más ó ménos crónicas del tubo intestinal ó aéreo, el hígado tiene que funcionar por todo, por la piel y las mucosas, y generalmente viene una hipertrofia considerable de dicha viscera seguida en este último momento de la atrofia, de la cirrosis ó del cáncer; es una afección la psoriasis en la que se ve con mucha frecuencia la cirrosis y la degeneración cancerosa del hígado como terminación, como término fatal del padecimiento.

Yo no he visto repercusión en esta enfermedad; hay, sin embargo, algunos profesores que hablan de ella. Dudo mucho que pueda repercutirse, me parece imposible que haya en ella repercusión; no es afección nerviosa, no es afección inflamatoria, sólo es afección hiperplásica, y para mí es imposible la repercusión en las hiperplasias. Lo que puede suceder es que puede haber coincidencias graves de afecciones de la misma índole causante del padecimiento y se tomen como repercusión, es decir no un fenómeno insólito, sino el curso creciente y natural de un padecimiento profundo.

¿Cómo se diferenciará el psoriasis herpético de los psoriasis de otra naturaleza? Ya os he dicho anteriormente que el reumático no es generalizado, es generalmente numular, es una placa mayor ó menor que se presenta en la espalda, es una placa no simétrica y allí está fija durante muchos años, sin desaparecer; no crece, y si llega á desaparecer de pronto es para venir un ataque reumático ó una afección de otra índole, y entónces no vuelve á presentarse; mientras que la psoriasis herpética se reproducirá siempre de una manera aún más extensa y general en cada brote.

¿Cómo diferenciaremos esta psoriasis de la escrofulosa? Pues hay un carácter muy importante. La psoriasis escrofulosa, también limitada ó localizada á uno solo ó dos sitios todo lo más, da lugar á una escama que crece de una manera particular; no se extiende como la herpética, sino que crece como las de *rupia* en elevación y altura; se forman sobre las placas infartadas escamas grandes y elevadas como masas de yeso, y por esto se ha llamado psoriasis yesosa; parece como



si se hubieran echado sobre el infarto cutáneo pedazos de yeso blanco que allí se ha quedado pegado, adherente, sin que podáis separarlo de ninguna manera; pues es preciso que los corteis para que podáis separar algún trozo de esa costra, que es más bien una costra que una escama.

Del psoriasis sífilítico ya tenéis un carácter diferencial muy importante, que es una aréola cobriza que circunda á todas las placas, y podéis ver en este caso representado en la lámina que tenéis á la vista.

Este psoriasis ha sido negado, sin embargo, por Bazin y por la mayor parte de los dermatólogos; pero no sólo Gibout sino algún otro moderno del hospital de San Luis, y nosotros en este hospital, hemos tenido ocasión de observar algunos casos curables á beneficio de un tratamiento mercurial, para no volver á aparecer. Dice Bazin que las psoriasis sífilíticas son sífilides papulosas; ved, señores, como en este caso de la lámina no pueden ser verdaderas pápulas, tienen que ser grandes masas y tubérculos grandes. Hay, pues, psoriasis sífilítico y está caracterizado: primero, por su localización generalmente en las extremidades superiores ó inferiores; segundo, por la aréola rojo-cobriza que rodea sus placas, aréola que no existe en el psoriasis herpético, puesto que la escama tapa por completo la coloración interior, y hay además como carácter diferencial importante el que os decía hace un momento, el del tratamiento. Cuando hay una coincidencia sífilítica que da lugar á sospecha, y empleando el tratamiento mercurial, el protodyuro de mercurio, desaparecen ambas afecciones con rapidez y especialmente el psoriasis, debe ser sífilítico, pues esto no sucede nunca con el psoriasis herpético: en éste ya podéis dar todas las píldoras que gustéis del protodyuro de mercurio; todo lo que conseguireis será empeorar el padecimiento, mientras que si es sífilítico lo haréis desaparecer en uno ó dos meses. Hay más; los remedios arsenicales que sirven para el herpético no sirven para el sífilítico, y en cambio la pomada de protodyuro que en este caso que os presento puede dar resultados magníficos, no da ninguno en el psoriasis herpético.

Hay psoriasis leproso; pero van acompañados, como comprendéis, de todos los caracteres propios de la lepra, de la anestesia, etc., etc.

Hay psoriasis artificiales, como los que se presentan en los curas y en las beatas, en las rodillas, por estar mucho tiempo arrodillados, pero están limitados allí, y no se extienden.

Puede confundirse además la psoriasis, con otras afecciones que no lo son, como el pitiriasis; pero ya os he dicho antes el diagnóstico; allí las escamas son adherentes, y están sobre sitios infartados; aquí las escamas son furfuráceas, y están sobre la piel normal.

*Pronóstico del psoriasis herpético.*—Es una enfermedad el psoriasis herpético, compatible con la salud más completa en los primeros años del padecimiento, tanto, que general-

mente los pacientes no hacen caso de él, y lo dejan llegar á un período del herpetismo en que ya es difícil su curación; por lo tanto, y en atención á esta circunstancia, podéis considerar como gravísimo el psoriasis, porque cuando llegue á vuestras manos tal vez ya es incurable; y señores, al decir esta palabra no me refiero á que sea imposible hacer desaparecer esta placa escamosa, no; las placas escamosas las haceis desaparecer en un mes, quince días, ó veinte; ¿pero qué importa esto, si el mal se reproduce tal vez antes que acabeis de quitarlas? Es muy curioso el modo de pensar de Hebra, de Robinson, de Neuman. Señores, atribuir esta tenacidad en la reproducción del padecimiento á que es una afección local, ¡parece imposible! Atribuir á que es una conformación especial, un defecto de organización que se hereda, como se hereda, ni más ni menos, la coloración de los negros, es incomprendible. Parece imposible, que confundan el estado normal del pigmentum que se hereda en la procreación de los negros, que confundan este estado normal del organismo, con una enfermedad que puede determinar la muerte; y no sabiendo cómo explicarse esta tenacidad del padecimiento, apelan á la herencia, ellos que no la creen ni la admiten. ¿Cómo explicar, señores, esto por la herencia de organización, cuando no se presenta esta enfermedad sino en la edad adulta, y tal vez en la vejez? ¿cómo explicar la herencia de enfermedad lo mismo que la pigmentación del negro en esta enfermedad que no se presenta en el niño al nacer, sino á los treinta ó cuarenta años, al mismo tiempo ó en la misma edad en que se presentó en sus padres? ¿qué ha pasado en su constitución orgánica durante los cuarenta años en que no existe ostensiblemente la enfermedad ó el defecto de organización como ellos dicen? Pues bien, y dejando esto á un lado, la gravedad de este padecimiento depende: 1.ª, de que se extiende y generaliza, y hace que la piel no absorba, ni funcione. 2.ª, de que va acompañado de coincidencias graves de las membranas mucosas, que determinan la muerte antes tal vez que llegue el período visceral. Es, pues, una afección muy grave, afección tenaz, afección que es muy difícil curar; y sin embargo, los remedios tópicos que se dan contra esta enfermedad, determinan un alivio rápido, casi instantáneo; entrenos, pues, en el estudio de este tratamiento.

Nada os diré del tratamiento interno: como en todas las afecciones herpéticas crónicas, debe ser el arsénico, y el arsénico elevado á altas dosis, el que empleéis contra ésta. Bazin cree que el arseniato de hierro debe ser el preferido para el tratamiento de las herpétides escamosas; pero hay que apelar á veces á las píldoras asiáticas, al ácido arsenioso mismo, cuando el arseniato de hierro no determina resultado alguno. Y aquí, señores, os haré una advertencia que debiera haberla hecho al ocuparme del herpetismo en general. Es conveniente cuando empleéis los arsenicales, alternar en sus preparados; dad un mes ó dos un tratamiento con un preparado

arsenical, dad otro despues, y volviendo luégo á dar el primero, y de esta manera alcanzareis resultados que tal vez no conseguiríais dando el mismo preparado de arsénico de una manera continua. Pues bien, prescindiendo de este tratamiento general, que debe llevarse tambien á altas dosis, los remedios locales que podeis dar contra esta enfermedad son: 1.º, el agua; 2.º, las diferentes breas y sustancias empireumáticas; 3.º, los cáusticos, las sustancias que pueden levantar el epidermis y destruirlo; y 4.º, algunos otros preparados, ó sustancias que tienen una accion especial, de que me ocuparé dentro de un momento.

Hebra, que es fanático por el tratamiento por el agua, llega á hacer que los enfermos de psoriasis permanezcan dentro de un baño largo número de dias, y si la escama desaparece, da por curado el enfermo. ¡Qué error, señores! le dará por curado, pero al mes ó mes y medio, reaparecerá la enfermedad. Por esto, señores, los baños minerales tienen una accion local muy útil sobre este padecimiento, pero, para que los baños minerales fueran verdaderamente racionales en su administracion, para que den algun fruto como bebida ó por su accion general, deberían ser los baños arsenicales. En España, desgraciadamente, no conocemos aún aguas minerales que contengan suficiente cantidad de arsénico; se habla de indicios en Carratraca, se habla de indicios en Trillo, últimamente se ha hablado de indicios en Albama; pero la verdad es que no tienen cantidad suficiente de arsénico, como las de la *Bourboule*, *Plombières*, y otras extranjeras, para tratar de una manera racional este padecimiento. Tenemos que tratarlo por ahora, con aguas minerales de accion puramente local. Y ¿cuáles son las aguas minerales que pueden tener una accion puramente local substitutiva, las que pueden irritar la superficie de la piel para favorecer la resolucion del mal, además de separar, y de eliminar las escamas que tapan el infarto cutáneo? Estas aguas minerales son todas, pero principalmente las sulfurosas, empleadas más que en bebida (porque son inútiles), en baños generales largos y sostenidos, y sobre todo en duchas: las duchas de aguas sulfurosas templadas ó ternaes, determinan una congestion que podríamos llamar exfoliatrix, en estos puntos, y hacen que las escamas, casi todas, y el infarto, puedan desaparecer. Yo he visto mejores resultados que con ninguna, con las aguas de Paracuellos de Giloca; pero no dudo, que con todas las aguas ternaes se obtenga el mismo resultado: creo tambien, que con las aguas sulfurosas frías, sulfatado-cálcicas, ó sulfatado-sódicas, lograreis el mismo resultado. Pero esto no es curar el padecimiento, esto es curar la lesion, y la lesion reaparecerá al cabo de algun tiempo.

Todos estos remedios son largos pues hay que esperar á la estacion balnearia, y para hacer desaparecer la lesion podreis emplear mejor cualquiera de las breas conocidas, empezando por la brea commun, pez liquida. Es más activo todavia el

aceite de enebro; generalmente, las fricciones con aceite de enebro, solo, ó alternado con la de grasa simple ó manteca, limpian la mancha y la escama del psoriasis en pocos dias; queda despues que ha desaparecido la escama, un infarto rojo que tambien podreis hacer desaparecer insistiendo en la friccion; y esto es evidente, porque si lo hacedis en un brazo, y el otro lo dejais sin dar nada, el brazo en que no dais sigue *in statu quo*, mientras que en el otro desaparece. Cuando no querais emplear ni la brea ni el aceite de enebro porque huelen mal, podeis emplear el aceite de abedul que huele mejor, huele á piel de Rusia, porque es el que se emplea para el curtido en aquellos países: este aceite de bétula alba no es tan eficaz como el aceite de enebro, pero podeis emplearlo con las señoras y con los demás que tengan horror al mal olor de las otras breas. Yo he dado toques de ácido fénico diluido en alcohol, en la proporcion de 3 por 30, con resultado, pero su modo de obrar es distinto que el de las breas. Las breas parecen como que hacen disolver las escamas, las van quitando lentamente, y se va despues resolviendo lentamente el infarto cutáneo; y el ácido fénico no quita la escama, parece como si la cauterizase, la levanta en masa á los pocos dias y delajo queda la piel ménos infartada que ántes; dad despues nuevos toques con este ácido, que no tñe, ni mancha, y vereis desaparecer tambien en un mes ó mes y medio, las placas psoriásicas más tenaces. Convienen los baños y las sustancias y lociones alcalinas en esta enfermedad; las aguas alcalinas sabeis que disuelven bastante las exudaciones cutáneas; pues bien, concentrad más estas aguas minerales, que podreis hacerlo muy bien en vuestras casas, y obtendreis un resultado tan satisfactorio como rápido.

Pero no quiero terminar la exposicion de estos remedios, sin hablarlos de dos mucho más eficaces, recientemente descubiertos: uno el ácido crisofánico, y el otro el ácido pirogálico. Ensayados en Viena y en Italia, el ácido crisofánico en Viena, y el ácido pirogálico en Italia, han dado sorprendentes resultados en esta lesion. La fórmula es de tres gramos, tanto de ácido crisofánico como de ácido pirogálico, por treinta de manteca, y dando fricciones con esta pomada, repetidas durante dos ó tres veces al dia, conseguireis que desaparezca con mucha rapidez la escama y el infarto cutáneo epidérmico inferior. Hé aquí cuáles son, señores, los principales remedios que podemos emplear contra esta enfermedad, lo mismo que contra la anterior y hemos terminado con esto el estudio del herpesismo en sus manifestaciones cutáneas.

Faltan algunas, pero no están bien caracterizadas; yo creo que existe alguna mentagra de naturaleza herpética, y alguna otra afeccion, pustulosa y forunculosa pero la verdad es que los estudios que hasta hoy tenemos, no nos permiten caracterizarlas bien, y no caracterizando bien una afeccion, no podemos en realidad estudiarla, como si efectivamente dependiese del herpesismo. Valtarianos tambien para hacer un estudio



dio completo del herpesismo, haber estudiado las afecciones de las mucosas, las afecciones de los nervios, y las viscerales; pero, señores, esto ya sería una monografía tan especial, de importancia seguramente, pero tan extensa que yo no puedo hacer si me he de dedicar, como me dedico, al estudio exclusivo de las afecciones cutáneas.

Antes de terminar, aún debo hacer dos indicaciones, ó tres, nada más, sobre el conjunto de lo que hemos estudiado, que se me han pasado, ó que no he creído conveniente decirlos en las lecciones anteriores, para que se os fijen más en la imaginación y en la memoria en esta última lección.

Habréis observado que no os he presentado aquí al estudiar clínicamente las herpétides enfermos pequeños, que no os he presentado niños; es porque el herpesismo no existe en la niñez, es porque las afecciones que se han considerado como herpétides de los niños, son escrofúlides, y escrofúlides benignas; y tanto es así, que siempre que creáis que existan herpétides en un niño, y le deis arsénico, la enfermedad se empeora, y el enfermo puede pasar por contingencias gravísimas, porque es gravísima la administración del arsénico á los niños, cuando no es de absoluta necesidad. El herpesismo del niño para mí es muy dudoso, para mí no existe, siquiera lo acepten Bazin y algunos otros dermatólogos.

Habréis observado también que os he presentado pocos ejemplares herpéticos, y es porque el herpesismo no es tan

frecuente como creen: naturalmente, como á todo lo llaman herpesismo, todo el que tiene una erupción, cualquiera que sea, es herpético para el vulgo, y este es un error gravísimo. El primer día que pude bajar aquí algunos enfermos de herpesismo, recordareis que fueron nueve, y tengo 120 enfermos en las enfermerías: de modo que hay una proporción de 10 á 11 por 100 en este hospital, de sujetos herpéticos. Es verdad, señores, que esto no puede servir de comparación, porque el herpesismo es más propio de la riqueza que de la pobreza, y aquí en este hospital sólo viene la pobreza; pero, de todos modos, sabed que el herpesismo no es tan frecuente como generalmente se cree.

Hay algunas consideraciones, señores, que podrían hacerse para probar todas estas proposiciones; pero, siendo la hora muy avanzada, teniendo por otra parte que presentaros un caso sumamente notable de pitiriasis rubra aguda que ha ingresado en la enfermería hace pocas horas, creo que debemos dejarlo, y dar por terminado el estudio del herpesismo. En la sesión inmediata si no es molesta, me ocuparé ya de otra enfermedad constitucional, y siendo las que más se parecen al herpesismo, por no ser neoplásicas, por no dar lugar á neoplasias, dos completamente opuestas entre sí por su naturaleza, la pelagra y el reumatismo, en la primera sesión que tengamos empezaré el estudio de la pelagra.

He dicho.

PELAGRA.

---

DERMATÓISIS PELAGROSAS.





## LECCION OCTAVA.

De la pelagra. — Su sinonimia. — Difusión y resúmenes históricos. — Descripción de la pelagra. — Sus cuatro periodos. — Periodo primero, cutáneo, intermitente, ó espasmodico. — Irritación del mal y síntomas prodrómicos. — Invasión. — Eritema pelagroso ó decamación primitiva. — Decamación consecutiva. — Giestría pelagrosa. — Periodo de silencio. — Repeticiones ó nuevos ataques pelagrosos. — Crecimiento de los síntomas. — Periodo segundo, cutáneo-mucoso-nervioso intermitente. — Trastornos digestivos. — Flema salada. — Diarrea. — Desórdenes nerviosos. — Vértigos. — Vacilación al andar. — Dolores, Calambres; Enajenación las alteraciones de los sentidos y de la inteligencia. — Periodo tercero, remitente ó paraltico. — Estado de la piel y de las mucosas. — Convulsiones. — Contracciones. — Vértigos. — Afasia. — Locura pelagrosa. — Sus diversas formas. — Paraplegia incompleta. — Periodo cuarto, capcítico ó continuo. — Descripción de la ceguera y tífus pelagroso final.

### SEÑORES:

Hoy vamos á ocuparnos de una de las enfermedades más curiosas y más importantes que se estudian en la Dermatología, siquiera tenga la enfermedad muy pocas manifestaciones cutáneas: me refiero á la pelagra, enfermedad endémica en alguna de nuestras provincias, principalmente en Asturias, en Galicia, en el centro de las Castillas y en el Bajo Aragón; endémica tambien en Lombardia y en algunos otros puntos de Italia, y que si ahora no lo es, ha sido endémica tambien en esta parte del Mediodia de Francia que se conoce con el nombre de Landes.

No ha sido descrita con el nombre de pelagra esta enfermedad en todos los autores; así es que cuando trateis de estudiarla, por ejemplo, en los autores de Lombardia la encontrareis con la denominación de *pelarela*, con la denominación de *salso*, con la denominación de *pelarina*. Si la estudiáis en algunos autores franceses de las épocas más antiguas la vereis denominada *mal de la teste*, *arna de San Ignacio*; y finalmente, si vais recogiendo todas las observaciones que hay en autores españoles la encontrareis en Zamora, por ejemplo, con la denominación de *mal del monte*, en Cuenca y en el centro de Castilla con el nombre de *flema salada*, y en Asturias, con el nombre de *mal de la rosa*.

Créese que el nombre de pelagra, dado por primera vez por Frapoli, viene de *pelainigra*, segun unos, ó de *pelarsi* que significa pelarse, despelajarse, segun otros. No debe

derivar su etimología de *pelainigra*, y si de *pelarsi*, porque en realidad la piel en la pelagra no se pone negra, puede en algunas ocasiones tomar un tinte más ó ménos oscuro ó bronceado, pero generalmente no se pone negra, y de todos modos no se encuentra tan bien la etimología derivada de frase latina, siendo su autor italiano, como la de la palabra *pelarsi* propia de su idioma.

Sea de esto lo que fuere, lo cierto es que con la denominación de mal de la rosa, de pelagra, y de *lepra asturiana* ó de *Lombardia* que le han dado algunos otros autores no pelagristas, con cualquiera de estas denominaciones podeis estudiarla en las obras modernas.

Damos el nombre de pelagra á una enfermedad constitucional no contagiosa, algunas veces hereditaria, que reina endémicamente en algunos países pobres, producida segun algunos por un envenenamiento determinado por la alteración de ciertas gramíneas, especialmente el maíz y el trigo, producida segun otros por la deficiencia de una alimentación azoada, y caracterizada por la presentación en la piel de un eritema especial, *sui géneris*, que ocupa el dorso de las manos generalmente y además los sitios en donde da, ó puede dar el sol de la primavera, caracterizada además por trastornos coincidentes del aparato digestivo, entre los cuales el fenómeno más ostensible es la diarrea, y finalmente, por fenómenos nerviosos de más ó ménos importancia segun el periodo del pade-



cimiento, entre los cuales son los más notables los vértigos, la vacilación al andar, la locura y la parálisis.

Conviene, antes de entrar en la descripción minuciosa de esta enfermedad importante para los españoles, por ser ellos los primeros que han hablado de ella, que se dé algunas noticias de los autores ó profesores que se han ocupado con más especialidad de tan curiosa dolencia.

Se ha dicho por algunos que ya en el siglo xv se conocía la pelagra, puesto que con el mismo nombre de *pelarela* se admitían ya enfermos en los hospitales de Milán por el año de mil quinientos y tantos, pero ello es que no se conocía bien esta enfermedad, que no se había dado una descripción exacta de ella hasta que nuestro Casal, médico residente en Asturias empezó á estudiarla, y escribió todos los detalles de su curso en una obra que quedó inédita, y que sólo se publicó después de su muerte. En 1730 ya empezó Casal á recoger las observaciones de lo que se conocía en Asturias con el nombre de *mal de la rosa*, y dió cuenta á sus amigos en cartas particulares, tanto que el famoso P. Feijoo le contestaba en 1740 advirtiéndole que en Galicia existía el mismo mal de la rosa que él había encontrado en Asturias.

Pero la obra de Casal no se publicó hasta 1752, después de la muerte de este ilustre profesor, por uno de sus discípulos, médico, como entonces se llamaba, de la familia del rey Felipe V, del cual lo era de cámara el referido Casal.

García Sevillano, que así se llamaba su discípulo, la publicó en Sevilla en 1752 con el título de *Historia natural y médica del Principado de Asturias*; y como dato curioso, para que veáis cómo se apreciaban entonces las obras de esta índole en España, os referiré que en la certificación de censura que hay en la primera página de la obra de Casal publicada por Sevillano, no se limita aquella á aprobar su publicación porque no tenga nada de particular contra la moral y la religión, si no que además la tasa, y tasa cada pliego de aquella obra famosísima que hará siempre época en la historia de la medicina patria, en seis maravedises, y como la obra tiene cincuenta pliegos, autoriza para que se venda en trescientos maravedises, ó lo que es lo mismo, en unos siete reales poco más ó menos.

Casal escribió toda su obra en castellano; pero presumiendo que el castellano era poco conocido ó poco sabido en los países extranjeros, y sabiendo ó deduciendo por sus observaciones, la importancia de los artículos de su obra que tratan de la lepra endémica en aquel país, de la pelagra y de otras enfermedades que ahora no vienen á cuento, los escribió en latín, y de esta manera han podido pasar á las naciones extrañas que se han apoderado de todos sus datos, sirviendo mucho por cierto á los autores modernos al ocuparse en sus obras de la descripción de esta enfermedad.

Túvose conocimiento en el extranjero del descubrimiento de Casal por un famoso médico de la Legación francesa en

Madrid, el Dr. Thiery, que habiendo vuelto á su país después de terminada su comisión, dió á conocer el año 1745 en una sesión célebre de la Facultad de Medicina presidida por Chomel, además de algunos casos que había visto por su propia observación, todas las ideas de la obra todavía inédita de Casal. De ahí que casi al mismo tiempo que aparecía la obra de Casal en 1772, apareciese también la obra de Sauvages, clínico eminente francés que ya describía el mal de la rosa bajo la denominación de *lepra asturiana*.

El primero, sin embargo, que estudió en Italia bien esta enfermedad y que probó que existía de una manera endémica en la Lombardia, fué Frapoli, médico del hospital de Milán, (1771). Este es el primero también que llamó á la enfermedad, *pelagra*. Después de él hubo varios autores, Odoardi de Venecia y su maestro Pujati, que describen la enfermedad presentando casos prácticos más ó menos notables; pero al que podemos llamar con algún fundamento el Casal italiano, puesto que estudió perfectamente esta enfermedad en su país, es á Gaetano Strambio, el cual no publicó una obra, sino varias, formando numerosas observaciones, en atención á que así lo reclamó el mandato del duque Juan II, que creó un hospital especial de *pelagrosos*. Si Casal fué minucioso, si determinó y detalló perfectamente todos los caracteres de esta enfermedad, Strambio estudió la materia mucho mejor, principalmente en los últimos períodos y en lo que se refiere á los accidentes nerviosos y cerebrales que acompañan este padecimiento (1786 á 1789).

Después de Strambio, creo que fué Fonzago, pocos años después, el que demostró la identidad de la pelagra de Normandía y la pelagra de Venecia, conocidas hasta entonces con dos nombres distintos, puesto que en uno de dichos puntos al principio se denominaba *pelarela*, y en el otro se llamaba *escorbuto alpino* ó *salso*, que equivale á la *flema salada* de nuestra Castilla la Nueva.

Pasan muchos años, y á pesar de las obras de Strambio y de Casal, queda como olvidado el estudio de la pelagra, no solamente en Italia y en España, sino en todos los demás países; pero en 1844 aparecen en París y en el hospital de Dermatología algunos casos de pelagra esporádica, dando Alibert cuenta de algunos de ellos en su magnífica obra de *Dermatosis*. Denomina la enfermedad como la denominaba Sauvages también, *lepra asturiana*, y confunde de una manera lastimosa, la lepra con la pelagra, que se presenta en algunos puntos de España.

Empero lo que hizo que entraran los franceses en el estudio particular y minucioso de la pelagra, fué una especie de epidemia que se presentó en las Landes en los años 1830 al 32. En esta época, como os digo, apareciendo un gran número de estos enfermos en las Landes, que entonces no eran como hoy un pinar inmenso, sino cuarenta leguas de erial, tuvo necesidad el Gobierno de enviar allí algunos comi-

sionados que estudiaran el padecimiento nuevo que se presentaba, y que todavía no habían diagnosticado, y uno de los encargados fué el célebre Guitrae, profesor de Burdeos, que diagnosticó el padecimiento desde luego con la denominación de *pelagra*, ó mal de la rosa; y desde este momento empiezan los franceses, con esa actividad constante propia de su carácter, á producir libros de verdadera importancia, y á sacar deducciones que si hoy no la tienen, porque no son reales, han dominado, sin embargo, en la ciencia por espacio de muchísimos años.

Bierre de Boismont, que como sabéis, se ha dedicado mucho á estudios especiales sobre las enajenaciones mentales, encontró este padecimiento en los hospitales de enajenados, y consideró la *pelagra* no como causa sino como efecto de la enajenación mental (1834).

En el año 1845 se publicó la primera obra monumental sobre la *pelagra*; es debida á la pluma del Dr. Roussel que empieza ya á atribuir este padecimiento á un envenenamiento producido por el maíz alterado por un vegetal parásito, el cual tiene diferentes denominaciones, como os diré en otra conferencia. En este mismo año, por rara coincidencia, Balardini de Brescia en Italia, considera también que esta enfermedad es debida á un parásito vegetal, que denomina de una manera distinta, pero al fin y al cabo todos convienen en que se le denomine *teretele* ó *verderame*. Teniendo algunas dudas por los artículos y noticias que se publicaban en algunos periódicos españoles, determinó Roussel hacer un viaje á Asturias: recorrió Asturias y Galicia, y se afirmó, según dice, en su opinión, de que el maíz alterado era la única causa de la *pelagra*.

Después de la de Roussel han aparecido en Francia obras notabilísimas, una de ellas, la de Billod, premiada por la Academia de Medicina de Lyon; otra de ellas, la de Bonchard, premiada por la Academia de Medicina de París.

En los años ya más cercanos á nosotros, desde el cincuenta y nueve al sesenta y cuatro han aparecido obras notables de Costallat y de Landuchy, en las cuales ya no consideran la enfermedad exclusivamente como dependiente del maíz alterado, sino de otras graníneas alteradas del mismo modo, y tanto uno como otro, admiten la *pelagra* producida por la cáries del trigo, por la cáries del maíz y por el cornezuelo del centeno.

En España, y ya en el siglo presente, nos encontramos primero con una obra notabilísima, ó mejor dicho, con unos artículos notabilísimos de un periódico de Barcelona, publicados por D. Joaquín Eximeno, médico de un pueblo del Bajo Aragón (1820), el cual además de negar, como era consiguiente, puesto que en Aragón no hay maíz, la naturaleza zeista que se ha dado en atribuir á la *pelagra*, ponía muchísimas observaciones sumamente curiosas, acerca de todas esas afecciones nerviosas que acompañan á este padeci-

miento, conocido en el Bajo Aragón con el nombre de mal de ligado.

En el año 1835 descubre esta enfermedad en Cuenca, nuestro ilustrado compañero y distinguido escritor el Dr. D. Francisco Mendez Alvaro, que aunque no publicó á la sazón un libro sobre esta enfermedad que se conocía en aquel término con el nombre de *flema salada*, estando más adelante encargado de la dirección de un periódico médico importante en nuestro país, excitó á todos sus compañeros para que publicasen sus observaciones; y poder así repeler en caso necesario las ideas de los zeistas franceses. Esto que hizo el doctor Mendez Alvaro, en 1847, dió por resultado multitud de artículos y pequeños folletos, todos ellos importantísimos, de médicos muy competentes, aunque residieran en pequeñas poblaciones, tanto de Zamora, como de Cuenca, del centro de las Castillas y Bajo Aragón. Uno de ellos fué D. Juan Enriquez, de Zamora, en donde el padecimiento lleva el nombre de *mal del monte*; otro fué D. Higinio del Campo, residente en Pola de Asturias, y finalmente, hubo cuatro que dieron lugar á animadísimos debates, el primero de los cuales se llamaba *Lojo* y *Batalla*, residente en otro pueblo de Asturias, el cual defendía la naturaleza zeista de la *pelagra*, y fué combatido por Perrote y Martí y por el Dr. Calmarza, que como vereis más adelante es para mí, de la lista de los conocidos, el más notable.

Con esto se quería contestar á la gran guerra que en obras y periódicos franceses nos hacían Roussel, Billod y la mayor parte de los profesores *pelagristas* extranjeros.

En el año 1860, pocos años después de la segunda edición de la obra de Roussel, aparece, por último, la Memoria de Calmarza, que dedicó casi exclusivamente á combatir de una manera victoriosa las opiniones zeistas, aunque ya modificadas por las ideas de Costallat y Landuchy, que existían en la por otra parte magnífica obra del referido Roussel. En esta Memoria de Calmarza, que no tiene más que un defecto, que es el ser muy pequeña, limitándose al diagnóstico, pronóstico y profilaxis de la *pelagra*, reduciéndose al tema propuesto por la Academia de Medicina; en esta obra, que no puedo dejar de recomendar con interés, encontrareis todos los detalles y experimentaciones, toda la discusión, y en fin, todo lo más importante para el estudio de esta enfermedad.

Dejando ya á un lado esta aridez histórica, entremos en lo más necesario; en el estudio, y en la descripción de la *pelagra*. Para hacer algo parecido á lo que hemos hecho en el herpetismo, y á lo que haremos en las demás afecciones constitucionales, dividiremos la *pelagra* en cuatro periodos que, como sabéis, son siempre arbitrarios, puesto que entre uno y otro no hay un deslinde completo; pero de todos modos, la división en periodos sirve, señores, para grabar bien en la memoria los síntomas más importantes de un padecimiento, y el curso que lleva.



Llamaré al primer período intermitente ó cutáneo, ó mejor dicho, *intermitente cutáneo*; al segundo *intermitente mucoso-nervioso*; al tercero *remite* ó *paralítico*, y al cuarto *caquético*. Strambio ya empezó dividiendo la pelagra en tres solos períodos: intermitente, remite y continuo; otros la han dividido en otros tres períodos también, que han llamado espasmódico y caquético. Pero, como hemos convenido en que esto es arbitrario, me he permitido dividirla en cuatro, para poder poner en parangon esta afección constitucional con la que hemos estudiado anteriormente, y con las que estudiemos después.

Período primero: *intermitente cutáneo*, espasmódico de algunos otros autores. Podemos dividirlo en tres partes: incubación, invasión del padecimiento, reproducciones.

Los prodromos ó la incubación pueden existir ó no existir; la enfermedad se presenta á veces de pronto; pero en algunas, y es lo más común, tiene previamente algunas semanas, y á veces algunos meses de un estado valetudinario especial que puede dejar adivinar la pelagra cuando reina de una manera endémica en una determinada población. En el Bajo Aragón, en Coenca y en Asturias en donde hay muchos enfermos á un tiempo de esta clase de padecimiento, ya se sabe cuándo uno va á tener la pelagra: empieza el trabajador que va al campo, y está generalmente mal alimentado (con maíz ó otra cosa), empieza á tener ganas de quedarse en casa y de no ir al trabajo, que, sin embargo, le es necesario para vivir; se cansa á poco que trabaje, y necesita sentarse; está triste; le falta el apetito; se queja de sequedad, ardor de garganta y de estómago, ó pirosis; sus digestiones no las hace bien; tiene alguna vez que otra diarrea aunque fugaz; en algunas ocasiones hasta ha tenido vértigos ligeros; y así, en este estado de cansancio, de abatimiento, de debilidad cada día más grande, en este estado de cansancio, que sin embargo de dormir no cesa, aparece de pronto la enfermedad cutánea, que es la primera manifestación de la pelagra. Invade, como digo, la pelagra; preséntase, no solamente en el dorso de las manos, sitio más expuesto al sol, sino en cualquiera de los demás sitios que pueden exponerse á su acción, un eritema de un color rojo achocolatado, más ó menos oscuro, según la intensidad del sol, según el tiempo que ha estado la parte bajo el dominio de los rayos químicos de este astro.

Este eritema va acompañado de ligero abultamiento de la piel; de un gran ardor interior, de un ardor quemante que se aumenta, sobre todo si se sigue poniendo la mano al sol; que se calma quitándola de su influjo, y que también se aumenta arrimándola á la lumbre ó metiéndola debajo de las ropas de la cama. Parece el ardor de una quemadura, verdaderamente dolorosa.

Esta mancha eritematosa, al cabo de una semana, de ocho ó nueve días, es sustituida por lo que se llama descamación pelagrosa; pero esta descamación puede no ser consecutiva,

puesto que, en ocasiones, en vez del eritema, también se presenta como primera manifestación una descamación simple, aumentando solamente la coloración de la epidermis (descamación primitiva de Calmarza). En la descamación consecutiva se agrieta el epidermis, y al cabo de dos ó tres semanas cae por completo, dejando al descubierto lo que se ha llamado cicatriz pelagrosa; cicatriz pelagrosa de que sólo hablan con verdadero convencimiento y que sólo describen perfectamente nuestros dos españoles Casal y Calmarza, y que es el carácter más positivo de la enfermedad, mucho más que el eritema, mucho más que la descamación, porque es lo que puede diferenciar á esta manifestación pelagrosa de los eritemas solares, provocados por la acción directa del sol, y porque siendo una reliquia que se conserva largo tiempo, ayuda poderosamente á la facilidad del diagnóstico de los casos dudosos.

Esta cicatriz pelagrosa tiene por caracteres: 1.º, dar lugar á una superficie dérmica sumamente brillante, casi siempre roja; pero roja con diferente intensidad, variando muy poco el sitio, es decir, que hay ondulaciones alternativas en la coloración, roja, rosada y aún blanca; y 2.º, hacer desaparecer por completo todos los surcos del epidermis; todas las diferentes elevaciones que hay en la piel normal, como si fuera la cicatriz de una quemadura de segundo grado; esta cicatriz pelagrosa dura meses, y aún años, según cual sea el curso que lleve el padecimiento; pero en el primer ataque, que es el que estamos refiriendo, en este primer período intermitente de la pelagra, suele durar, cuando más, cuatro semanas; desaparece al fin todo en este tiempo, y sólo se conoce por el médico que haya visto muchos pelagrosos, aquella superficie blanca, completamente blanca, ó rosada y brillante de los dorsos de las manos, acusadora para él de una dolencia que otros desconocerán confundiendo sus trastornos consecutivos con otras enfermedades locales ó localizadas en los intestinos y en el sistema nervioso.

En las condiciones que he dicho anteriormente coinciden con estas manifestaciones cutáneas algunas ligeras manifestaciones en el aparato digestivo y en el aparato ó sistema nervioso; pero como éstas son también fugaces, desaparecen en esos dos meses ó dos y medio, todo lo más tres, que puede durar el primer ataque de la pelagra. Estas manifestaciones del aparato digestivo son: ardor de la garganta, alguna dificultad en el tragar, ardor también en la boca del estómago, en el epigástrico, alguna digestión mal hecha, y finalmente, alguna diarrea disintérica aguda con excreción sero-sanguinolenta que dura uno, dos ó tres días y desaparece alternando con estreñimientos algún tanto pertinaces.

Es curioso que este primer ataque de pelagra se verifique siempre en la primavera; no sólo este primer ataque, sino todos los demás, se verifican en esta época, es decir, cuando es poca la fuerza ó el calor del sol; y generalmente cuando

el sol es más intenso, es decir, en el verano, desaparece toda la enfermedad; aunque coloquies entónces al pelagroso al sol más fuerte de Julio y Agosto, no se presenta el eritema, pero sin embargo se exacerban generalmente todas las molestias si todavía conserva alguna, se exagera su sistema nervioso, se pone mucho más excitado y tal vez vuelve á cansarse; pero pasado este primer ataque, todo desaparece, el enfermo recobra su salud habitual, vuelve á su trabajo, se dedica á las faenas del campo, y solamente en la primavera del año siguiente vuelve á aparecer la pelagra de la misma, absolutamente de la misma manera, con un nuevo ataque de eritema pelagroso, que ya tiene mayor duracion, dejando una cicatriz que dura más tiempo, que tiene mayor intensidad en la coloracion roja, y cuya descamacion se hace con alguna mayor rapidez; porque generalmente en el segundo ataque de pelagra ya salen flictenas, y salen ampollas encima de la mancha pelagrosa. Y así sucesivamente, al cabo de dos ó tres años de reproduccion de este ataque pelagroso, con el cual se van exacerbando los accidentes cutáneos, mucosos y nerviosos, entra el enfermo en el segundo período de la enfermedad.

Este segundo período, señores, lo hemos llamado intermitente, porque desaparecen tambien sus fenómenos en llegando el fin del verano, y además mucoso nervioso, porque lo que más domina en él son los síntomas del aparato digestivo y los síntomas del sistema nervioso. Se conoce que ha entrado un pelagroso en el segundo período de la enfermedad, porque acompañan al brote de ese eritema que sale en el dorso de las manos ó en los sitios descubiertos al sol, fenómenos mucho más graves en el aparato digestivo. Aquella diarrea fugaz disenterica sí, pero aguda, que se presentaba en el primer período, se cambia por una diarrea serosa, crónica, rebelde, tenaz, que sin embargo cede por sí sola cuando pasa la época del padecimiento, cuando llega el verano, cuando llega si no el otoño; pero hay como carácter principal de este segundo período, el salso, la flema salada, lo que ha servido para denominar este padecimiento en Cuenca y en Lombardía, llamado, como sabéis, salso en Italia y flema salada en España: palabras con las que se ha querido decir ni más ni ménos que secrecion salada de la boca ó saliva salada.

Preséntase, con efecto, acompañando á este eritema inicial del segundo período, ardor en la boca, aumento de la saliva que tiene un gusto salado sumamente pronunciado; altas, vesículas en los labios, ampollas en ocasiones, pero todo fugaz; se despojea ligeramente el epitelium bucal; y como dato curioso para el diagnóstico empieza á presentarse algun alucinamiento en el enfermo respecto al aparato bucal, es decir, que creen los enfermos que tienen en la boca algo que nascan y que no existe; efectivamente, están de continuo haciendo movimientos con la lengua y los carrillos como si tuvieran

algo, no teniendo nada. Los alumnos que tuvieron la bondad de acompañarme en el año anterior, y áun algunos de los de este año, han podido ver á un pobre paleta, que se quejaba precisamente de esta molestia en la boca; estaba continuamente mascando, y decía que él tenía algo allí, en la boca, pero que no lo encontraba. Es una sensacion particular, que aunque la encontramos en el aparato digestivo, porque allí reside aparentemente, en realidad reside, como podeis comprender, en el cerebro, puesto que es un verdadero alucinamiento.

El ardor de la garganta se propaga de una manera terrible por el esófago, hasta el estómago, y hay piroisí crueles en estos enfermos, que ellos se explican de un modo particular diciendo que sienten vacío, y es exacto, puesto que les falta el alimento necesario.

Tienen tambien otros fenómenos además de los del aparato digestivo, que sirven mucho más que éstos para el diagnóstico exacto de la enfermedad. Me refiero á los fenómenos nerviosos, uno de los cuales es el vértigo, que se diferencia del vértigo posterior del tercero y cuarto período, porque en él no pierden el conocimiento los enfermos; van andando y ellos conocen que tienen el vértigo, no porque se muevan los trastos de alrededor, no, sino porque es su cabeza la que ellos creen que se mueve, y se caen, pero viéndose caer y sin perder el conocimiento. Acompaña á esto una vacilacion al andar, que alguno de vosotros habrá visto ya en el enfermo que tenemos á la sazón en la sala quinta: los pelagrosos andan como borrachos, pero se diferencian de los borrachos en este período del padecimiento, porque siempre que se caen ó que se inclinan, es á un solo lado, ya hacia la derecha, ya hacia la izquierda, pero nunca á los dos alternativamente; aparece como que les falta firmeza en los movimientos de las extremidades inferiores, no es lo que tienen en este período una ataxia locomotriz, como más adelante llega á ser, no, es una tendencia á caerse hacia un lado ú otro y en ocasiones hacia atrás, sobre todo al dar la vuelta; no pudiendo coordinar los movimientos se agarran á cualquier cosa, y áun á veces se agarran á cualquier cosa que no existe, y es porque hay en ellos alguna alucinacion, creen que tienen al lado algo donde agarrarse y este algo no existe. Los sentidos, por lo que acabo de decir, podeis comprender que están tambien algo alterados, y es muy comun que se presente una hemeralopia, que Strambio llama ambliopia crepuscular, porque se presenta generalmente al anochecer. En el oído se observan alucinaciones de mayor importancia; aquí hemos tenido enfermos que nos han hablado de trompetas que estaban á la sazón sonando, de gatos que mayaban, de músicas que no existían, y como nos lo decían en el momento de la visita, cuando nosotros podíamos percibir bien todas las cosas, y como ellos oían lo que nosotros y todos los que estábamos en la visita no oíamos, podíamos deducir claramente que se trataba de un alucina-



miento, dependiente de una mala percepción de los sonidos en el oído del pobre enfermo.

Avanzando todo esto; aumentándose todos los síntomas en la reproducción segunda ó tercera de este segundo período de la pelagra; creciendo la diarrea, y también las descamaciones en cada nuevo brote de la erupción; aumentándose los vértigos y no pudiendo los enfermos dedicarse á sus trabajos por ser aquéllos frecuentes, la debilidad, el cansancio muy grande y no poder descansar aunque duerman, entran en el tercer período de la pelagra; y aquí ya como carácter principal de este período, podeis añadir á los dichos, lo que se ha llamado locura pelagrosa, y parálisis pelagrosa. Por esto á este período le he llamado remitente; porque no desaparece siquiera en el invierno esta enfermedad; y parálisis, porque va acompañado principalmente de parálisis. Las erupciones que se presentan en este período no son tan marcadamente eritematosas. Viene la primavera, y aparece el brote eróptico, eritematoso si, pero mezclado de erupciones más ó menos pustulosas ó ampollas en los alrededores, y de costras verdaderamente negruzcas; aparecen grietas grandes en la piel de las manos, ó en la piel de los alrededores del sitio en donde da el sol, y exudaciones; pero, sin embargo, no hay nada de pus en ninguna de estas exudaciones. Tanto en la primera, como en la segunda, como en la tercera, de estas formas de lesión cutánea, jamás se han podido encontrar glóbulos de pus de ninguna clase.

La diarrea, que en el segundo período ya era crónica, se hace casi colicativa y continua, é involuntaria, en el tercer período de la pelagra; empieza, por consiguiente, la falta de nutrición, la demacración, y vienen como fenómenos graves coincidentes con todo esto, ese salso, ó flema salada, mucho más abundante; esa pirosis, cada vez más creciente, y sobre todo, convulsiones, cuyas manifestaciones se demuestran, ya por el tétanos, ya por verdaderas epilepsias. A la sazón existe en la enfermería un pelagroso en el tercer período de la enfermedad, que no puede moverse de la cama. Si le mandais mover las piernas ó los brazos lo hace lentamente y con dificultad; pero la cabeza está inmóvil y el cuerpo inclinado por el tétanos parcial de ambos <sup>esternocleidomastoideos</sup>. Los dolores que se manifiestan en forma de raquialgia en esta enfermedad, van acompañados de espasmos, de contracciones musculares permanentes en los sitios en donde deben repararse los nervios raquidianos. Así que, si está, por ejemplo, el dolor en la región lumbar ó dorsal, vienen los espasmos musculares á presentarse en las extremidades inferiores; y si se presenta en la cervical, se propagan estos calambros ó contracturas no solamente á las extremidades inferiores, sino también á las extremidades superiores y músculos del cuello. En ocasiones, no hay raquialgias, pero sí neuralgias más ó menos intensas, y en la clínica hay otro enfermo de pelagra, el picador de toros, que tiene una neuralgia de año y medio

de duración, neuralgia terrible, que apenas cede á las inyecciones de morfina, en ambos lados de la cabeza. La debilidad muscular que existía en estos enfermos desde el primer período del padecimiento, se agrava también en este período del mal, convirtiéndose casi en una verdadera parálisis. Empieza, sin embargo, por aumentarse la vacilación al andar; por no sentir los enfermos el suelo en que pisan; por perder el tacto también, hasta el punto de no conocer si un cuerpo es áspero ó no, si un cuerpo es caliente ó está frío; y tanto tropiezan, y tanto caen, que al fin determinan meterse en la cama, y prescindir por completo del trabajo; meterse si pueden en algún hospital, ó que les cuiden en su casa; ya dentro de la cama, la parálisis incipiente se agrava más todavía; sin embargo, generalmente no se pierden de una manera absoluta los movimientos; ayudándolos, pueden dar algunos pasos sujetándose ó agarrándose bien, y con muletas pueden también andar. De manera, que no se trata de una parálisis venida de una manera brusca y repentina, sino de una debilidad cada vez más creciente, que llega á hacer imposibles los movimientos, á no aumentar sus pocas fuerzas con otras fuerzas que le auxilien.

En medio de este estado de alteración cutánea y mucoso-nerviosa, aparece lo que se ha llamado locura pelagrosa, carácter principal de este tercer período de la enfermedad. Raras veces es aguda; generalmente es crónica; empieza por perder el enfermo la memoria; hay una ligera afasia, que se va gradualmente aumentando, y las alucinaciones é ilusiones de los sentidos de la vista y del oído aumentan también; pero en medio de todo esto, lo que más llama la atención á la familia es la tristeza profunda en que el enfermo se halla, indiferente á todo, triste, cabizbajo, meditabundo; llega un momento en que se marcha de su casa, se va al monte, pasa varios días sin acordarse de venir á tomar alimento; tienen que ir á buscarle; presenta su cara una especie de estupor parecido al de los borrachos; vuelve á salir al monte, y un día no lo encuentran; es que se ha suicidado; pero se ha suicidado con la mayor tranquilidad, metiéndose tal vez en un ligero bache, con la boca abajo, para no respirar, pues había muy poca agua; de manera, que éstos, como dice el adagio, son los que se ahogan en poca agua. Suelen tirarse al río si lo hay; pero generalmente esta monomanía de los pelagrosos termina con su inmersión en muy poca agua. Es peligroso por esto en los hospitales, aunque sea gran remedio para esta enfermedad, el mandarlos baños, siempre que no haya á su lado una persona que los cuide, porque en algunas ocasiones, como he dicho, se vuelven boca abajo, meten la cabeza dentro del agua, y se ahogan, sin que ellos pretendan, ni por instinto de conservación, volverse para respirar.

Esta monomanía suicida de los pelagrosos, en algunas ocasiones se convierte en monomanía homicida, y hay una causa muy poderosa para esta transformación: basta que á estos

sujetos se les esponga á un sol fuerte, para que se congestione su conjuntiva, se congestione su cerebro, y ataquen entónces precisamente á sus mayores amigos. Hay algunos asesinatos de hermanos, de padres, de madres, determinados por pelagrosos despues de una verdadera insolacion; es preciso, pues, evitar el que estos enfermos, cuando están atacados de la monomanía pelagrosa, salgan al sol, porque estamos entónces nosotros mismos expuestos. Generalmente son miedosos, y no irascibles los pelagrosos en este periodo de la enfermedad, en este estado crónico de la locura, y tampoco tienden siempre al suicidio por immersion.

Hace tres ó cuatro años que existia en la sala sexta de mi cargo un pelagroso, cuya monomanía consistia en tener miedo al enfermero que le daba de comer, que le hacia la cama, que le ayudaba á vestir, precisamente al que más beneficios le hacia; y lo mismo era que le veia entrar en la sala, que se levantaba de la cama y huia. No recordaria este caso, entre los muchos que habia entónces en este hospital, si no hubiera coincidido con un atentado de suicidio, que por fortuna no llegó á fin, y que tuvo este sujeto. Una noche, al entrar ese mismo enfermero en la sala, se asustó aquél tanto, que se levantó de la cama, corrió por la sala, salió al claustro, y se tiró al patio, sin que se le pudiera contener por ninguno de los enfermos próximos, ni por el enfermero, que corria tras él; se montó primero en el balconcillo que existe en el claustro principal, esperó á que se acercaran, y cuando vió que le iban á detener, se arrojó de pies al jardín: por fortuna estaba éste entónces lleno de gran cantidad de arena, y no se hizo ningun daño, sino una ligera distorsion de los ligamentos de la muñeca, que se le curó á los pocos dias; pero el enfermo, á pesar del choque brusco, y de la impresion que tuvo seguramente, despues del susto de los enfermos, de los enfermeros, de los médicos, etc., que le seguian, siguió risueño y nada irascible, con sus manias pelagrosas y con sus miedos cervales al enfermero aquél, hasta el punto, que hubo necesidad de sustituirle por otro.

En la locura pelagrosa no hay comunmente, como digo, tendencia á atacar á nadie, sino más bien á huir, á defenderse, pero hay una mirada especial, tonta, estúpida; la mirada es la mirada del borracho; esa mirada irascible se queda para los fenómenos agudos despues de la insolacion.

En el enfermo que veis perfectamente retratado en esta lámina de mi Atlas y que murió á consecuencia de la locura

pelagrosa, ya imposibilidad y paralitico en la cama, toda su monomanía era la luz de la vela ó de la cerilla con que le veíamos; se quedaba mirándonos de una manera fija, y al ver la luz la soplabá, y la queria coger. Se le mandaba sacar la lengua y obedecia, contestaba á todas las preguntas, pero pronto buscaba el cerillo y lo mismo era ver su luz, que reirse de una manera estúpida y soplarla, tratando de quitárnosla de la mano aunque se quemase.

En este estado, señores, sigue el pelagroso á veces un año, á veces dos, y entra por fin en el cuarto y último periodo del padecimiento, en el que se ha llamado periodo caquético, ó caquexia pelagrosa; cuyos fenómenos más principales son: la desaparicion del eritema, que se convierte en una mancha equimótica; la desaparicion de las demás costras, de las demás erupciones negruzcas, oscuras del tercer periodo; el aumento considerable de la diarrea, que se hace completamente inconsciente; el vértigo que se hace continuo y ya con pérdida del conocimiento y la parálisis cada vez más progresiva; la locura, ó ese estado de perturbacion mental, más ó menos ligero, se hace continuo, y le impide el sueño profundo, aunque está en un estado de semiestupor lo mismo de dia que de noche; y finalmente, viene para terminar la escena, lo que se ha llamado tífus pelagroso, que se manifiesta: 1.º, por una fiebre lenta, con recargo vespertino; 2.º, por el delirio; 3.º, por las fuliginosidades de la boca y de la lengua, por las manchas rosáceas que se presentan, no sólo en el vientre, sino en toda la superficie del cuerpo; y 4.º, por las alternativas de estupor y de delirio: y en este estado parecido al tifoideo, aunque no sea un verdadero tífus, el enfermo generalmente fallece al cabo de quince, al cabo de ocho ó diez dias, sin poder detener todos estos sintomas que acabo de indicar. Precede, sin embargo, á este tífus pelagroso, una gran frialdad general; precede tambien el marasmo; y generalmente todos estos enfermos, ó mueren hidrópicos en el segundo ó tercer periodo, ó fallecen demacrados y marasmódicos con el tífus pelagroso en el cuarto.

Tal es, señores, en breves palabras, el resumen histórico, y el resumen descriptivo de la pelagra. En las próximas conferencias nos ocuparemos de sus causas y patogenia, de su diagnóstico, de su pronóstico y de su profilaxia y tratamiento: y entónces os diré, entre otras cosas que he visto que os han chocado, por qué se presenta el eritema á consecuencia del sol, y precisamente en primavera y no en verano.

He dicho.



## LECCION NOVENA.

Descripción de la forma maligna ó aguda de la pelagra. — Forma benigna. — Forma anómala. — Forma mixta ó complicada con la lepra, escrófula, escurbuto herpético, sífilis y cínico. — Pelagra esporádica, endémica y epidémica. — Anatomía patológica. — Alteraciones de la sangre en la pelagra. — Orina. — Saliva. — Sudor. — Lesiones de la piel del eritema. — Lesiones del tubo digestivo y vísceras abdominales. — Pulmones. — Corazón. — Músculos. — Huesos. — Alteraciones especiales del sistema nervioso central segun Rindfleisch. — Resumen de las principales lesiones anatómicas de la pelagra que pueden servir para caracterizarla y explicarla.

### SEÑORES:

No siempre la pelagra sigue el curso de la forma tipo que indicamos en nuestra conferencia anterior; hay multitud de causas por las cuales puede cambiar, ya en su primer período, ya en cualquiera de los demás. Conviene, pues, para su descripción admitir en ella las mismas, absolutamente las mismas formas que hemos admitido en el herpetismo y que admitiremos en las demás enfermedades constitucionales.

Así es, señores, que se admite en la pelagra la forma llamada maligna; es decir, una pelagra aguda que corre todos sus períodos con una rapidez grande, y que termina rápidamente tambien con la muerte. La intensidad de los eritemas pelagrosos, la intensidad de los fenómenos gástricos y nerviosos son mucho mayores en esta forma maligna que en la forma comun, en la forma tipo; y así como la forma tipo viene á durar con todos sus períodos de ocho á diez años dejada á su curso natural y espontáneo, así la forma maligna sólo dura tres ó cuatro, terminando con la muerte del pelagroso al tercero ó cuarto brote primaveral del eritema y de todos los demás fenómenos que acompañan al eritema. Es muy comun que en las formas malignas venga la locura al segundo brote, y venga la terminación funesta con el tífus pelagroso al tercero; es muy comun tambien que desde la primera aparición del mal acompañen al eritema pelagroso la parálisis y gene-

ralmente la paraplegia, esa paraplegia especial de los pelagrosos, que no les obliga á andar con muletas, que les impide algo, pero no de una manera total, los movimientos de las extremidades inferiores.

Hay además formas benignas, dependientes de la menor intensidad de la causa ó de la mejor constitucion del sujeto, puesto que cuanto mejor constitucion tenga y cuanto menos intensa sea la causa, es natural que los fenómenos á que ésta da lugar sean menos fuertes tambien. La forma benigna de la pelagra es la más comun en los contornos del centro de España; puede durar muchísimos más años, quince y á veces diez y seis. En ella se verifican los brotes primaverales de la misma manera que en la forma tipo; pero generalmente los fenómenos son mucho más ligeros, no aparece por lo general la locura pelagrosa hasta el décimo brote eruptivo, y es muy comun que no aparezca el tífus pelagroso hasta el décimo-quinto ó décimosexto.

Lo más importante que hay que estudiar en la pelagra, son las formas que pueden llamarse anómalas y las formas mixtas.

*Formas anómalas de la pelagra.* Las anomalías de la pelagra pueden consistir: 1.ª En que los enfermos, á conse-

cuencia de un tratamiento ó á consecuencia de un cambio de localidad y alimentacion, se curen del padecimiento, y volviendo al sitio donde lo cogieron, y á sus antiguas condiciones higiénicas y de alimentacion, vuelvan nuevamente á contraerlo. 2.º Puede consistir tambien esta anomalia ó esta forma anómala de la pelagra en que salten todos los fenómenos desde el primero al tercer período, ya por condiciones especiales de la localidad, ya por circunstancias del sujeto; y finalmente, y es la más notable de las anomalías de la pelagra, puede presentarse la enfermedad sin el carácter principal, sin el eritema cutáneo: esto es lo que ha llamado Strambio *pelagra sine pelagra*, es decir, que la enfermedad aparece con todos sus síntomas en el aparato digestivo y en el sistema nervioso, y sin embargo no se presenta el eritema pelagroso, el eritema característico de esta enfermedad. Cuando hablemos de las causas podreis comprender y explicaros facilmente el por qué no se presenta el eritema en algunos casos, así como el por qué salta la enfermedad del primero al tercero ó cuarto período de una manera brusca y repentina; pero estas formas anómalas son precisamente las que han dado lugar á mayores dificultades para el diagnóstico, y las que han sido negadas por algunos autores, sin embargo de que la mayor parte de los pelagristas y muchos médicos de los Hospitales han tenido ocasion de observarlas.

Actualmente tenemos en la enfermería un sujeto, que despues vereis, evidentemente pelagroso y en el período paralítico; hemos seguido la enfermedad desde su origen, puesto que aqui vino con el primer eritema pelagroso, con ligeros accidentes gastro-intestinales y nerviosos; despues se marchó, y cuando volvió, ya con el segundo brote pelagroso del dorso de ambas manos, acompañado de una erupcion pruriginosa, habia avanzado de un modo notable la enfermedad, y tenia, no sólo la vacilacion al andar, sino esa especie de paraplegia nerviosa característica que les hace torcer á un lado y hasta caerse sin perder el conocimiento. Pues bien; este enfermo ha pasado la primavera actual dentro del hospital; es pelagroso todavia de una manera indudable, y sin embargo, no se le ha presentado el eritema en las manos. Seguramente si hubiese permanecido fuera de este hospital ó hubiera hecho lo que se le mandó un día, asomarse para que le diera el sol, se hubiera presentado el eritema en ambas manos; pero por sus circunstancias especiales y por el estado de su inteligencia no quiso obedecerme y salir á tomar el sol, y yo no me empené tampoco en ello. Como este caso se presentan muchos en la práctica, y en los pueblos donde hay familias en las cuales la mayor parte de los sujetos salen al campo, pero donde hay otros ú otras, porque principalmente son las mujeres las que por sus condiciones especiales ó por su estado de salud delicada ántes de tener la enfermedad no salen ya al campo, que se quedan en casa y no reciben el sol, el eritema pelagroso no aparece en ellas. En cambio aparecen más insidiosamente

todos los demás síntomas de la pelagra, y la enfermedad sigue su curso independientemente de la afeccion cutánea hasta terminar con la muerte del sujeto.

Pero, si importancia tienen para el estudio de la pelagra estas formas anómalas, que pueden depender de infinitas causas, mayor importancia tiene todavia el estudio de las formas mixtas; estudio de las formas mixtas que no han hecho la mayor parte de los pelagristas, y que, sin embargo, existen. Las formas mixtas, que nosotros admitimos porque hemos visto; son las siguientes: 1.º, la lepro-pelagra, enfermedad muy comun en Asturias y en Galicia; 2.º, la escrófulo-pelagra, enfermedad muy comun tambien en estos contornos; 3.º, la escorbuto-pelagra, escorbuto alpino de Venecia, mezcla en la mayoría de las ocasiones del escorbuto y de la pelagra; 4.º, la hérpeto-pelagra, de la cual vereis dentro de poco un ejemplar; 5.º, la sífilo-pelagra; y finalmente, la complicacion de la afeccion ó del estado canceroso con la pelagra, que da lugar generalmente á un estado notable de la piel, muy parecido á la enfermedad de Addison.

La lepro-pelagra reina mucho en los contornos de Asturias y de Galicia, y se comprende perfectamente, puesto que ambas enfermedades son allí endémicas; y siendo hereditaria una de ellas, de una manera precisa y absoluta, y siéndolo la otra tambien en la mayoría de los casos, es muy fácil comprender que las dos se mezclen, y las dos se mezclan, efectivamente, dando lugar á fenómenos objetivos mixtos sumamente curiosos; así es, señores, que aquella costra horrenda de que hablaba Casal, aquella costra horrible á que se refieren la mayor parte de los pelagristas de Asturias y de Galicia, depende de la mezcla, de la combinacion del estado leproso con el estado pelagroso. Ya de suyo, las lesiones histológicas finales, las alteraciones anatómicas constitucionales de la lepra son algo parecidas á las de la pelagra; pero si á un sujeto leproso le exponéis á la alimentacion especial que ha de determinar la pelagra, se comprende que ésta se desarrolle, y se desarrolle sobre un fondo leproso; y viceversa, se desarrolle tambien la lepra sobre un fondo pelagroso, cuando el enfermo es hijo de sujetos leprosos y está mal alimentado. Claro es, señores, que en estos casos de afeccion mixta, además de los caracteres propios de la pelagra, existirán tambien los caracteres propios de la lepra, de que no hemos hablado todavia, pero de los que ya hablaremos más adelante; conviene sólo que sepais ahora, que uno de ellos, el más general, es la anestesia, y que además hay ulceraciones y costras, no precisamente en el dorso de la mano, sino en todo el cuerpo, costras horrendas, como decia Casal. De manera, que cuando vereis á los pelagrosos que no tienen limitada la erupcion á los sitios en donde da el sol, sino que tienen alteraciones pigmentarias, insensibilidad ó hiperestesia en los demás sitios del cuerpo, sospechareis, si están en sitios donde reina la lepra endémica, que se trata de una afeccion



mista, que se trata de una lepro-pelagra. Tal vez sea ésta, señores, la causa principal de que algunos profesores, antiguos y modernos, entre ellos el Sr. Roel, del hospital de Oviedo, consideren la pelagra como una degeneración de la lepra, siendo así que, cuando menos en mi opinión, son completamente distintas en la mayoría de los casos, y opuestas en algunos; pero pueden confundirse, pueden mezclarse en un mismo enfermo y dar un cuadro sintomático mixto perfectamente definido.

Es muy común también que en las provincias de Asturias y Galicia, donde reinan simultáneamente la escrófula y el bocio, se presente combinada la pelagra con estas dos enfermedades.

Lo que nunca se presenta es el reumatismo combinado con la pelagra; y cuando estudiemos los caracteres del reumatismo, comprenderéis perfectamente que son dos enfermedades incompatibles entre sí.

Cuando la mezcla de la escrófula ó del herpetismo con la pelagra se presenta, claro es, señores, que hay en los enfermos síntomas con caracteres mixtos, no en las erupciones, puesto que la pelagra no tiene, como erupción característica, más que el eritema especial, el eritema pelagroso; pero sí en todos los fenómenos internos, en todos los fenómenos gástricos y en todos los fenómenos nerviosos. No hay, sin embargo, esa mezcla íntima, esa combinación, mejor dicho, que hemos encontrado en las afecciones herpéticas y en las sífilíticas, con las reumáticas y herpéticas, no; la escrófulo-pelagra lo mismo que la hérpeto-pelagra son una mezcla, no una combinación de dos enfermedades, mezcla que algunos han creído que no existe, pero que yo he tenido ocasión de ver en numerosos casos presentados en esta clínica: y á la sazón hay dos en los cuales yo creo que se trata de una afección mixta hérpeto-pelagrosa. El uno de ellos vino á esta enfermería hace poco tiempo con un eczema simétrico en las extremidades superiores é inferiores, acompañado de una picazón intensísima que se exacerbaba por la noche: era, según él mismo, primera manifestación; no había tenido antes que ésta ninguna otra. Observándole las manos, encontré la cicatriz pelagrosa, ya blanca ó blanco-rosada, pero para mí indudablemente cicatriz pelagrosa: hice andar á este sujeto, y se presentó con todos los síntomas de una esclerósia de la médula, con esa vacilación especial al andar, con ese modo de andar á saltitos; y áun esta mañana se ha presentado en este sujeto una forma de locura especial; arrodillarse, empezar á echar un discurso, y levantarse después y retirarse á su cama, sin acordarse de lo que había hecho. Pues bien; este enfermo al que preguntamos en nuestra primera visita si se le habían despelado las manos, y nos lo negó, á los pocos días siguientes nos dijo que efectivamente, en la primavera pasada se le habían despelado las dos; y esto es indudablemente lo que había determinado la cicatriz pelagrosa, que hoy está,

para mí al menos, perceptible. Respecto al eczema que ha padecido, acompañado de gran picazón que se exacerbaba por la noche, ese eczema simétrico no es, en mi opinión, efecto pelagroso, es seguramente herpético.

Tendremos dentro de poco delante, pues he mandado que bajen al enfermo á este sitio, una afección mixta, una hérpeto-pelagra, en un sujeto de condiciones especiales, de un pueblo; mal alimentado en estos últimos años, sin haber comido nunca maíz, pero sin haber comido carne en muchos meses, el cual afortunadamente desde que la come se halla mejor de la afección cutánea, pero todavía lo mismo de la afección pelagrosa profunda ó mucosa.

Cuando la complicación de la pelagra es el cáncer del píloro, se acompaña de un estado hipercrónico especial de toda la piel, de un aumento de la coloración, de un aumento del pigmentum tan considerable en toda la superficie cutánea, que se diría que el enfermo padecía la enfermedad de Addison. De suerte que en un pelagroso, cuando vais que se presenta esa coloración pseudo-negruzca de la superficie cutánea, esa alteración del pigmentum, temed que haya, coincidiendo con las afecciones de la pelagra, una afección cancerosa, pero principalmente el cáncer del píloro.

He visto un pelagroso que contrajo la sífilis después del segundo ataque, ó del segundo brote eruptivo ó eritematoso del mal: la sífilis en los pelagrosos sigue un curso sumamente rápido; las afecciones secundarias aparecen en seguida, y se hacen no solamente epidérmicas, sino dérmicas, es decir, profundas, desde su primera manifestación. En este enfermo á que me refiero, siguió la enfermedad un curso sumamente rápido, y desapareció de nuestra vista en un estado calamitoso, tanto, que creímos que no duraría dos meses después de nuestra última visita. Es decir, que la pelagrosifilis puede determinar la muerte del sujeto en el segundo ó tercer brote de esta enfermedad, si ha contraído la sífilis en el primer período de la pelagra.

Comprenderéis perfectamente, señores, que si se fueran á explicar de una manera detallada y minuciosa todas estas formas y variedades de la pelagra, se necesitaría no una sino muchas conferencias, y no escribir un pequeño libro sino un tomo in-folio; me limitaré, pues, á lo dicho y entraremos en la discusión de si existen otras dos formas de la pelagra, que se han llamado por los autores, pelagra de los enajenados, y pelagra esporádica.

Russell no incluye entre las pelagras á estas dos formas; las considera como pseudo-pelagras; pero conviene que estéis en antecedentes para poder juzgar bien todos los casos.

Bilbol, que es un alienista muy notable de Angers, director de un manicomio inmediato á esta población, empezó á notar hace algunos años, que en los enajenados que estaban á su cuidado, se presentaban eritemas en las manos; y dió parte á la Academia de Medicina de París de una forma

especial de pelagra que ha llamado pelagra de los enajenados. Tendrá, como es consiguiente, á considerar el eritema pelagroso, como un síntoma, como una manifestación de la locura, y consecutiva á la misma, y por lo tanto decía: «La pelagra no existe como enfermedad, como unidad morbosa, es solamente un síntoma, y es un síntoma de una enajenación mental.» Landouchy fué entonces á ver el hospital ó asilo de enajenados de Billod, y encontró que el eritema que se presentaba en las manos, en la mayoría de los casos no terminaba por descamación ni tenía grietas, que se presentaba no solamente en el dorso, sino también en otros sitios, en la palma, en las regiones tenar é hipotenar, y en alguna otra del cuerpo, sin que estas partes estuvieran sometidas á la acción del sol. Generalmente no había costras negruzcas, pero en cambio existían otras erupciones complicando la enfermedad en diferentes sitios del cuerpo, y consultando un dermatólogo eminente, el doctor Bacin, acerca de lo que podría ser aquella manifestación cutánea, creyó que se trataba de un herpes tonsurante, de una tiña tonsurante. Esto no explicaba la presentación de una manera endémica en el asilo de enajenados de Billod de algunos casos de verdadera pelagra, porque aunque la pelagra no sea una manifestación de la locura, y sobre todo, el eritema pelagroso no sea una manifestación de la locura, es indudable que en aquel establecimiento se presentaron algunos casos de pelagra; pero ¿fue pelagra consecutiva á la enajenación mental? Aquí, señores, vino á presentarse una cuestión administrativa, puesto que observando los alimentos que tomaban aquellos enajenados, se vió que eran positivamente insuficientes y no sólo que eran insuficientes sino que no eran casi nunca azoados; y de consiguiente, las mismas causas que pueden producir la pelagra esporádica ó endémica en cualquier otro sitio, pueden producirla como es consiguiente en un establecimiento, en un hospital, cualquiera que éste sea. En época en que no se daba en el hospicio de esta corte carne, y muy escaso el tocino, á los asilados, yo he tenido ocasión de recibir aquí algunos pelagrosos procedentes de dicho establecimiento, y no ciertamente porque allí pueda ser endémica, sino porque por circunstancias especiales de estos sujetos, comieron insuficiente cantidad de alimentación azoadá. Resulta, pues: 1.ª, que la pelagra de los enajenados, no es la misma que la locura pelagrosa; 2.ª, que no debe existir como variedad especial, que si se presenta la pelagra de los enajenados como consecuencia de la enajenación mental, será por la mala alimentación á que estén sujetos, ó porque las condiciones de su enajenación les lleven á no comer, ó á no comer precisamente aquellas cosas que pueden convenir para la curación de esta misma pelagra, ó para impedir su presentación.

Pero Roussel, que no admite, y con razón, la pelagra de los enajenados, no admite tampoco la pelagra esporádica, y

con esto se ve que está influido por la opinión previa que él tiene, de que no puede haber pelagra sin haber comido maíz, de manera que para él siempre la pelagra es endémica y es endémica en aquellos lugares en donde se come casi exclusivamente por las clases trabajadoras, esta planta gramínea: se presenta en un hospital un caso esporádico, y para él no es pelagra, es pseudo-pelagra. Pero, después de haber venido Costallat y Landouchy á España; después de haberse convencido ambos profesores, y el mismo Roussel después, de que esta afección se producía en sitios donde el maíz no se produce ni se come, les ha sido preciso convenir en que existe la pelagra esporádica; sólo que Roussel la confunde y la llama acroclínica, enfermedad distinta y que no tiene nada que ver con la pelagra, diferenciándose de ella ficticiamente, como veremos cuando tratemos del diagnóstico de estas dos afecciones.

La pelagra esporádica es lo mismo, absolutamente lo mismo, que la pelagra endémica y epidémica; dependiendo la enfermedad de la escasa alimentación azoadá, lo mismo puede depender de una condición epidémica en una localidad, que presentarse en un individuo aislado sujeto á estas condiciones de mala alimentación, y que vaya viajando por diferentes climas. Uno de los enfermos que vereis luego, prueba mejor que nada este aserto; tiene á la sazón el primer ataque de pelagra, y sin embargo está viajando hace meses, y ha venido pidiendo limosna desde Barcelona á Sevilla, desde Sevilla á Cádiz, desde Cádiz á Madrid. Ha invertido más de dos meses en su viaje á pie, y en los primeros días de su salida de Barcelona, de donde salió en el mes de Marzo, se le presentó el primer ataque pelagroso. ¿Cómo ha de ser endémica esta pelagra que se presenta en un individuo que viaja, que sale de Barcelona, donde no reina de una manera endémica esta enfermedad y que va por esos caminos pidiendo limosna, comiendo lo que puede y tomando el sol? Tiene que ser una pelagra esporádica, no puede ser una pelagra endémica. Admitámos, pues, la pelagra endémica y epidémica, cuando se presenta en una provincia entera, pero no en un contorno determinado, sino en una gran extensión de terreno; y admitámos la esporádica cuando se presenta en casos aislados, en diferentes lugares, y lugares muy sanos, en sujetos que están influidos por una mala alimentación.

Estudiemos ahora las alteraciones anatómicas, la histología patológica de la pelagra. Han sido muy pocas las autopsias que se han hecho de pelagrosos, no solamente en España, sino en Francia y en Italia. Las causas son muy varias; en los pueblos, y sobre todo en los pueblos de España, es imposible, como sabéis, convencer á los pobres de que conviene hacer autopsias; en los hospitales especiales generalmente no mueren estos enfermos, sino que van á morir á los hospitales generales, y en éstos, cuando ha desaparecido el eritema, generalmente no se pueden poner en relación las lesiones con los



antecedentes ó bien no se conoce el padecimiento en los últimos momentos, porque no hay posibilidad de tener antecedentes bastantes, ó suficiencia para ello. Apenas si se han hecho en España autopsias de pelagrosos; sin embargo, Antonio del Valle, Villargotia y Alfaro han dado cuenta de algunas de ellas. En Italia han dado cuenta de muchas, de 60 ó 70, Strambio y otros posteriores.

El mismo Roussel, de que tanto he hablado, que ha escrito el libro más completo de la pelagra, no ha podido hacer más que dos. Finalmente, los alienistas son los que mejor contingente han dado de autopsias y á ellos tenemos principalmente que atenernos.

Empecemos por observar las alteraciones que se presentan en los humores, que son de muchísima importancia.

**La sangre.** Todos sabéis que la sangre en el estado normal, según Becquerel, se compone en 4.000 partes: de 784 de agua, de 135 de glóbulos, de 70 de albúmina, de 2,50 de fibrina, de 10 de sustancias grasas y de sales libres, y sólo de una parte y céntimos de fosfato de hierro; pues bien, señores: los análisis comparativos hechos en España por Calmarza, en Italia por Strambio, y por Roussel y otros en Francia, han dado por resultado que los glóbulos disminuyen á veces desde 135 á 84, y cuando menos á 122 partes por mil; que la albúmina de 70 desciende á 40, ó todo lo menos á 65; que la fibrina, que en el estado normal es de 2,50, en el estado pelagroso desciende á uno ó dos, y en cambio que las sales que forman 11 por mil en el estado normal, se aumentan á 13 ó 14 partes en el estado pelagroso. Resulta, pues, que hay como dato importantísimo de alteración de la sangre, y para después explicar el curso de la enfermedad, la gran disminución de los glóbulos, y por consiguiente del hierro, la gran disminución de la fibrina y de la albúmina, y un aumento considerable de sales, y sobre todo de sales libres. Esto da lugar á que cuando se hace una sangría á un pelagroso se encuentre el coágulo sumamente pequeño y blando, sin costra inflamatoria de ningún género, y nadando en un líquido sumamente seroso y de un gusto muy salado.

Los maizistas Lusana y Frua explican el aumento de sales libres, porque en el maíz hay mucho ácido silícico y sales de magnesia que no son asimilables; pero en opinión de Calmarza, estos principios inorgánicos en exceso sólo sirven para llenar el vacío sólido que deja en la sangre el defecto ó disminución de los glóbulos y de la albúmina.

**La orina.** Así como la sangre pelagrosa es completamente opuesta en sus alteraciones químicas á la sangre reumática, así también la orina de los pelagrosos presenta un carácter importantísimo perfectamente diferencial de la orina de los reumáticos: la orina de los pelagrosos que por lo común es clara, abundante, sin albúmina, nubes, ni posos arenosos; que es poco ácida al salir y poco alcalina á las

pocas horas, no presenta urea, y casi nada de ácido úrico; en cambio hay aumento en ella de otras sales libres y especialmente del cloruro de sodio, del oxalato de cal y del fosfato amoniacal magnésico. Así es, señores, que aunque sale clara y limpia, sufre pronto una transformación amoniacal á pesar de no tener urea.

La saliva, generalmente ácida, pero con poca acidez, presenta, según Lusana y Frua, y según otros autores maizistas, un carácter especialísimo y diferencial de la saliva normal. Todos sabéis que en la saliva normal, y prescindiendo de los cristallitos salinos que pueden presentarse á la observación microscópica, se presentan también unos glóbulos pequeños, redondeados, y muy regulares, que no se sabe todavía lo que son; pues bien, en la saliva de los pelagrosos estos glóbulos que se encuentran también diseminados en ella, son muchísimo mayores, casi el triple de grandes, y su circunferencia está festoneada, es decir, que su superficie es irregular.

Calderini ha hecho notar que por la influencia de los baños generales, la saliva de los pelagrosos, que siempre es algo ácida, se vuelve neutra, y Morelli, que ha hecho análisis químicos repetidos, ha encontrado su composición análoga á la normal.

Las alteraciones del sudor, las alteraciones de la transpiración pulmonar ó del aire espirado, que algunos autores han tratado también de comprobar por el análisis químico, no dan lugar á diferencias positivas de que deba hacerse mérito.

Prescindiendo de estas alteraciones humorales, el resultado de los pocas autopsias hechas en el siglo pasado y primera mitad del actual, ha sido nulo, pues de ellas se sacaba como consecuencia, que los enfermos morían de otra enfermedad y no de la pelagra; pero ya se sabe lo que pueden valer ese corto número de investigaciones macroscópicas, hechas sin el conocimiento histológico necesario y sin la ayuda de los medios modernos de investigación. Las autopsias hechas en estos últimos años dan alguna mayor luz en este asunto.

Entremos pues, en lo más importante, que es en el estudio de la alteración de los tejidos y de los órganos, y como el primero y más importante para nosotros es la piel, es decir, la piel del sitio enfermo en la pelagra, el dorso de las manos ó de los sitios en donde dé el sol, de lo deciros, que cuando ya lleva el sujeto varios años de enfermedad, y muere siguiendo el curso natural y espontáneo de la pelagra, no por una afección intermitente, la piel correspondiente al eritema pelagroso tiene caracteres importantes. Es verdad que ha desaparecido con la muerte el eritema, porque el estado congestivo desaparece siempre con la muerte, pero queda en esa piel una dureza considerable; parece toda ella como si fuera pergamino, y esto se echa más de ver, cuando se corta un gran pedazo en el que vaya piel sana al lado de la piel enferma; no hay que endurecer esta piel para verla al

microscopio; á diferencia de la piel normal, puede verse perfectamente y hacerse cortes finísimos y netos en ella sin necesidad de emplear los medios que todos conocéis para darla mayor consistencia. El dérmis presenta unos dobleces especiales que corresponden á las grietas que ha tenido el sujeto en las diferentes veces que ha padecido el eritema pelagroso. En esos dobleces, que se ven perfectamente al microscopio, están aplastadas todas las células, todos los tejidos, y hay que advertir que llegan estos dobleces hasta la mayor profundidad del dérmis. Labus y Fantonetti han demostrado que en el dérmis y capa de Malpighi hay una considerable infiltración ó una proliferación especial de unos glóbulos redondeados y opacos, que parecen más bien cuerpos ó corpúsculos pigmentarios. El epidermis ó la capa epidérmica córnea, está fuertemente pegada ó adherida al dérmis, tanto, que no se pueden separar; pero hay una hipertrofia tan considerable en ella, que suele llegar á veces á tener siete y ocho veces más amplitud y tamaño ó grueso que el epidermis normal. De manera, que parece que hay como lesiones cutáneas especiales de la pelagra, una hiperplasia especial de la capa córnea del epidermis, una proliferación pigmentaria en el espesor de éste y del mismo dérmis, y una esclerósia muy marcada del tejido conjuntivo, lesiones que se conservan *post mortem*, aunque hayan pasado muchos meses después de la desaparición del eritema, y que han sido confirmadas en las autopsias practicadas por Rayer y Gintrae en Francia, por Labus en Milan y por Antonio del Valle, Villargotia, Alfaro y por mí en España.

*El tubo digestivo.* Las principales autopsias, ó casi todas las autopsias que se han hecho, tanto en Italia como en España, se han fijado más especialmente en el tubo digestivo y en el sistema nervioso que en ningún otro punto del cuerpo; pero fiando ó limitando la investigación á lo aparente y no apreciando lo real, que es lo histológico, han dado lugar á opiniones sumamente diversas acerca de las lesiones cadavéricas que existen en los pelagrosos. Limitándonos á lo que creemos mejor observado, á lo que parece más digno de fe, á lo hecho por Virchow principalmente, y por algunos alienistas modernos, os diré que el estómago generalmente está bien, aunque algunas veces se ha encontrado hiperemiado; que en los intestinos, algunos han visto flogosis y otros reblandecimientos, pero que lo que parece más positivo y constante es la existencia de unos puntos como lentejas, transparentes, numerosos, en la proximidad del ciego, al terminar el intestino íleon; puntos transparentes y redondeados, en los cuales se ve que ha desaparecido la red vascular y la capa muscular del intestino. Así es que, haciendo inyecciones por los vasos á los alrededores de estos sitios, se ve la red vascular rodear estas manchas, rodear estos sitios, y no llegar nunca á traspasarlos ó á penetrar ellos. Analizando Virchow minuciosamente las alteraciones cadavéricas en estos sitios,

ha encontrado que se debían á la degeneración amilácea. Para él empieza la degeneración amilácea, como siempre generalmente empieza, en las arteriolas que serpentean por entre la membrana media de los intestinos; y cuando ha hecho que el vaso se convierta en una especie de cordón impermeable, cuando ha obturado completamente todo su interior, se propaga dicha degeneración amilácea á los sitios inmediatos, se apodera de la fibra muscular y la destruye. De esta manera queda el intestino en varios puntos completamente desprovisto de circulación vascular y de fibra muscular. Que se trata de degeneración amilácea se ha demostrado por los caracteres químico-microscópicos que la patentizan; basta tratar, ántes de observar al microscopio, estos sitios con la tintura alcohólica de yodo, para que tomen un color especial rojo oscuro; y, por el contrario, ni se coloran con el ácido nítrico, ni se disuelven en él, que es el carácter diferencial entre la degeneración grasienta y la amilácea. Conste, pues, que la lesión intestinal de la pelagra se colora con el yodo, y no se colora con el ácido nítrico.

Otros autores, Morelli, Frua, Lusana, etc., han dado como caracteres especiales de la pelagra el desprendimiento mayor ó menor del epitelio, el reblandecimiento del mismo, la perforación intestinal, y no se han acordado de dar un carácter importantísimo muy notable en esta enfermedad, y es que hay colecciones grasientas rodeando á estos intestinos y en el mesenterio, á pesar del marasmo que acompaña al sujeto y á pesar de la debilidad profunda en que se halla.

El *hígado* ofrece también lesiones parecidas; generalmente es amarillento; está algo infartado, algo abultado y no da sangre por los cortes, lo cual indica que ha entrado también la degeneración amilácea en estas ramas de la red hepática, y analizado al microscopio, se ve que es cierto y positivo. Es más: si se coge un trozo en el que vaya una gran porción de tejido hepático, podeis observar bien, no solamente en los acinis, sino en los vasos, que hay tres especies de degeneración: en la parte exterior de un acini, por ejemplo, se observa una infiltración grasosa, en la capa media se observa la degeneración amilácea, caracterizada por la reacción del yodo, y en la capa más profunda, de un color oscuro negrozco, se ve lo que podríamos llamar degeneración pigmentaria, es decir, infiltraciones de pigmentum en gran cantidad. La mayor parte de los vasos hepáticos se encuentran obstruidos por la degeneración amilácea, y convertidos en cordones impermeables.

Las alteraciones del hazo no dicen nada, señores, para el clínico; unas veces abultado, otras reducido de tamaño, ninguna alteración especial se ha observado en él.

No sucede lo mismo con los riñones y con la vejiga. En las autopsias que he tenido ocasión de hacer, que han sido pocas, los he encontrado siempre acometidos de la degeneración grasienta. Además, en la vejiga del loco pelagroso que murió



en la enfermería, pudimos observar ulceraciones, y ulceraciones profundas en el fondo de la misma; y, sin embargo, aquella orina era clara y límpida, y no se quejaba aquel sujeto de ninguna molestia en la vejiga de la orina.

*Corazon, pulmones, órganos*, en fin, de la cavidad torácica. En los pulmones no se encuentran en realidad alteraciones pelagrosas, pero sí se encuentran complicaciones, generalmente gravísimas; es muy raro el pelagroso en que no se encuentran tubérculos; es muy raro el pelagroso en que no se encuentra alguna afección más ó ménos grave del pulmón, que, si no son tubérculos, puede ser hasta el mismo cáncer; pero esto, señores, no puede llegar á caracterizar la enfermedad.

El corazón, como músculo, se encuentra atrofiado. Todos, absolutamente todos los músculos del cuerpo, se encuentran en un período de atrofia mayor ó menor; pero en el corazón es muy notable la atrofia, la delgadez de las paredes, la poquedad de sus cavidades, y, en cambio, rodea á este órgano casi siempre una capa gruesa de grasa. Como lesión cadavérica, siempre he encontrado en las autopsias que he hecho lleno el pericardio de líquido.

¿Y los huesos? Parece que la pelagra no debía atacar los huesos, y, sin embargo, los ataca. En las autopsias que tuvo ocasión de hacer Villargoitia en Avilés, se encontró con una infinidad de casos pelagrosos que habían padecido fracturas sin haber podido llegar á consolidar; y á su vez, Strambio ha visto en Italia muchos enfermos con una blandura tal en los huesos, y principalmente en el esternón y en los costillas, que no necesitaba de la sierra para cortarlos; le bastaba el bisturí; pero hay todavía pocos estudios hechos, excepción hecha de estos dos á que me acabo de referir, acerca de las alteraciones que se encuentran en los huesos de los pelagrosos.

Aunque son ya importantes las alteraciones referidas, no lo son tanto como las que se presentan en los centros nerviosos. Aquí es donde se ha dirigido la mayor atención no solamente de los patólogos sino de los dermatólogos y de los alienistas; aquí es donde se deben á un médico alienista muy moderno los principales datos que tenemos de la enfermedad. Excuso decirlo que si leéis los libros antiguos acerca de la pelagra, encontrareis como lesiones pelagrosas, en unos la meningitis, en otros la aragnoiditis, en otros el reblandecimiento cerebral; unos dicen que hay lesión apoplética, otros dicen que no hay nada. El mismo Fonzagó que escribió muy particularmente acerca de esta enfermedad, dice que no ha encontrado lesión alguna de ninguna clase en los centros cerebrales. Strambio ha encontrado dilatación de los vasos de las meninges, hidropesías de la aragnoides, y en los casos de locura, hidropesía también de la coroides; Meikel, inflamación de la aragnoides; Briere de Boismont, meningitis y puntos de reblandecimiento en la sustancia cerebral; Labus y Strambio atrofía y edema de la sustancia cerebral y cerebelosa.

Respecto á la médula, Frank, Labus y la mayor parte de los pelagristas, la encontraron indurada ó esclerosada y por consiguiente atrofiada, su sustancia gris inyectada y los nervios craneales y espirales más duros y delgados, pero otros han encontrado el reblandecimiento medular y el hidroraquis.

Charcot ha sido el primero que se ha ocupado histológicamente de lo que se presenta en el cerebro de algunos pelagrosos que él tuvo ocasión de analizar al microscopio. Para él la afección es la misma que en los intestinos; trátase de una degeneración amiloidea y en algunos sitios más grasosa que amilácea, la cual se extiende más ó ménos desde los vasos al tejido conectivo intersticial y después al mismo tejido nervioso. Pero debo á la amabilidad de un compañero, el doctor Escribano, los datos recientes de la obra de Rindfleisch, obra que tiene por objeto el demostrar que la congestión, la hiperemia crónica de la capa cortical del cerebro, de la sustancia gris del mismo, puede explicar por sí sola la mayor parte de las locuras y la mayor parte de las monomanías; así como la esclerosis de la médula puede explicar la mayor parte de las parálisis y muy especialmente de las parálisis pelagrosas.

Para este profesor alemán, prescindiendo de su teoría acerca de las alteraciones anatómicas de la locura, consiste la pelagra en una hiperemia crónica también de las meninges y de la capa cortical del cerebro que da por resultado á consecuencia de su cronicidad: primero, procesos nutritivos; segundo, procesos formativos; tercero, procesos destructivos ó necrobióticos. Congestionada ó alterada de una manera crónica la pia madre, la dura madre y la capa cortical del cerebro se produce en ellas un aumento de nutrición; pero á fuerza de tiempo ya no se aumenta el tamaño sino que se aumenta también el número de las células de nueva formación y viene la hiperplasia limitada en su origen al tejido epitelial de la dura madre, pero que propagándose después al tejido conectivo intersticial del cerebro, ó mejor dicho, de su sustancia gris, determina consecutivamente regresiones ó necrobiosis grasosas del epitelium meníngeo, del epéndima, de la túnica adventicia de los vasos capilares, y de las células glandulares grises; y degeneraciones amiloides de las células ganglionares de las tónicas interna y media de los vasos, su infiltración calcárea y su obliteración consecutiva.

Como consecuencia de todo esto, viene la esclerosis ó encefalitis intersticial difusa, causa de la atrofia del cerebro, y propagándose á los cordones posteriores y laterales de la médula espinal, á la oblongada y á los ganglios del gran simpático, causando en todas partes la atrofia, puede determinar todos los síntomas nerviosos de la pelagra y explicarlos.

Este autor, sumamente racional, explica el porqué en el cadáver de los pelagrosos como en el de los locos no se observa la hiperemia cerebral, porque la hiperemia, como sabeis, desaparece con la muerte y es preciso buscarla, es preciso

comprendería por los resultados que ha debido dar, y estos resultados son: la pigmentación consecutiva, el punteado rojo, efecto de la apoplejía, el punteado que se presenta, es decir, la infiltración que se presenta entre las capas de los vasos, de las cuales están rotas la interna y media, y la capa superficial está, digámoslo así, envolviendo un pequeño foco apoplético. Esto es lo que caracteriza á las locuras en general y principalmente tambien la locura pelagrosa. Andando el tiempo, y á consecuencia de estos puntos inflamatorios, se presenta tambien el reblandecimiento, que puede ser blanco, que puede ser gris, que puede ser amarillo, que puede ser rojo. Pero sea de esto lo que fuere, resulta que á más de lo dicho, además de las degeneraciones gránulo-grasientas, obstrucciones de los vasos cerebrales por depósitos en su interior, etc., etc., se puede presentar la degeneración pigmentaria de que os he hablado hace un momento.

La médula espinal casi no se ha reconocido hasta hace ocho ó diez años: la médula espinal de los pelagrosos está atrofiada y endurecida; de manera que hay una esclerosis casi siempre en la parte más alta de la misma. Por esto, señores, puede confundirse tanto esta enfermedad con la esclerosis primitiva. Hay que buscar los antecedentes, hay que buscar el curso del padecimiento, y entonces comprenderéis que esta esclerosis es consecutiva á

la pelagra, y no la pelagra consecutiva á la esclerosis.

Resumiendo, señores, parece que como caracteres notabilísimos histológicos de la pelagra, debemos considerar: 1.°, la disminución de la albúmina, de la fibrina y de los glóbulos de la sangre; 2.°, el aumento de sales en la misma; 3.°, la falta de urea y el exceso de sales en la orina; 4.°, los glóbulos grandes é irregulares ó de superficie irregular de la saliva y su sabor salado; 5.°, la piel de pergamino ó la esclerosis dérmica; 6.°, los dobleces profundos del dérmis con rotura y achatamiento de las células del tejido conjuntivo; 7.°, la hipertrofia de la capa córnea del epidérmis en el sitio del eritema; 8.°, la atrofia de todos los músculos, incluso el corazón; 9.°, la existencia de masas de tejido adiposo que rodean las vísceras, á pesar de la demacración general; 10.°, la fragilidad ó la blandura de los huesos; 11.°, la infiltración grasosa, la degeneración amiloidea y la pigmentaria profunda del hígado; 12.°, la degeneración amiloidea en los intestinos, pero muy principalmente en el extremo del intestino íleon, dando lugar á esos puntos característicos segun Lusana, Frua y Morelli; 13.°, la hidropesía de la coroides en la locura; y finalmente, todas las lesiones apopléticas, de esclerosis, de reblandecimientos y de degeneraciones gránulo-grasientas y amiloides en los centros nerviosos de que acabo de hablar.

He dicho.



## LECCION DÉCIMA.

Diagnóstico de la pelagra. — Hambre aguda. — Miseria crónica. — Acrofiata epidémica. — Acrofiata esporádica aguda y crónica. — Diagnóstico con el ergotismo, lepra, escorbuto, herpesismo, sífilis y reumatismo. — Diagnóstico del eritema pelagroso. — Diagnóstico de los trastornos digestivos pelagrosos. — Diagnóstico de las lesiones nerviosas de la pelagra.

### SEÑORES:

Tócanos hoy ocuparnos del diagnóstico, y si podemos, del pronóstico y tratamiento de la pelagra. Difícilmente existirá en la ciencia una enfermedad que haya sido mejor diagnosticada; porque las enfermedades que se han podido confundir con ella han sido perfectamente estudiadas por la mayor parte de los autores. Sin embargo de esto, como la pelagra coincide con la miseria, y la miseria puede dar lugar á tantas enfermedades y á tantas molestias, ha habido en muchísimas ocasiones dificultades considerables para su diagnóstico.

Coincidió con el estudio de la pelagra, y también en el mismo París, la presentación de una epidemia bastante rara de una enfermedad algo parecida á ella, y esto dió motivo á nuevos estudios y á graves confusiones también, que todavía siguen hoy en la ciencia.

De modo que, al entrar en el estudio del diagnóstico de la pelagra, debemos, primero: diferenciarla de estados análogos que puede determinar la miseria y el hambre, y si no la miseria y el hambre, la mala alimentación; después, de estados análogos producidos por enfermedades constitucionales, y por último, debemos hacer el diagnóstico diferencial de la pelagra con las afecciones cutáneas idiopáticas, y con las afecciones del tubo digestivo y del sistema nervioso locales también ó idiopáticas.

La primera enfermedad con que puede confundirse la pelagra es con el hambre; pero el hambre, señores, es una enfermedad aguda, porque si no, no debe llevar este nombre.

El hambre, determina fuertes dolores de estómago, ardor epigástrico intenso, terrible, y fenómenos nerviosos que pueden llegar indudablemente hasta la locura. Pero el hambre no determina el eritema pelagroso, ni ninguno de los síntomas característicos de la pelagra. El hambre puede durar con la vida dos, tres, cuatro, veinte ó más días, pero en este período los jugos gástricos digieren al estómago y viene la ulceración, y á veces la perforación de esta viscera. Por lo tanto, el hambre que podemos llamar aguda, no puede confundirse nunca con la pelagra que apenas determina lesiones nerviosas en el estómago.

Pero pudiera ser confundida con la pelagra la miseria, el hambre crónica, es decir, una insuficiencia de alimentación más ó menos general y continuada, y ésta tiene por síntomas, además de esas dispepsias, de esos ardores en el estómago, la pérdida de la calorificación, que no existe en la pelagra, y en los primeros tiempos la demacración rápida, que tampoco existe en esta enfermedad. Nunca la miseria, cuando no va acompañada de la falta completa de las sustancias azoadas como alimento, da lugar á los vértigos, á las vacilaciones al andar, cayéndose el sujeto á un lado ó á otro y á los demás síntomas de la pelagra; así es que se cuenta de pastores encargados de sus rebaños, con mucha miseria, á los cuales se les escatimaba el alimento por completo, que no tomaban más que la leche que podían robar, y éstos, sin embargo, no han padecido de pelagra.

En muchas enfermedades ponemos á los sujetos á una dieta láctea, alimentacion hasta cierto punto insuficiente para el adulto, y algunos hay que no pueden tolerar más que la leche como único alimento; aquí en Madrid yo conozco siete ú ocho que se alimentan exclusivamente de leche desde hace muchos años y esto puede producir la desnutricion, pero no la pelagra con sus síntomas característicos. Por más que se expongan estos individuos al sol, no vienen los criterios pelagrosos, ni los vértigos, ni la vacilacion ó las caídas á un lado ó á otro. No es, pues, la miseria la pelagra; no es el hambre tampoco.

Como decia anteriormente, desde el año 1828 al 1831, reinó en Paris una epidemia de una enfermedad que se llamó acrodinia; y es preciso ante todo hacer el diagnóstico diferencial entre esta enfermedad que despues se ha presentado como esporádica, y la pelagra.

¿Qué es la acrodinia? ¿Hablan de la acrodinia los autores de patologia interna? No; yo no la he encontrado en la mayor parte de ellos, y por lo tanto, voy á permitirme decirlos en breves palabras qué es, para poder hacer luego el diagnóstico diferencial de la pelagra.

En la época citada empezó á desarrollarse en la enfermería de Santa Teresa, asistida por Cayol en Paris, una epidemia ó una endemia de este padecimiento, que acometió á cuarenta de los sesenta enfermos aislados, y se fué extendiendo por los alrededores de la enfermería, llegando al fin á dominar en todo Paris, presentándose millares de enfermos en el año 1828 y 1829, decayendo luego en el 1830 y 1831, hasta desaparecer por completo; pero quedando como forma endémica, no sólo en este sitio, sino en otras localidades y pueblos de Francia, España é Italia.

La enfermedad, cuando era epidémica, dió lugar á un informe brillante de Chomel á la Academia de Medicina, en la cual la describia poco más ó menos de la manera siguiente:

De pronto presentábase en los enfermos un gran adormecimiento de las extremidades inferiores, acompañado de frío; frío que no era continuo, puesto que cuando se acostaban los enfermos sentían tal ardor mezclado con este mismo frío, que les obligaba á descubrirse y sacar los pies de debajo de las cubiertas de la cama. Acompañaban á estos síntomas anorexia, dispepsia y vómitos con dolores en la region epigástrica. Durante quince ó veinte dias seguian con estos fenómenos dispépsicos mezclados con algunas diarreas serosas, y empezaban despues á hincharse los párpados, la cara y en ocasiones hasta los miembros; aparecian manchas violáceas en toda la superficie del cuerpo, y próximamente á las tres semanas se desarrollaba en los bordes de las manos, en las palmas, en los bordes de los pies y en la planta de los mismos un eritema sin descamacion previa, que se descamaba ligeramente en quince ó veinte dias, propagándose no solamente al dorso de la mano, sino á otros puntos del cuerpo,

estuvieran ó no cubiertos por la ropa y diérase ó no el sol.

Hay que advertir que la enfermedad se presentaba en cualquiera época del año, y comenzó precisamente en uno de los inviernos más rigurosos.

En cuanto se presentaba este eritema, presentábanse tambien otros fenómenos nerviosos acompañando á la diarrea y á los fenómenos cutáneos. Estos fenómenos estaban caracterizados por dolores generalmente intensos en el vientre acompañando á las deposiciones; dolores en forma de calambres en las extremidades inferiores que daban lugar á grandes contracturas, y por consiguiente á dificultades considerables en la locomocion.

Con todo esto venia la demacracion, venia el marasmo, y los enfermos solian morir, pero en escaso número. Chomel dice que próximamente morian de 6 á 8 por ciento. Cuando la enfermedad iba á terminarse de esta manera, se exageraban naturalmente estos fenómenos; cuando, por el contrario, iba á terminarse por la salud, empezaban á disminuir los dolores, los calambres, las deposiciones serosas y venia otra vez la nutricion, coincidiendo toda esta mejoría con la desaparicion del eritema. El enfermo, pues, en dos ó tres meses curaba ó se moria; la enfermedad en él no se reproducia al año siguiente.

Pero cuando despues de desaparecer la epidemia quedó la forma esporádica, la acrodinia dominante principalmente en las Landas, se vió que podia afectar dos formas distintas: la que podríamos llamar acrodinia aguda y la acrodinia crónica, siguiendo en esto la descripción perfecta, aunque concisa, de nuestro Calmarza.

La forma aguda se parece bastante á la forma epidémica ántes descrita; sin embargo, Calmarza no ha observado que se presente la hinchazon de los párpados y cara en la acrodinia aguda, en la que es muy rara la mortandad.

Hé aquí, por si conviene repetirlo, un breve resumen de sus síntomas: 1.°, dos ó tres semanas de dispepsias y diarrea con fuertes dolores de vientre y en cualquiera época del año, no precisamente en primavera; 2.°, frío en pies y manos durante cuatro ó seis dias; 3.°, hormigueo, adormecimiento y dolores intensos en los pies, que se exacerban con el calor de la cama, por lo que duermen con ellos fuera de las sábanas; 4.°, mayor sensibilidad ó dolor al andar, pues aunque lleven zapatos creen que andan descalzos sobre guijarros; 5.°, pérdida del tacto en los pies, pues suelen no conocer si llevan ó no zapatos; 6.°, al mes aparece un eritema rosado en bordes, palmas y plantas de sus extremidades torácicas y abdominales, producido sin tomar sol en ellas; 7.°, este eritema se extiende á veces á los antebrazos y piernas, dura uno ó dos meses, y por fin se descama y desaparece para no volver; 8.°, la sangre y la orina son normales en su composicion química; 9.°, se presenta lo mismo en los pobres que en los ricos; 10.°, su curso es continuo, y su causa más principal parece ser el frío y la humedad. Ved qué cuadro tan distinto



al de la pelagra, presenta la acrodinia esporádica aguda.

Pero la forma esporádica crónica, la que más se puede confundir con la pelagra se ha presentado en algunos pueblos del interior de España con los caracteres siguientes: el primer síntoma generalmente es la gran frialdad de las extremidades inferiores, coincidiendo con ese ardor profundo de una manera inexplicable; pues el enfermo se queja de un gran frío, y en cuanto se acuesta es tal el ardor, que ha de quitarse forzosamente las cubiertas de la cama; acompaña á esto, hormigueo de las extremidades inferiores y también algunos dolores vagos en todas las articulaciones; vienen luego los vómitos, la diarrea serosa, y á las cuatro ó cinco semanas aparece el eritema, que coincide en su forma y curso con el eritema de la forma epidémica, es decir, bordes y palmas de las manos y bordes y plantas de los pies. De aquí se extiende en cualquier época del año hacia los antebrazos, las piernas, y áun se presenta algun eritema en otros puntos del cuerpo cubiertos por la ropa, de donde se deduce que salen ó pueden salir estando en la cama y sin la influencia del sol. Este eritema suele durar un mes ó mes y medio, en cuya época desaparece, y se mejoran al desaparecer, lo mismo que en la forma epidémica, los fenómenos digestivos y nerviosos que la acompañan.

Los fenómenos digestivos son vómitos y diarrea acompañada de dolor, síntoma bastante diferencial de esta enfermedad; y los nerviosos son calambres en las extremidades, hormigueo, alguna vacilación en el andar, pero sin caída á un lado y alguna ligera parálisis que desaparece fácilmente.

Después hay una especie de tregua de uno ó dos meses, quedando solamente algun síntoma, generalmente la diarrea, alguna debilidad muscular, y vuelve á reaparecer este eritema, pudiendo de esta manera persistir la forma crónica por espacio de dos ó tres años, pero saliendo y desapareciendo el eritema tres ó cuatro veces en el curso del mismo año.

Los síntomas, pues, de la acrodinia crónica son idénticos á los de la aguda, aunque más débiles, más lentos; pero se reproducen cada mes y medio generalmente, es decir, que tienen un curso remitente, y no esperan á la primavera para sus reproducciones.

Como no era mi objeto explicar de una manera didáctica la acrodinia, sino únicamente para compararla con la pelagra, no la he descrito como los autores, sino buscando los caracteres más salientes, los caracteres más diferenciales que tiene con la pelagra. Todos habéis observado que falta en la acrodinia ese vértigo especial sin pérdida del conocimiento tan comun en la pelagra, falta la caída hacia un lado, la locura que nunca se presenta en la acrodinia aunque dure tres años, la verdadera paraplegia, aunque incompleta, que en la pelagra aparece; pero lo que más las diferencia es indudablemente el curso y el modo de presentarse el eritema. El de la acrodinia es un eritema que no depende del sol: se presenta

en el borde y palma de las manos, precisamente en donde el sol no da y que aunque después se extiende y se propaga a dorso, es, sin embargo, también sin la influencia del sol. Por último, falta en la acrodinia como carácter diferencial, lo que se llama cicatrix pelagrosa, esa señal rosado-blancuzca en la cual el dérmis queda liso, sin surco de ninguna clase, durante meses ó años.

Creyeron unos que la acrodinia dependía del frío, otros la atribuyeron á la mala alimentación, pero luego se vió, especialmente en España, que se presentó lo mismo en los ricos que en los pobres, lo mismo en los que hacen uso de una alimentación animal ó azoada, que en los que toman sustancias exclusivamente vegetales ó feculentas.

Últimamente: Landonchy y Costallat se empeñaron en que la pelagra de España era acrodinia: retrotrayendo las cosas y sin leer bien á Chomel que expuso perfectamente todos sus síntomas, llamaron acrodinia á todas las pelagras de España y de Italia que no eran debidas al maíz, y las atribuyeron al uredo caries del trigo, á un parásito vegetal que le modifica de la misma manera que el comenueño de centeno á este grano; pero habiéndose presentado en España y sobre todo en algunos pueblos del Bajo Aragón en personas de buena posición social, se ha demostrado que no dependía de esto, porque comían pan ó trigo perfectamente sano y bien tostado y de muy buena calidad.—Entremos en el diagnóstico de algunas otras enfermedades de alguna importancia.

Se ha querido confundir la pelagra con el ergotismo por los mismos que llaman á esta enfermedad alteración producida por los cereales; pero el ergotismo, señores, ya sea el ergotismo convulsivo, ya sea el gangrenoso, tiene caracteres perfectamente distintos y diferenciales de la pelagra.

El ergotismo podemos producirlo de una manera artificial, aunque con mucha más dificultad que se produce naturalmente, pero no el convulsivo, solamente el ergotismo gangrenoso. En este caso se ve perfectamente la sucesión de los fenómenos siguientes: empieza el ergotismo por dolores intensos en las extremidades, en los sitios más distantes del centro circulatorio, y estos dolores van seguidos ó bien de retracciones y contracturas ó de la gangrena.

No se presenta nada parecido al curso de la pelagra. No hay el eritema especial, no hay el curso, en fin, con todos los fenómenos de que hemos hablado anteriormente.

Veamos las demás enfermedades constitucionales y entre ellas empecemos por la lepra. La lepra es hoy día confundida con la pelagra segun tengo entendido, por un dignísimo compofesor que tiene en prensa una obra voluminosa acerca de esta dolencia. Ya dije, creo que en la conferencia anterior, que la lepra puede complicarse con la pelagra, pero áun en estos casos de complicación, creo fácil el distinguir los síntomas que pertenecen á una enfermedad de los que pertenecen á la otra.

En la lepra se conserva siempre clara la inteligencia, no hay el vértigo, hay verdaderas paraplegias, no hay la locura característica de la pelagra; el leproso muere con su perfecta inteligencia. Pero además en el curso de la afección, aunque tiene sus períodos de silencio, la lepra empieza casi siempre de una manera insidiosa, sin que el enfermo lo conozca y la mayor parte de las veces sin que el médico tampoco pueda conocerlo, ya por manchas pequeñas circulares que al principio pueden ser blancas ó rosadas, pero que luego toman su color especial bronceado, ya, si no es por manchas, por ampollitas de pémfigo disseminadas. Es verdad que puede haber confluencia de estas manchas en las muñecas y manos, sitios de predilección de la lepra; pero bastará como carácter, que nunca van acompañadas de ese ardor especial del eritema pelagroso y la descamación no se hace de la manera especial que en la pelagra. Además la lepra no se presenta en la primavera y de una manera intermitente como la pelagra; y la anestesia, que existe en la primera, bastaría para diferenciarla en último término de la segunda.

La sífilis puede dar lugar á algunas manifestaciones que pudieran confundirse con la pelagra. Me refiero á las parálisis que puede determinar; pero las parálisis que determina la sífilis son completas y cruzadas, mientras que las parálisis que determina la pelagra son siempre incompletas y atacan las extremidades inferiores.

El herpesismo puede dar lugar á erupciones que simulen la pelagra cuando se localizan por ejemplo en el dorso de las dos manos; pero ya sabéis por nuestras lecciones anteriores los caracteres especiales de toda erupción herpética: la picazón intensa que las acompaña, la reproducción fácil en la misma forma elemental, la tendencia á la extensión, á la propagación, mientras que en la pelagra puede decirse que la afección cutánea está limitada á los sitios en que ha dado el sol, y los caracteres de las coincidencias especiales herpéticas, pueden servirnos para hacer el diagnóstico fácil entre el herpesismo y la pelagra.

Es verdad que en el herpesismo, sobre todo en su tercero ó cuarto período, se presentan síntomas nerviosos y viscerales que pudieran dar lugar á confusión; pero no olvidéis que en los últimos períodos del herpesismo, las erupciones siguen, están fijas ya y generalizadas; mientras que precisamente en el último período de la pelagra, el que más fácilmente pudiera dar lugar á confusión, cuando el enfermo tiene que estar en cama y no se expone á la acción del sol, las erupciones desaparecen y no vuelven á presentarse, á no ser en forma de equimosis especiales que sólo pueden compararse con las afecciones escorbúticas, y que dependen indudablemente del estado de alteración de la sangre.

He hablado del escorbuto, que es precisamente la enfermedad con que más se ha confundido la pelagra en Italia, hasta el punto, que se ha llamado escorbuto alpino por la

mayor parte de los profesores italianos que á fines del siglo pasado ejercían en Venecia. Es verdad que la pelagra puede mezclarse con el escorbuto; pero aún en esta mezcla se conocen perfectamente los síntomas que dominan, tanto de una como de otra enfermedad. En el escorbuto de tierra, pues es en tierra donde se presenta la pelagra, nunca en el mar, en el escorbuto de tierra, digo, se presentan erupciones en las extremidades y en las partes más lejanas del centro circulatorio; son de un color rojo algo más subido y menos oscuro que el de las pelagrosas, y acompaña siempre á toda erupción escorbótica un dolor intenso en ella y en sus alrededores. El escorbuto se presenta unas veces principiando por estas manchas, y otras principiando por la afección bucal ó coincidiendo con aquellas la fungosidad de las encías: la sangre, que sale por esta región, y que puede salir por otros diversos órganos y membranas, los dolores que se presentan en las extremidades inferiores, el edema, la anasarca, y en medio de todo esto, la muerte, conservando hasta el último momento la inteligencia en su estado más completo y perfecto, son los síntomas característicos del escorbuto grave; de manera, que si fuese posible que existiese un escorbuto crónico y que por la localización en el dorso de las manos de sus equimosis pudiera confundirse con la pelagra, lo diferenciaríamos pronto, porque conservaría el enfermo hasta la muerte toda su inteligencia, sin esos vahidos ó vértigos, sin pérdida del conocimiento, y sobre todo sin la locura pelagrosa. Además, en las erupciones escorbóticas no hay descamación ni cicatriz, y desaparecen ó terminan por resolución, cosa que nunca se ve en la pelagra.

Casi no debería ocuparme en diagnosticar la pelagra del reumatismo, porque, como os dije, son enfermedades incompatibles, son alteraciones de la sangre, completamente opuestas, y por consiguiente, no puede haber confusión alguna. Pero puede haber eritemas circinados y marginados de índole reumática que se presentan precisamente en el dorso de ambas manos, y en este caso, un profesor que no esté muy acostumbrado á ver el padecimiento, cree que se trata de la pelagra. Se diferencian estos eritemas reumáticos de los pelagrosos, por lo siguiente: no tienen descamación, son crónicos, muy lentos y están perfectamente limitados en sus bordes, mientras que el eritema pelagroso es de un color moreno-oscuro y termina por una descamación oscura; sus bordes son difusos y no tienen margen, como sucede con los eritemas reumáticos.

Terminado el diagnóstico entre la pelagra y las afecciones constitucionales, veamos si cada una de sus manifestaciones puede confundirse con otras padecimientos; y hay que advertir, que precisamente con los padecimientos nerviosos es con los que más se puede confundir la pelagra. Empecemos, sin embargo, por el diagnóstico de las afecciones cutáneas con que puede confundirse: con la erisipela, el pémfigo, la que-



madura, el psoriasis y el pitiriasis, y algunos han creído que también con el icteris. El *eczema rubrum* puede en algunas ocasiones simular también la pelagra; y, finalmente, el eritema solar, producido por la acción directa del sol, es el que en todas épocas se ha confundido con él.

Empecemos por éste, señores. El eritema solar se diferencia del eritema pelagroso: primero, porque generalmente se presenta cuando el sol tiene toda su intensidad, es decir, en el verano; mientras que el eritema pelagroso se cura en el verano, porque se ha presentado en primavera, cuando el sol todavía no tiene una gran fuerza. Esto indica ya que se necesita para que el sol produzca este eritema en la pelagra una acción especial, y en el sujeto una disposición especial también. Pero además tiene el eritema solar su carácter negativo diferencial: la ausencia completa de lo que se ha llamado cicatriz pelagrosa; el eritema solar desaparece también por descamación, y descamación algo parecida á la de la pelagra, pero no deja señal ni cicatriz. Además, el eritema solar puede ir acompañado de los síntomas propios de la insolación, fenómenos agudos y febriles algo parecidos á un amago de meningitis, ó de una verdadera encefalitis; pero todo se presenta de una manera brusca, rápida, sin ese curso crónico, intermitente y primaveral de las afecciones cutáneas de índole pelagrosa.

La quemadura es fácil conocerla, porque raras veces se limita á producir los efectos del eritema pelagroso; ó es menor ó mayor; puede dejar una cicatriz parecida, pero es muy raro que una quemadura ocupe precisamente el dorso de ambas manos; puede, por una casualidad, ocupar una, y además, la causa debe ser conocida por el mismo enfermo, que es la dirá.

La erisipela cuando da lugar á ampollas, simula la descamación consiguiente á la pelagra; pero la erisipela va siempre acompañada de fiebre, sobre todo cuando ya ocupa una extensión tan grande como el dorso de ambas manos, en donde se supone limitada, para que pueda confundirse con esa afección. Hay además intenso dolor en la erupción, que no existe en la pelagra, y al terminar, no toma su descamación el color moreno ó negruzco de la pelagrosa. La erisipela puede presentarse en cualquier época del año, sin necesidad de esperar el mes de Mayo, Abril ó Febrero, en que precisamente se desarrolla el eritema pelagroso; así es, que si veis una erupción eritematosa en la época de invierno, podéis poner en duda si será alguna de las afecciones cutáneas de que estamos ocupándonos en las lecciones todas de este curso, pero no será pelagrosa con seguridad.

Un *eczema* crónico de forma rubra ocupando el dorso de las manos podría dar lugar á confusión; pero además de que es una enfermedad exudativa, como sabéis, va acompañada de picazón intensísima, y sobre todo, es muy fácil que se extienda y que se presente principalmente en los sobacos, en

las ingles y en los pechos; no terminará además por esa descamación ancha y morruncosa de la pelagra, termina si acaso por una ligera descamación de un color blancuzco.

El pitiriasis agudo localizado en el dorso de las manos, también pudiera simular una pelagra; pero la picazón, la descamación furfurácea y el infarto cutáneo que siempre habrá, sobre todo en estos sitios en donde el enfermo se frotó mucho, bastaría á diferenciarlas, si ya no tuviésemos otros caracteres como la ausencia de cicatrices ó de señales en el pitiriasis simétrico que siempre es herpético.

Finalmente: el psoriasis y el icteris pueden, en casos sumamente raros, simular una pelagra, diferenciándose de ella por su curso crónico, pero continuo, por los efectos de su tratamiento especial, porque el primero sale en invierno ó verano, nunca en primavera, y el segundo es congénito, y porque su descamación es blanca y nacarada.

*Diagnóstico entre la pelagra que no tiene eritema y las afecciones del tubo digestivo que con ella pudieran confundirse.*

Una de ellas es la disenteria; otra la diarrea catarral; otra es ó puede ser el reblandecimiento de la túnica mucosa del intestino. Pero la disenteria es aguda, y va casi siempre acompañada de fiebre; da lugar á dolores y dolores intestinales que no existen en la pelagra, ni en su primera ni en su segunda época; da lugar, en fin, á una diarrea sanguinolenta perfectamente característica que puede hacerse crónica y esto sucede cuando no hay tratamiento ó se hace uso de un mal tratamiento y no se presenta en las primaveras; la época en que aparece es en los veranos. La diarrea catarral leve, de forma más ó menos aguda, no puede confundirse con la pelagra por su rápida y espontánea curación, y la forma crónica puede decirse de ella que debe crecer ó decrecer según cuales sean las alteraciones de la membrana mucosa intestinal que la producen, debiendo hacerse el diagnóstico con ellas y no con el síntoma que provocan. En cuanto al reblandecimiento de la membrana mucosa, siempre tendrá como carácter diferencial de la pelagra el que sus diarreas consecutivas se presentan con un curso continuo, mientras que las diarreas de la pelagra en su primer periodo son intermitentes, desapareciendo al entrar el verano, precisamente cuando las diarreas por reblandecimiento intestinal se empeoran; faltan además los síntomas nerviosos que acompañan á la pelagra, faltan esos vértigos al andar, falta la locura, falta la hiperemia cerebral crónica.

Pero si hasta aquí el diagnóstico ha podido ser fácil, al entrar en la cuestión de las enfermedades de los centros nerviosos el diagnóstico ha de ser algún tanto difícil; es preciso apelar siempre á esa triada, que así se ha llamado, característica de la pelagra, para hacer el diagnóstico fácil, con

tanto mayor motivo, cuanto que produce lesiones parecidas y análogas si no idénticas á estas enfermedades locales descritas y enumeradas en los libros que tratan de las enfermedades de los centros nerviosos. La pelagra ha sido confundida por algunos con el reblandecimiento cerebral.

El reblandecimiento cerebral empieza generalmente por unos síntomas parecidos á los que siguen á la apoplejía después que se ha mejorado la parálisis á que da lugar: esta enfermedad principia por la debilidad de inteligencia, por alguna pérdida de la memoria, por alguna dificultad en pronunciar aunque se acuerde de las frases, y viene por último la verdadera apoplejía ó sea un nuevo ataque á terminar el padecimiento. Esta se presenta de pronto; y no se presenta después de algunos años de padecer eritemas ó afecciones del tubo digestivo, sino en una edad especial, cuando pasa el hombre de los cuarenta ó cincuenta años, y sin la historia morbosa previa de enfermedades del tubo digestivo.

Pudiera también confundirse la pelagra con un reblandecimiento más ó menos difuso ó saltado de la médula espinal, pero en estos casos se presenta la parálisis generalmente de una manera completa, si no en todas las extremidades, al menos en gran parte de ellas. La ataxia locomotriz es una enfermedad que se cree dependiente en la mayoría de los casos de la esclerosis de los cordones posteriores de la médula y pudiera confundirse con la pelagra, pero en ella la inteligencia está clara, está perfecta, los fenómenos digestivos son cumplidos también normalmente; puede venir, andando el tiempo, alguna parálisis de los esfínteres, causa de diarreas, pero generalmente persiste durante muchos años con la vida intelectual y nutritiva perfectas.

De manera que es fácil diagnosticar la pelagra de la ataxia locomotriz por el estado intelectual del sujeto, por el estado normal del tubo digestivo y por la falta del eritema.

La parálisis agitante que consiste, como sabeis, en un movimiento convulsivo general del cuerpo que se aumenta después de iniciado por una aceleración creciente hasta el punto de que el enfermo tiene que ser detenido ó tiene que caerse al tropezar con un obstáculo, se diferencia precisamente por este síntoma de la pelagra, puesto que los movimientos en los pelagrosos no son acelerados; cuando el pelagroso se ve acometido del vértigo especial y se cae, se cae á un lado sin aceleración, y hasta á veces sin advertirlo ni tener conocimiento de que se cae mientras que el que padece la parálisis agitante tiene conocimiento de lo que le pasa, pero no puede evitar esta aceleración ni la caída.

Hay algunas esclerosis ó atrofas de la médula en sus cordones anteriores ó laterales que pudieran confundirse con la pelagra; pero en todas ellas generalmente, y además de las parálisis completas que determinan, hay un síntoma diferencial de bastante importancia, que son los dolores que se presentan en las extremidades inferiores, dolores á veces suma-

mente intensos; y en todos estos casos, como la afección está limitada á la médula, el cerebro está perfecto; por tanto, no existen vértigos, y no existe ni existirá nunca locura pelagrosa.

Algunas otras afecciones de la médula espinal pudieran confundirse con la pelagra: algunas otras afecciones de los nervios, la misma parálisis general progresiva pudiera con ella confundirse; pero no olvideis, señores, para su diagnóstico; primero, la triada-pelagrosa, y segundo, el estado intelectual perfecto que acompaña á todas estas lesiones del sistema nervioso.

¿Y las locuras? ¿La lipemania, sobre todo, cuando hay tendencia al suicidio, la lipemania con miedo, el *delirio de la persecucion*, como se ha llamado, no pudiera confundirse perfectamente con la pelagra, sobre todo si habia alguno de esos eritemas que se han solido presentar durante el curso de estas afecciones en los establecimientos de enajenados del extranjero? Puede haber una regla para distinguirlas, señores: una vez conocida la causa de que nos ocupamos en otra conferencia, una vez conocida la causa de esta enfermedad y la alimentacion que el sujeto ha tenido, si ha comido sustancias azoadas, ha sido bien nutrido y alimentado, seguramente no es pelagrosa la enfermedad; si el sujeto ha estado mal alimentado, y sobre todo, si ha sido deficiente su alimentacion en principios azoados, puede ser la locura pelagrosa. Pero además hay signos especiales de la locura pelagrosa que pueden diferenciarla de esa otra locura idiopática: no es la locura pelagrosa como esas lipemancias que se presentan de una manera primitiva, sin alteracion de la sangre; ese estado de estupidez como el de los borrachos, en que veis á los pobres pelagrosos mucho ántes de que venga la locura, esa risa tonta que se ve en ellos, no se presenta en ninguna de las lipemancias por lesion local del cerebro. Hay más todavía; al cabo de tiempo, este estado tranquilo de lipemaniaco idiopático se empeora y la locura adquiere tendencia á la acometividad: la locura pelagrosa se hace acometiva sólo cuando se expone al sujeto á un sol directo, mientras que todas esas lipemancias locales ó de causa local por cualquier motivo pueden hacerse agresivas.

Mejor que yo puede daros indicaciones sobre este asunto el Doctor Esquerdo y algunos otros profesores de España dedicados á la difícil especialidad de las enfermedades mentales; dispensadme, por lo tanto, el que no éntre en mayores detalles.

He hablado incidentalmente de la borrachera y debo decir dos palabras de su diagnóstico, así como del de la locura alcohólica crónica.

El borracho se parece mucho en su modo de andar al pelagroso, y se parece más en su estado intelectual. Esta locura especial de los pelagrosos, como acabo de decir hace un momento, tiene puntos de analogía con la verdadera borrachera;



pero si observais á un borracho vereis que esa vacilacion propia de su andar, no termina cayendo siempre á un lado, sino que anda haciendo eses; de manera que sólo en el modo de andar, cuando se fija bien la atencion, se puede diferenciar un borracho de un pelagroso: pero en el alcoholismo crónico ya es otra cosa, ya puede haber entre él y la pelagra algunos más motivos de confusion. El alcoholismo crónico determina generalmente el *delirium tremens*, ese estado de alteracion intelectual con temblor general coincidente; pero esta afeccion es continua; no va acompañada de eritema en las manos, si acaso la acompaña el eritema *acutico*

característico, en la cara, que se llama *couperouse* ó caparrosa. Generalmente vereis que padece el tubo digestivo, que pueden presentarse diarreas crónicas y demacracion consiguiente; pero la verdad es que su sintomatología no se parece en nada á la sintomatología del tubo digestivo en la pelagra.

Es algo tarde; nos hemos detenido demasiado en la enfermedad y no podría acabar hoy el pronóstico y tratamiento de la enfermedad que nos ocupa; lo haremos por lo tanto el día inmediato.

He dicho.

## LECCION UNDÉCIMA.

Del pronóstico de la pelagra. — Del tratamiento de la pelagra. — De la etiología de la pelagra. — Condiciones individuales. — Contagio? — Herencia. — Condiciones exteriores. — Sol. — Sus rayos químicos. — Alimentación. — En ella está la verdadera causa. — Del sérum y de los sueros. — Vegetales parásitos del maíz. — Descripción y sinonimia del *sporisium maidis*, *verdet*, ó *verdame*. — Experimentos de Balerini para probar que el *verdet* es la causa de la pelagra. — Experimentos en contra de Calmarz. — Pelagra sin maíz. — Opiniones de Costall y otros acerca de la pelagra por la caries del trigo. — Su refutación. — Profilaxis de la pelagra considerando la dependencia de la alimentación insuficientemente azuada.

### SEÑORES:

Una vez hecho el diagnóstico entre la pelagra y las diversas enfermedades que pueden confundirse con ella, entre cada una de sus manifestaciones y los males ó afecciones también que con ellas pueden confundirse, diagnosticada en cada uno de sus periodos, conocido, en fin, el curso del padecimiento, el pronóstico es sumamente fácil de comprender y de hacer, para el que se dedica á estudios clínicos con alguna aplicación.

El pronóstico de la pelagra debe hacerse en cada uno de sus periodos; debe hacerse también para cada una de sus manifestaciones.

La enfermedad en sí es grave, tan grave que en la mayoría de los casos es incurable, no solamente por las lesiones que determina, sino porque desgraciadamente es muy difícil, por las condiciones de los enfermos en que recae, que éstos puedan ponerse en cura, y en cura formal.

De todos modos, aun suponiendo que podamos cambiar por completo el modo de ser, el modo de vivir de estos enfermos después del tratamiento que se les imponga, aun suponiendo esto, que es mucho suponer, sólo es curable la enfermedad, sólo podemos pronosticar bien en el primero y segundo periodo de la misma; pero cuando ha pasado ya al tercero y al cuarto periodo, la pelagra es completamente incurable y mortal.

A poco que recordéis las lesiones histológicas que se verifican en ella, comprendéis que así debe ser. En el primer periodo puede decirse que la afección está ó debe estar limi-

tada á las lesiones cutáneas, y á ligeras lesiones en el tubo digestivo y en el sistema nervioso, afecciones más que nada hiperémicas ó congestivas. Por esto el primer periodo de la pelagra es leve, si podemos separar al enfermo de las condiciones, de las circunstancias, del género de vida que ha dado margen á la enfermedad; pero cuando ya en la pelagra se llega á fines del segundo periodo ó á principios del tercero, cuando sobrevienen las lesiones del sistema nervioso, la degeneración gránulo-grasienta de las fibras musculares del intestino, la degeneración gránulo-grasienta también de los exudados y neoformaciones celulares que se verifican entre las fibras y células nerviosas, entonces, casi puede decirse que es imposible la resolución, que es imposible la curación del mal, aunque el enfermo se ponga en las mejores condiciones, aunque se le separe de la causa que ha determinado el padecimiento, porque la esclerosis y la atrofia consecutiva del cerebro y de la médula no se curan.

El pronóstico y la duración de cada uno de las lesiones que acompañan á la pelagra deben también conocerse, é interesan mucho para poder dar cuenta á los enfermos y á sus familias del curso que ha de llevar el padecimiento.

El eritema pelagroso es leve en sí, puesto que no determina lesión grave en la piel, porque desaparece, como sabéis, entre la cuarta y la quinta semana de una manera espontánea y porque persiguiendo con un tratamiento conveniente el curso de la enfermedad, se consigue hacer terminar este



eritema en dos ó en tres semanas dejando muchas ménos señales, muchas ménos cicatrices.

La diarrea que acompaña en todos sus períodos á la enfermedad, puede considerarse como leve en su primer período, por poderse mejorar y modificar á consecuencia de un tratamiento conveniente; pero cuando ya viene la diarrea serosa á presentarse, cuando ya se hace diarrea colicoativa, cuando ya es dependiente del reblandecimiento de la mucosa intestinal, y de esa degeneración gránulo-grasienta de la tónica muscular que rodea los intestinos, entónces esta diarrea incoercible, que ya no avisa, dependiente de la lesión pelagrosa referida, y causa de la demacración y denutrición completa del enfermo, y del marasmo que le acompaña hasta el sepulcro, es tanto más grave cuanto más avanzada está la enfermedad en sus períodos.

Respecto al pronóstico de la locura puede decirse algo también que le diferencie del pronóstico de las demás locuras. En estas locuras de forma intermitente casi siempre, la incurabilidad es la regla, la curabilidad es la excepcion, mientras que en la locura que acompaña á la pelagra lo comun es el *statu quo*; y este *statu quo* conseguido por el tratamiento fácilmente puede llamarse cuasi curación de la enfermedad, porque conseguimos detener la pelagra en estos síntomas ó fenómenos especiales, sin que pase más adelante: tal nos ocurre, por ejemplo, con el infeliz torero que tenemos arriba, en el cual si no podemos dar la pelagra como completamente extinguida, podemos sin embargo decir, que todos los fenómenos del período paralítico, están en suspenso, y que no se han presentado nuevamente los fenómenos del segundo y del tercer período, pero nunca diremos que desaparecerá esa especie de estado de imbecilidad, de locura pelagrosa, que acompañará á este sujeto mientras viva.

Así, pues, la locura pelagrosa, aunque la pelagra desaparezca y se cure, que es muy raro, persistirá y persistirá durante lo que reste de la vida del enfermo. Lo mismo podemos decir de las paraplegias ó parálisis que acompañan á esta enfermedad. Sabéis que por mucho que dure la pelagra ó la vida del enfermo pelagroso, las parálisis no se hacen nunca completas, y éste es un signo diferencial entre ellas y las demás afecciones paralíticas dependientes de otra causa ó de otra naturaleza; pero sucede lo mismo que en la locura: aun suponiendo que la pelagra se detenga en su evolución ó en su curso, la parálisis dependiente de ella se estaciona, queda en un *statu quo* que dura tanto como la vida del sujeto. Conviene que sepáis estos datos de duración de esta afección pelagrosa para que al pronosticar podáis decir á la familia: «Curará de la pelagra tal vez; pero esta lesión paralítica ó intelectual permanecerá durante toda su vida.»

Entremos ya en el estudio del tratamiento de esta enfermedad.

El tratamiento de la pelagra ha variado en las épocas di-

versas en que se ha tratado de esta enfermedad, segun las ideas filosóficas que dominaban en la ciencia. Así, por ejemplo, cuando en el siglo pasado se consideraba la pelagra como una modificación de la lepra ó del escorbuto, ó como una mezcla de lepra y escorbuto, segun creía Casal, se dieron los antiescórbuticos; más adelante, cuando dominó en la ciencia la escuela de Broussais, se hicieron amplias sangrías y gran número de aplicaciones de sanguijuelas á estos ya por sí debilitados enfermos; faltaban los evacuantes, y ya en la época siguiente se trató esta enfermedad con ellos...

Todas las sustancias antiescórbuticas que administraba Casal no daban ningun resultado ni lo han dado despues; es decir, no contenían la evolución de este padecimiento: si se administraban cuando llegaba el verano, ó lo que es lo mismo, cuando decrecía el brote de la pelagra, parecía como que curaba el enfermo; pero habiendo comprendido despues á fuerza de ver un número infinito de enfermos que de una manera espontánea también se calmaban todos los síntomas de esta enfermedad al llegar el verano, claro es que el mismo Casal ya, y los médicos que le seguían en este método de tratar los pelagrosos, comprendieron que el efecto de los antiescórbuticos era nulo ó casi nulo.

En la época de Broussais, y sobre todo de sus discípulos, que exageraron más que él el dominio de la gastritis, se consideró á la pelagra como una gastro-enteritis y se empezó por hacer contra ella grandes evacuaciones sanguíneas generales; pero dieron tan malos resultados que se morían los enfermos á la segunda y á veces á la primera sangría. Esto obligó á los heussistas mismos á suspender el tratamiento de los antiflogísticos; pero no disminuyeron su celo por su método curativo y sustituyeron los antiflogísticos generales por los locales. Hay ocasiones en que estos remedios suelen dar alguna utilidad, como, por ejemplo, cuando viene un brote de pelagra aguda. Cuando llega esta forma aguda de la pelagra á presentarse y el eritema pelagroso va acompañado de grandes trastornos febriles, cosa que no es muy comun, pero que ocurre, complicándose con fenómenos cerebrales muy marcados y delirios feroces, una evacuación sanguínea local en la márgen del ano ó detrás de las orejas suele favorecer el desarrollo normal de la dolencia, es decir, la desaparición de la forma maligna aguda de la enfermedad, convirtiéndola en la forma comun, en la forma tipo.

Pero salvo estos casos, la verdad es que las aplicaciones de sanguijuelas dan casi siempre malísimos resultados. He tenido ocasión de observar esto haciendo algunas aplicaciones de sanguijuelas en la region epigástrica para ver de combatir algunos estados de gastritis aguda evidente que parece que sobrevienen en el curso de la pelagra, acompañada de fiebre y de grandes vómitos, y aunque la fiebre desaparece notablemente para seguir el curso normal inefrtil la enfermedad, ello es que los enfermos se agravan de una manera notable, viniendo de

una manera brusca y repentina los fenómenos nerviosos y sobre todo el delirio. De manera que me he abstenido desde aquella primera época de hacer algunas aplicaciones de sanguijuelas, temiendo que aunque se mejorase el estado gástrico se empeorase y mucho el estado del sistema nervioso.

Se han experimentado infinitas clases de remedios contra esta enfermedad. El Sr. D. Serapio Escolar, médico muy distinguido que fué del Hospital general, muy aficionado al estudio de la pelagra, hasta el punto que hacía ingresar en sus salas á la mayor parte de los pelagrosos que entraban en el Hospital de Madrid, ensayó á su juicio con muy buen éxito el yoduro de azufre tomado á dosis muy crecientes, empezando por un grano y siguiendo aumentando la dosis hasta tres y cuatro granos por día; según él, desaparece el eritema muy pronto y se mejora mucho el estado general del sujeto. Pero no olvidemos, señores, que estos enfermos mejoran á la llegada del verano espontáneamente, y que si entonces no tienen afecciones parálíticas ó afecciones cerebrales de importancia, piden el alta y se marchan, sin saber despues el médico de la sala que les ha asistido cuál es el curso ulterior del padecimiento: yo de mí sé decirlos que he dado en muchas ocasiones el yoduro de azufre, que los enfermos se han marchado, y al año siguiente alguno ha habido que ha dado la casualidad de tener que volver con el brote nuevo del eritema y los fenómenos internos exacerbados. De manera que no he visto ningún resultado positivo en este tratamiento.

He administrado tambien los arsenicales, y conmigo lo han hecho algunos otros profesores del Hospital general de Madrid; no hace muchos días el Sr. D. Félix García Caballero me ha dicho que tiene en su sala un caso muy notable de pelagra, en el cual el uso de los arsenicales habia dado un resultado sorprendente; pero se trata de una pelagra que tiene de original el haber dado lugar á ulceraciones, caso bastante raro que me indica que probablemente se trata de una forma mixta, ulceraciones con gangrena en los brazos, con pérdida de huesos, y todo ello, según mi distinguido colega, habia desaparecido merced al uso interior de los arsenicales. Digo lo mismo de este remedio que lo que he dicho del yoduro de azufre; no confío en que sea una desaparición completa del mal, y creo que este enfermo al año siguiente volverá al Hospital general ó á otra parte con el padecimiento exacerbado. Ninguna clase de remedios farmacéuticos ha dado resultado en el tratamiento de esta enfermedad: veamos, señores, si los han dado algunos otros recursos que no se pueden llamar farmacéuticos.

Desde Casal, y sobre todo desde Strambio, se llama cura balnearia de la pelagra al tratamiento por el uso repetido de los baños generales y de las aguas minerales. Esta cura balnearia consiste, si se puede coger al enfermo en el momento de la aparición de los primeros síntomas, en hacerle tomar un baño diario ó en días alternos con agua templada, y si no

hay posibilidad por las condiciones de pobreza de los pueblos en que existe dominante este padecimiento, hacerlos bañar en el río si le hay, y si no en tinas de agua fría.

Generalmente los pelagrosos en su primer período notan un alivio marcado con este tratamiento: insistiendo en él largo tiempo, dándosele todo lo que resta de verano, modificando el género de vida ó de alimentación de estos sujetos se consigue en la mayoría de los casos con la cura balnearia y con el cambio de la alimentación que estos enfermos se curen.

Pero no solamente es útil la cura balnearia en el primer período del mal; es útil en todos los demás períodos y muy principalmente en el segundo y en el tercero. Yo acostumbro á dar baños en diferentes épocas del año, aunque sea en el invierno, á todos los pelagrosos, dejándoles descansar largas temporadas, pero dándoles tambien largas temporadas alternantes, ya un día si y otro no, ya cada dos ó tres días, baños simples y emolientes. Con esto se mejora generalmente el estado del tubo digestivo y se despeja la inteligencia del enfermo.

Recordaréis que al hablar de las alteraciones de los humores os dije que era un dato curioso que la acidez de la saliva se convertía inmediatamente en alcalinidad, y se modificaba por completo con el uso de los baños generales; pues bien, tambien se modifica el estado del tubo gastro-intestinal, puesto que vemos abrirse el apetito que generalmente no existe en esta clase de enfermos, y hacerse mucho mejor la digestion, aun de aquellas sustancias que ántes aborrecian.

Creyeron muchos, vista la utilidad de la cura balnearia simple, que sería mucho mejor el uso de los baños con las aguas minerales, ya sulfurosas, ya alcalinas, ya cloruradas, y desde entónces está muy en boga en la mayor parte de las regiones de Europa en que reina esta enfermedad mandar á los pelagrosos á los baños sulfurosos ó termales más próximos; así es que en Aragon los mandan á Paracuellos de Giloca, en donde abundan los pelagrosos en casi todas las temporadas balnearias; en Asturias y Galicia les mandan á las diversas Caldas que allí existen, y en Italia y Francia les mandan tambien á los baños sulfurosos ó minerales más próximos. En los establecimientos balnearios en que los dueños deben darles gratis los baños y el Ayuntamiento se obliga á darles alimento, considerando que estos enfermos son muy pobres, se ve un gran alivio en la enfermedad; pero si los pobres pelagrosos tienen que continuar con su método de alimentación, atendidos á sus propios recursos, no les mejoran porque no pueden mejorarlos; pues como vereis más adelante, la causa íntima de la pelagra no puede curarse con los baños, sino con la alimentación, y no habiendo alimentación, no pueden hacer los baños más que templar el sistema nervioso, y á la postre debilitar más al enfermo. Sea esto dicho, como resumen de la utilidad de los baños: utilísimos cuando se les



puede dar á los enfermos una alimentacion suficiente, perjudiciales ó inútiles si no se les dan estos alimentos suficientes.

Pero hay una cura sistemática que es la que generalmente se emplea ó se ha empleado contra esta enfermedad cuando se ha ignorado la causa del padecimiento. Así es que algunos pelagristas, considerando á este padecimiento en su principio como una dispepsia, han aconsejado, y entre ellos están Lu-sana y Frua, que se les dé en toda comida algo de pepsina. Y efectivamente, señores, la pepsina les ayuda á digerir: lo que les falta es que tengan en su pobreza qué digerir; pero dándoles alimento y dándoles pepsina, efectivamente se ayuda y favorece su digestion y su nutricion.

Otros, considerando esta afeccion como eminentemente nerviosa, han creido que su tratamiento debiera consistir en la hidroterapia y en la electricidad, remedios que son indudablemente muy útiles en el segundo y tercer periodo de la pelagra, pero que tampoco tienen utilidad cuando falta el remedio principal de que hablaremos más adelante. Con efecto, señores, aunque se trate la pelagra con la electricidad, ó lo que es lo mismo, aunque se traten los fenómenos paralíticos que acompañan á la pelagra con la electricidad, de lo cual tenemos algun ejemplo en nuestra vida práctica, los resultados que se obtienen son escasísimos, y son nulos, completamente nulos si no se pone al sujeto en condiciones reparadoras, si no se le cambia de una alimentacion mala que tiene á una alimentacion buena.

Lo mismo digo de la hidroterapia: de alguna utilidad, aunque no mucha en el tratamiento de la parálisis y locura pelagrosa, no tiene tanto efecto si sigue el enfermo sujeto á las malas condiciones higiénicas, como suele acontecer en los pueblos en que los enfermos tienen que mantenerse de lo que buennamente ellos pueden agenciarse.

El método que se debe seguir para tratar un pelagroso debe ser el siguiente: primero, si está en un hospital hacerle alimentar con sustancias animales de una manera casi exclusiva, mezclar esta alimentacion con la leche y con el vino, ayudado todo esto con los baños generales templados, y no darle ninguna clase de remedio. Si el sujeto está en un pueblo, y en un pueblo con las malas condiciones que han causado su enfermedad, es preciso, lo primero, buscarle medios de que la cambie, ya haciéndole ingresar en un hospital, ya haciendo de manera que vaya á ser criado, por ejemplo, de un rico que le pueda hacer comer mejor, ya en fin, buscándole medios alimenticios reparadores de que carece, y despues de usar todo esto, ya dije en la conferencia anterior, me parece, que se habian visto cambiar por completo las condiciones de varios pelagrosos. En ocasiones se consigue lo mismo haciéndoles cambiar tambien de modo de vivir, aunque sea miserable, haciendo, por ejemplo, que los artesanos y labradores se hagan pastores para que puedan tomar leche más á menudo.

Los pastores, por miserables que sean, y aunque no coman pan, carnes, frutas ni hortalizas en mucho tiempo, manteniéndose sólo de leche se libran de la pelagra, por las grandes cantidades de sustancias azoadas que este líquido contiene.

De esta manera se prueba además que el uso de la leche puede favorecer tambien la curacion del padecimiento. Pero cuando el mal llega á su tercer periodo ni esto basta; ya las lesiones que se han producido son tan graves, como he dicho anteriormente, que ni la alimentacion, ni todos los remedios farmacéuticos, ni la hidroterapia, ni la electricidad pueden con ellas, y los enfermos sucumben generalmente á pesar del cambio de alimentacion y condiciones sociales, á pesar de los mejores tratamientos.

Vamos, ántes de terminar, á ocuparnos algo de la etiologia de este padecimiento, y si puedo, entraré en la cuestion del zeísmo y de la lucha que ha habido entre los zeistas franceses é italianos y los pelagristas españoles, que han llevado hasta ahora, afortunadamente para nosotros, la mejor parte, adoptando la mejor hipótesis para explicar la naturaleza del mal y su profilaxis verdadera.

Hay todavía dudas en la ciencia acerca de si esta enfermedad fué antigua ó es moderna; acerca de si esta enfermedad ya se observaba en tiempo de Hipócrates, aunque no se conocia la unidad morbosa, ó si ha venido como creían los zeistas, del Nuevo al Viejo Mundo con el grano del maíz, porque desde entónces ha sido cuando se ha presentado epidémicamente esta enfermedad, primero en Asturias, despues en Italia, despues en Francia y despues en algunos otros puntos de la Escandinavia y de la Hungria.

Efectivamente; en Hipócrates ya se ven algunos pasajes en su libro *De morbis* en que habla de delirios tristes acompañados de estado anémico, de debilidad de las piernas, y aun de disenteria, pero no hay unidad morbosa; habla de esto de una manera separada, no considerándolo como dependiente todo de una sola y única causa de enfermedad. Se pasan muchísimos siglos sin oir hablar de cosas parecidas hasta el libro de Ramacini, que sabeis todos que se ocupa de las enfermedades profesionales, y seguramente en el libro de Ramacini, al ocuparse de enfermedades de los campesinos, se habla de la conocida con el nombre de maitre ó mal de padrone, con el cual se conoció más tarde en Italia.

La pelagra desgraciadamente no se describe por Ramacini con este nombre, y tenemos que llegar á Casal, como dije en nuestra primera conferencia, para encontrar una descripcion ya detallada del padecimiento. Sin embargo, Casal mismo dice que él no ha encontrado la enfermedad por vez primera en Asturias, pues era conocida de antiguo; que él la describe, sí, por vez primera, pero que allí ya existia y reinaba la enfermedad, aunque no sabia decir desde cuándo; conservándose en Asturias y en Galicia por tradicion la idea de la antigüedad de este padecimiento.

Considerando nosotros casi como evidente la causa de este mal, deducimos también por ella, de una manera muy clara, que esta enfermedad ha debido ser tan antigua como la miseria, tan antigua como el mundo, como la alimentación insuficiente, y sobre todo, insuficientemente azoada. La verdad es que hasta que el mismo Casal la definió no se conoció en Europa; pero del no conocerse en Europa no se deduce, ni eso significa, que la enfermedad sea completamente nueva. No sabiendo, sin embargo, á qué atribuirla, viendo que se presentaba de una manera igual en Asturias y Galicia, en Lombardia, Venecia, los Landas y algunos otros sitios, quisieron buscar los pelagristas la causa de este padecimiento en las condiciones del clima y de la localidad, y ocurrió una cosa sumamente curiosa; que mientras unos atribuían el padecimiento, por ejemplo, al clima cálido y húmedo, otros lo atribuían al clima frío y seco. Las montañas, decía Strambio, dan lugar á este padecimiento: así se llama en algunos sitios de España *mal del Monte*. Mas en Aragon, por el contrario, se encuentra en las grandes vegas, precisamente en donde no hay montañas de ningún género.

Estos datos contradictorios han demostrado al cabo de algunos años que ni el clima, ni las condiciones de la localidad, ni el estar en las montañas, ni el estar en vegas, ni el que hubiese mucho sol, ni el que hiciese mucho frío, pueden dar lugar por sí solos á la pelagra. Veamos, pues, la influencia de las condiciones individuales de los sujetos.

Claro es que las condiciones individuales no pueden constituir la causa eficiente del mal, pero sí pueden constituir disposiciones especiales, ó por mejor decir, predisposiciones especiales; de aquí que se hayan llamado causas predisponentes del mal, y una de ellas, la más importante, es la edad; y digo más importante, porque durante muchos años se ha considerado á la pelagra como una enfermedad que no se presentaba jamás en la niñez, y por lo tanto, causa predisponente podía ser la edad adulta, y causa de inmunidad era en cambio la niñez.

Conforme se ha ido conociendo más este padecimiento se han visto, sin embargo, muchos casos de niños, y de niños pequeños, con esta enfermedad, y en las láminas de mi obra he tenido ocasión de retratar un caso sumamente notable de un niño de muy pocos años que se presentó en la enfermería con este padecimiento. Se ha aumentado después el número de casos observados; pero siempre, siempre es muy reducido el número de niños que padecen esta enfermedad.

Tratando de explicar esto se concibe, siguiendo nuestras ideas patogénicas, que puede depender de que el niño siempre es lo más querido que hay en las familias, y por tanto, los padres se quitan el bocado de su boca para dárselo á la criatura; pero en los hospicios, en donde esto no ocurre, se ve que lo mismo ataca la pelagra cuando la alimentación no es suficiente, al niño que al anciano, y muchos casos de pelagra que nos-

otros hemos tenido aquí, procedentes del Hospicio y de San Bernardino, recayeron no mismo en niños que en ancianos, que son los acogidos en esta clase de establecimientos en España. De todos modos, ni la ancianidad, ni la edad infantil parece que predestinan tanto como la edad adulta para este padecimiento.

El sexo: según las circunstancias de la localidad, según el género de vida que tienen la mujer y el hombre así es el uno ó el otro el más favorecido por la enfermedad: cuando la mujer es la que trabaja y el hombre el que descansa, como sucede en algunas provincias de España, la mujer es la que se ve atacada por este padecimiento; y viceversa, en las provincias donde el hombre es el que trabaja y la mujer es la que descansa, porque está generalmente entregada á sus faenas en casa, es el hombre el que más la padece, porque aunque ámbos están sujetos á esta alimentación insuficiente, es el hombre, al fin, el que está expuesto á la acción del sol, causa inicial de este padecimiento en la piel.

Nada significa el temperamento ni la constitución; la pelagra viene en los hombres gruesos, y sobre todo viene en buenas condiciones, porque no indica el estar grueso el tener más ó menos fuerza de resistencia vital; pero viene cuando la miseria llama á las puertas de su casa, ó cuando la avaricia hace el oficio de la miseria.

Una de las circunstancias principales de que debemos ocuparnos al hablar de la etiología, es la herencia, condición individual de muchísima importancia, y cuya importancia ha sido negada por algunos pelagristas españoles de reconocido mérito. Viendo que esta enfermedad reinaba de una manera endémica en varios puntos de España y de Italia; viendo que los hijos de pelagrosos eran pelagrosos, y los nietos de pelagrosos seguían siendo pelagrosos, acudió la idea de la herencia en la mente de todos los médicos, hasta que Calmarza, discutiendo esta opinión muy marcada, sobre todo en Asturias, en donde no querían casarse, según dice Valle, con ninguna que fuese hija de pelagrosa ó hijo de pelagroso niega terminantemente su existencia; Calmarza opina que no sería tanto la causa del padecimiento la herencia, como el vivir todos, padres, hijos y nietos en las mismas condiciones higiénicas y bajo el mismo régimen alimenticio; y efectivamente, esto no deja de tener fundamento; si la causa productora, prescindiendo de la herencia, es la alimentación insuficientemente azoada, claro está que estando sujeta toda una familia al mismo género de alimentación, en todos puede presentarse esta misma enfermedad; pero hay hechos que prueban que hay mucha mayor facilidad en los hijos de pelagrosos para padecer esta enfermedad que no en los que no lo son; que hasta poca falta de alimentación azoada para producir en aquéllos la pelagra, mientras que esta misma cantidad escasa de alimento no la produce en otros sujetos que no tengan lo que se ha llamado fondo pelagroso. Para la mayor parte de



los médicos de Asturias y Galicia la enfermedad es perfectamente hereditaria; para Calmarza hay sus dudas, y ya digo que son respetables; pero en lo que ya no cabe duda alguna es en que la enfermedad no es contagiosa á pesar de las pruebas que aduce y las opiniones respetables de Videmar, de Frank y de Zequinelli.

El contagio ha sido admitido en los primeros tiempos, áun por el mismo Strambio, que consideraba á un virus especial pelagroso, causante de esta enfermedad. Despues de él, se han hecho inoculaciones Fraa, Lusana y otra infinidad de autores italianos, en ellos mismos, Calmarza se ha inoculado tambien, y ha inoculado además á otras personas, en buenas condiciones de salud, las exudaciones de las ampollas que suelen presentarse en las manos, y la sangre misma de los pelagrosos, sin haber producido en el sujeto inoculado efecto alguno de ningun género, parecido á la pelagra. Por lo tanto, ya en los modernos tiempos, no se considera esta enfermedad como contagiosa, y su propagacion solamente puede depender de la herencia, ó de las condiciones de la alimentacion.

Antes de entrar en el estudio de la alimentacion, ó de las circunstancias exteriores que pueden dar lugar á esta enfermedad, diré algo acerca de una influencia que se ha considerado tambien causal, y me refiero á la influencia del sol. Ha habido autores que no admiten la pelagra sino producida por el sol, y atribuyen á la influencia de este astro, absolutamente todos los fenómenos de la enfermedad. Ya últimamente se ha probado, que sin sol puede haber pelagra, y por lo tanto, se ha considerado que este astro no puede dar lugar ó determinar más que una de las manifestaciones principales de la pelagra, que es el eritema. Es evidente la accion del sol, sobre la piel de todos los pelagrosos; es evidente que el sol de primavera produce eritemas en todos los sitios descubiertos, más comunmente en el dorso de las manos, porque siempre se llevan al descubierto, pero muy comunmente tambien en la cara, en el cuello y en los sitios, en fin, en donde presenta una falta ó rotura el vestido que deja de cubrir la piel normal. Pero ¿por qué produce el sol este eritema pelagroso? ¿Por qué lo produce en primavera, y no lo produce en verano y en invierno?

Bilod, que como sabeis, se dedicaba con especialidad á estudios sobre las afecciones mentales, más ó ménos ligadas con la pelagra, como dije en una de las conferencias anteriores; opina que en la primavera está más dispuesta la piel á recibir y sentir la impresion del sol, y que es mayor su sensibilidad, porque lleva durante el invierno largo número de meses sin recibir la impresion del astro. Pero ¿por qué quedando las manos al sol en el invierno; por qué tocándolas el sol en verano, no se produce el eritema pelagroso, y si se puede producir un eritema solar muy diferente, muy distinto, del eritema pelagroso? Para explicar ésto, se ha recurrido por

Bouchard y Charcot, despues de algunos experimentos que estaban haciendo con la electricidad, á demostrar la accion distinta sobre los cuerpos de las diversas clases de rayos, y á explicar la accion del sol en la piel pelagrosa por los rayos quimicos del mismo, y no por los rayos calóricos y luminosos. Todos sabeis, que haciendo atravesar los rayos del sol á través del espectro, se dividen presentando todos los matices del arco iris; y haciendo ellos observaciones para producir y modificar luz eléctrica, vieron que los rayos que se pueden llamar quimicos de la luz, son los que desarrollan este eritema, como á ellos se les produjo en la cara por los rayos violados de la luz eléctrica y sin la accion del sol. Los rayos calóricos acompañan generalmente al color rojo, mientras que los rayos que se llaman quimicos acompañan al violado y al azul; y haciendo experimentos estos sabios con la luz del sol, poniendo enfocados los rayos calóricos ó rojos del espectro sobre el dorso de su mano, vieron que estos rayos calóricos rojos, que indudablemente van acompañados de algunos rayos luminicos y quimicos, tardaban en producir una especie de eritema ligero, 20 minutos: focando los rayos amarillos y verdes, vieron que se producía muy fácilmente en 45 ó 47 minutos: y, focando los rayos del color azul y del color violeta, observaron la presentacion del eritema y áun de una flictena á los 42 minutos. Haciendo pasar los rayos del sol á través de una cascada que interceptase el calor, ó los rayos calóricos del mismo, dejando sólo los rayos luminicos y los quimicos, la accion se verificaba de la misma manera, es decir, que los eritemas se presentaban mucho más rápidamente con los rayos violados y azules, que con los rayos rojos, que son los que tienen más influencia calórica. De aquí dedujo Charcot, que se trataba exclusivamente de la accion de los rayos quimicos del sol, que sabeis que son los que se emplean tambien en la fotografia por medio de los cristales azules, para disolver el nitrato de plata; los rayos calóricos no descomponen el nitrato de plata, no descomponen el óxido de oro, ni el óxido de plata, mientras que los rayos quimicos, que no van acompañados de calor, descomponen perfectamente el nitrato de plata, y no solamente el nitrato de plata sino hasta el agua clorurada, haciéndola convertirse en agua y ácido clorhídrico. Perroud dice tambien que el sol en primavera tiene, como la luz eléctrica, muchos rayos quimicos, que son los que favorecen el desarrollo de las plantas y pocos calóricos. Pero, la verdad, es, señores, que áun con esta explicacion ingeniosísima de Charcot, nos queda todavia la duda, de por qué estos rayos quimicos del sol, que seguramente existen tambien en verano y en invierno, no producen el eritema pelagroso en estas épocas. Es de absoluta necesidad, creyendo que el sol es, sin embargo, el causante del eritema pelagroso, es, digo, de absoluta necesidad, admitir una disposicion especial del organismo. Será que haya en el sol más rayos quimicos en la primavera, y ménos calóricos, como dice Perroud, pero, áun así y todo,

no es posible admitir su efecto, sin tener una disposicion especial, dentro del organismo.

Respecto de cierto género de aguas y de bebidas que algunos consideraron antiguamente como importantes para la produccion de la pelagra, debo decirlos que no influyen de ninguna manera ni el agua, ni el vino, ni el género de vino más ó ménos alcohólico que se use, para producir esta enfermedad.

Entremos desde luego en la cuestion famosa del zeismo, es decir, en la de la intoxicacion, que así se ha llamado, por el maíz. Cuando publicó Balardini su primera obra en 1835, y despues de estudiada la que publicó tambien Roussel, considerando el maíz ó grano americano como causa productora de la pelagra, se dividió el campo de los pelagristas en dos bandos, unos que consideraban la pelagra como dependiente del maíz, y otros como dependiente de la alimentacion insuficiente; y los mismos del maíz se dividieron en dos bandos, unos que consideraron al maíz alterado como causa de la pelagra por ser deficiente para la alimentacion, y otros porque creyeron que habia en el maíz principios deletéreos ó venenosos, capaces por sí solos de determinar la pelagra, como el centeno con conezuelo ó ergotina, puede determinar lo que se ha llamado esclerotismo ó ergotismo. Los que opinaban por la alimentacion insuficiente, entre los cuales entraban nuestro Calmarza y los italianos Lusana y Frua, se dividieron tambien en dos bandos; unos que consideraban á la pelagra como dependiente de la alimentacion insuficiente en general y otros que la consideraban dependiente de la insuficiencia de alimentacion animal ó azoada. Estudiemos primero lo que decian los zeistas ó maizistas, y excuso decirlos que la mayoría de ellos consideraban á la enfermedad como un envenenamiento producido por un parásito vegetal que se desarrollaba en el maíz.

En el maíz, como en otros cereales, se han admitido varias enfermedades parasitarias; una de ellas es el carbon, que se llama así en algunos puntos de Aragon, producido por el *uredo maidis* de Decandolle; otra es la que se llama en Colombia pelodero por determinar una enfermedad en el hombre, segun Roulin, profesor de Colombia, que se llama pelatina, y producida por otro vegetal parásito que se denomina *sclerotium zeinum*, análogo al conezuelo de centeno; otra es la acrolinia, segun Costallat, producida por otro vegetal llamado *sporisorium cereale*; y finalmente la enfermedad Prunelle en Egipto, dependiente de otro parásito denominado *sporisorium sorghi*. Pero ninguna de estas enfermedades parasitarias del maíz y de otros cereales era la que determinaba la pelagra; segun Roussel, y despues Costallat, el parásito vegetal que implantándose en el maíz lo destruye y determina la pelagra en el hombre, es el *sporisorium maidis*, que ha tenido diversas denominaciones en la ciencia. Cesati le llama de esta manera: *sporisorium maidis*; Leveillé dice que es un

*penicillium pernitiosum*; Tulasne le llama *ustilago carbo*; Linneo le denomina *reticularia ustilago*; y de una manera vulgar se ha conocido en Francia con el nombre de *verdete*; se ha conocido en Italia con el nombre de *verderame*, y en España con el nombre de cardenillo ó moho del maíz. El cardenillo ó moho del maíz, el *verdete*, como dicen los franceses, es un parásito vegetal que se presenta en el maíz cuando se corta ántes de estar bien maduro, y se golpea: entónces se presenta entre la cutícula externa y el grano mismo, absorbe poco á poco la sustancia libre del grano, la destruye, y llega por fin el grano á estar casi constituido por este parásito vegetal y la cutícula externa, de modo que la mayor parte de la sustancia alible ó alimenticia ha desaparecido comida, digámoslo así, ó absorbida por este parásito vegetal.

El *sporisorium maidis* es una planta macedinea, compuesta de esporos, lo mismo que los esporos de las que producen las tiñas, de un color ligeramente amarillito, redondeados, de un tamaño tan pequeño que es lo mismo que el del triophyton de la tiña tonsurante, de 5 á 6 milésimas de milímetro, de manera que segun la opinion de Costallat, en un milímetro cuadrado puede haber hasta ocho millones de estos esporos contenidos. Tiene la particularidad esta planta parásita de desarrollarse de una manera tan rápida á un calor suave de 13 ó 14 grados, que dicen estos autores que en veinticuatro horas los esporos se hacen abuelos; de manera que su desarrollo es sumamente considerable, engendrando una infinidad de nuevos esporos en el corto espacio de veinticuatro horas. Pudeis por sólo este dato figuraros lo que esto puede destruir la sustancia alible del maíz ó del cereal en que se implanta.

Lusana y Frua, y Balardini, empezaron á hacer experimentos directos con el *verdete* ó *verderame*, para demostrar si esta sustancia era ó no la que producía la pelagra, prescindiendo ya del argumento de la existencia de la pelagra endémica en los sitios en que se comía maíz, ó polenta, ó gachas, que así se llama en Asturias á la mezcla de maíz y agua, con que se alimentan los campesinos, y empezaron á hacer ensayos en los animales, para producir de una manera artificial este padecimiento. Empezó Balardini sus ensayos comparativos en pollos, dando, por ejemplo, á unos una cantidad en volumen, igual á la que habia de dar á otros, pero de maíz adulterado, mientras que á éstos se lo daba de maíz sano, y vió, que mientras que el que comía maíz sano seguía bueno, en buenas condiciones, aunque sin engordar, el que comía el maíz adulterado empezaba á enfaquecer, y no sólo enfaquecía sino que presentaba algun fenómeno parecido á los que determina la pelagra en el hombre, pues el pollo alimentado con este maíz averiado ó emohocado, empezaba á cojear, á caerse, y levantarse con dificultad, á tener un estado parecido á esa vacilacion que se presenta en los pelagrosos. A los quince dias de este experimento, cuando faltaba poco para morirle aquel pollo alimentado con el maíz emohocado, cambiaba



las cosas, le daba maíz bueno, y á aquél que había estado comiéndose el maíz bueno anteriormente, le ponía á comer el maíz malo ó averiado, y observó que se reponía el que había estado comiendo maíz averiado, y el otro empezaba á presentar absolutamente los mismos síntomas que su compañero. Bastó este experimento á Balardini para decir que aquellos pollos tenían ya la pelagra, y por lo tanto que era cosa averiguada que se presentaba esta enfermedad en los animales de la misma manera que en el hombre, á consecuencia del envenenamiento por el verdele, por el maíz, ó por el verdereame.

Lusana y Frua hicieron una disolución de un gramo del verdele en agua y la inyectaron en las venas de algunos animales, los cuales fallecieron á los pocos minutos, después de vértigos y de convulsiones repetidas: hecha la autopsia de estos animales, en casi todos ellos se encontraron coágulos en diferentes puntos de las arterias; masas de la sustancia inyectada que se habían depositado en diferentes puntos de los vasos arteriales, congestiones en diferentes vísceras, casi irreversibles, puesto que indicaban, no lo que creyeron los experimentadores, deseosos de encontrar lesiones especiales de la sustancia, para ellos, tóxica, sino embolias, estados embólicos, apoplejías más ó ménos fulminantes producidas por estas embolias, determinadas por la ingestión de un cuerpo extraño y sólido en el torrente circulatorio.

Calmarza hizo experimentos en oposición á los de Balardini, para probarle que los experimentos que él había hecho con pollos no significaban más sino que estos animales no habían comido nada, no habían comido más, digámoslo así, que la escoria del grano, y por lo tanto, que lo que tenían era un hambre crónica. Efectivamente, después de haber pesado diferentes cantidades de sustancia de maíz averiado y otras cantidades iguales de maíz sano, observó que el averiado tenía igual volumen que el sano, pero que pesaba la cuarta parte, lo que indicaba que el vegetal parásito había destruido las tres cuartas partes de la sustancia alible del grano, y por lo tanto, que para que el experimento fuera útil, era preciso dar á los pollos en que se experimentase, igual cantidad en peso de maíz averiado y del sano; no igual cantidad en volumen, como había hecho Balardini. Esto, además de ser justo y lógico, tenía otra ventaja, y era que, dando cuatro veces más cantidad de maíz en volumen de averiado, si el vegetal parásito, causa de la avería, fuese venenoso, mataría mucho más pronto los pollos que lo comiesen. Haciendo de este modo el experimento de Balardini, resultó que lo mismo vivieron los pollos que comían el sano que los que comían el enfermo, sin que ninguno muriera, ni presentase síntomas pelagrosos, ni hubiese diferencias en su peso relativo. Páreceme la prueba concluyente.

Respecto á la inyección en las venas de ciertas sustancias, en oposición á los experimentos de Lusana y Frua hizo inyecciones también con pasta de garbanzos y con pasta de otras

sustancias, y determinó los mismos, absolutamente los mismos fenómenos que habían determinado los profesores citados, muriendo los perros á consecuencia de las embolias y sus consecuencias.

Restaba, señores, para confundir á Balardini y á Roussel el que se presentase la pelagra en países en que no se comiera maíz; y como esto ha ocurrido precisamente en España, no había necesidad de todas estas discusiones y de todos estos experimentos. Se informó á los franceses y á los italianos de que en diferentes puntos de España no se comía maíz nunca, y sin embargo había pelagra, bien caracterizada, y esto que quitaba de raíz á las opiniones de Roussel y á las opiniones de Balardini toda su importancia, obligó á aquel profesor á venir á la Península á estudiar esa otra enfermedad que aquí se llamaba pelagra, y pelagra sin maíz. Vinieron él, y después Landonchy y Costallat, y á regañadientes admitieron que se trataba de una pelagra. Costallat ni siquiera quiso aceptarla y la llamó acrodinia; pero habiéndole demostrado y convenido de que algunos enfermos eran evidentemente pelagrosos, teniendo que inventar algo, Costallat se atrevió á decir que la enfermedad no dependía, es cierto, de la intoxicación por el verdele de maíz, pero que era efecto de las caries del trigo, enfermedad producida por otro vegetal parásito que se llama *uredo caries*, vegetal que no vió porque estuvo pocos días en la Península y no se detuvo á reconocer el trigo de Aragón, vegetal que tampoco describió, y vegetal que seguramente escogió de entre los existentes en los cuadros botánicos para producir esta enfermedad á gusto suyo y no ciertamente como se ve en la naturaleza. Pero Calmarza también, como residente en el centro de Aragón, como labrador, y como conocedor de las enfermedades de los cereales, demostró que la mayor parte de los pelagrosos no comían tampoco pan de trigo, sino que comían pan de centeno, y por lo tanto, que no podía ser el *uredo caries* el que determinase la enfermedad pelagrosa que Costallat quería que se llamase acrodinia, y como en el centeno lo que suele existir es el tizon ó *cornezuelo*, y esto lo que determina es el *ergotismo gangrenoso* principalmente, y no la pelagra, que es una enfermedad completamente distinta; viendo que se presentaba en ellos la pelagra y no el *ergotismo*, respondió Costallat, batiéndose en retirada, que probablemente dependería de estados particulares del sujeto que modificaban el modo de ser de su constitución, dando lugar en unas ocasiones al *ergotismo* y en otras ocasiones á esta acrodinia especial que tampoco quiso llamar pelagra.

Experimentos positivos hechos por Calmarza, y no puedo detenerme más, señores, han probado hoy, que una alimentación insuficientemente azoada es la causa de este padecimiento; que si los pollos de Balardini, morían, era porque los granos estaban huecos; que si, en fin, se presenta la enfermedad en sujetos que alguna vez comen carne, es porque la comen en cantidad insuficiente; que si se presenta en su-

jotos que comen al parecer bien, es porque comen sustancias completamente vegetales, y que tienen muy poca sustancia azoada. Yo os recomiendo que leáis la obrita de este profesor español, sumamente notable bajo todos conceptos, para que os convenzáis de la importancia de sus experimentos, y de lo posible, *mejor dicho*, de lo seguro que es el que tenga razón en este caso. Y paso para terminar la cuestión de la pelagra, á la profilaxia de la misma.

Claro es que la profilaxia de la pelagra ha variado según la naturaleza de la causa, según la opinión que se ha tenido acerca de la naturaleza de la causa; por esto Costallat, por esto Balardini y Roussell opinaban que era preciso matar el parásito vegetal antes de comer el maíz. Costallat, que extendió la patogenia de la pelagra á otras alteraciones de otras gramíneas, y especialmente á la caries del trigo, proponía: primero, que se separe el trigo por medio del agua, que hace flotar al que está enfermo, y lo mismo sucede con el maíz; segundo, que al bueno se le tueste para hacer desaparecer todos los gérmenes vegetales que allí existan, y después que se haga el pan sumamente cocido, ayudando para esto los Gobiernos á las poblaciones donde existe de una manera endémica el mal; pero, claro es, señores, que habiendo probado nuestro Calmarza que no existe tal veneno ni tal enfermedad producida por ese parásito vegetal, es de poca importancia el que se cuide de esta manera el trigo, para impedir la producción de la pelagra, siquiera sea conveniente, porque por lo menos esa sustancia parasitaria de los cereales, disminuye la cantidad alimenticia que existe en ellos; pero no es de una absoluta importancia el hacerlo como medio de verdadera profilaxia para la pelagra. Lo que puede hacer, señores, que la pelagra desaparezca, es aconsejar que se haga el uso mayor posible de carne, el uso mayor posible de leche, de sustancias azoadas; y, como no es posible luchar con la indigencia de una manera particular, hacer que la caridad individual lo

mismo que la del Gobierno y los municipios, vayan á aquellos sitios en donde existen esas endemias á llevar ganados que puedan dar mucha leche, crear dehesas para alimentar esos ganados y abandonar libremente el usufructo de todo á esos pueblos miserables y enfermos; hacer que se conviertan en pastores los labradores pobres y que puedan comer carne los enfermos que existen en estas demarcaciones infestadas; todo lo demás es imposible: no podría hacerse por el Estado una molienda y limpieza especial de todos los granos de España, y sobre todo no se conseguiría por ello el resultado propuesto.

No debo terminar estas cuatro palabras acerca de la profilaxia de la enfermedad, sin decir algo acerca de la alimentación que existe en los establecimientos de beneficencia; algo se ha mejorado, pero es lo cierto que en la mayor parte de los hospicios y de los asilos, no se da á los acogidos más que muy raras veces, carne, muy rara vez tocino; y esto, señores, hará que se repitan y que se reproduzcan en gran escala, las enfermedades pelagrasas que en algunas ocasiones hemos observado en este Hospital en sujetos procedentes de dichos establecimientos benéficos.

Sirva esto de indirecta á un diputado provincial que me está escuchando, para que, con la buena intención que reconozco en él, como en la digna corporación de que forma parte, evite el desarrollo de la pelagra en los asilos benéficos, por honra suya y de su patria, dando á los asilados una alimentación suficientemente azoada, porque cuando el organismo no ingiere ázoe suficiente en los alimentos, la sangre no puede tener bastante cantidad de sus principios proteicos ó azoados, se disminuirá considerablemente su albúmina y su fibrina, siendo substituidas por sales inorgánicas, y esta sangre pelagrosa determinará en todos los órganos, y en todos los tejidos las graves lesiones de la enfermedad que he tenido el honor de describir.

He dicho.





REUMATISMO.

---

DERMATÓISIS REUMÁTICAS.





## LECCION DUODÉCIMA.

Historia de la erupción del grupo de dermatosis reumáticas en la nosología.—El reuma es una enfermedad excrementicia, dependiente, lo mismo que la gota y la litiasis, de un defecto de oxidación de los principios proteicos de la sangre y por consiguiente de un exceso de ácido úrico, uratos y otras sales insolubles en la sangre depositadas en los intersticios orgánicos.—Descripción del reumatismo.—Forma-tipo.—Circunstancias especiales del reuma reumático.—Prodromos.—Sus cuatro periodos.—Primer periodo ó cutáneo sucesivo.—Erupciones fijas, secas (eczemas secos ó pitiriasis), en las regiones pilosas ó genitales que preceden al reumatismo confirmado.—Erupciones alternantes con afecciones de las mucosas.—Segundo periodo, dolores á músculos-articular, fibras-nervios agudos.—Ataques de alguno de estos reumatismos, alterante con afecciones cutáneas y mucosas.—Tercer periodo articular-eremico-irico deferente á gota.—Ataques de gota: reumatismo nudoso ó de litiasis árida, metastáticos á viscera importantes.—Cuarto periodo ó vascular: afección que le componen y su descripción.—Forma nodular del reumatismo.—Forma benigna.—Formas mixtas.—Carácteres generales de las reumáticas ó artritis cutáneas.—Diagnóstico de estas dermatosis.

### SEÑORES:

Vamos hoy á ocuparnos del reumatismo y de las dermatosis que le preceden, que le anuncian y que le acompañan, dependientes de la misma causa, y de consiguiente teniendo idéntica naturaleza á la de la enfermedad que vulgarmente se conoce con el nombre ó denominación de artrismo ó de reumatismo. No extrañéis que tenga algun miedo para empezar á hablaros de este asunto, porque tal vez encontreis en mi discurso cosas bastante originales que no estén en concordancia ciertamente con las opiniones de la mayor parte de los patólogos, pero que para mí son verdades inconcusas que, si hoy todavía no están perfectamente demostradas, se irán demostrando poco á poco y serán el día de mañana aceptadas en la ciencia.

No me ocuparé de la historia del reumatismo y de las diversas afecciones que se han confundido con él; no me ocuparé tampoco del método que en la ciencia ha empleado el pensamiento humano para meter en una sola llave del cuadro nosológico varias afecciones ó separarlas; ni cómo la gota, el reumatismo, la litiasis y todas estas afecciones, que yo llamaré excrementicias, se han unido ó separado segun las opiniones dominantes en la ciencia; os diré únicamente que no se creyó en la antigüedad, qué digo en la antigüedad, á principios del siglo, que el reumatismo pudiera dar manifestaciones cutáneas ni mucosas; que se creyó que estaba limitado á producir

lesiones más ó menos intensas en las articulaciones y en los músculos; que más adelante se demostró la existencia de afecciones cardíacas de naturaleza reumática, y que por último, ha sido preciso llegar á Trousseau, Bazin y Gintrac para encontrar otro género de manifestaciones, es decir, manifestaciones cutáneas y manifestaciones mucosas.

Trousseau únicamente admite como afección cutánea dependiente del reumatismo, el eritema nudoso, y en este estado se encontraba la ciencia cuando apareció Bazin, y explicó en el hospital de San Luis un curso demostrando la existencia de las afecciones cutáneas artríticas ó reumáticas, y diferenciándolas perfectamente de las dermatosis dependientes de otra causa ó naturaleza. Como toda idea nueva, fué tan duramente combatida la opinion de Bazin, que hasta le impidió entrar en la Real Academia de Medicina de París, siendo ponente nada menos que un dermatólogo compañero suyo en el hospital de San Luis, el doctor Vergerie. Pero ello es, señores, que aunque Bazin exageró, y exageró muchísimo, aunque Bazin no pudo desde el primer momento dar un carácter preciso y diferencial de las dermatosis reumáticas; hay que confesar que dió un gran paso en la ciencia, que demostró la existencia de las artrides, y que lo que hoy resta, lo que hoy queda á los patólogos por averiguar ó por legislar es el curso perfecto de estas dermatosis y sus relaciones más ó menos íntimas con



las otras afecciones de índole reumática. Bazin no explicó la naturaleza del mal; Bazin confundió meticulosamente en una sola afección la gota y el reumatismo; mas no era posible, que desde el primer momento hubiese conseguido describir, ó descubrir, mejor dicho, las alteraciones histológicas que acompañan á cada uno de los estados del artrismo ó reumatismo.

Antes de empezar á describirlos el reumatismo, tal y como yo le concibo, me permitiré decirlos dos palabras de fisiología. En un individuo bien organizado, la salud general depende del equilibrio de todas las funciones, pero principalmente de equilibrio entre las funciones de asimilación y desasimilación, entre las funciones que se han llamado asimiladoras y las funciones que se han llamado de depuración ó excretorias. En el estado normal, las células orgánicas se asimilan la parte de la sangre que les conviene, y la que no les conviene sigue por el torrente circulatorio á los sitios por donde debe eliminarse. Hay muchas sustancias en la sangre en su estado normal que son eliminadas, es decir, que deben ser eliminadas; sustancias excrementicias, generalmente insolubles ó solubles que están ó pueden estar en exceso: estas sustancias son la urea, el ácido úrico, los uratos, el ácido oxálico (aunque exista muy poca cantidad) el oxalato de cal, el ácido hipúrico, la creatina, la xantina y la colestérina; todas estas sustancias en el estado normal del sujeto se eliminan por la piel, por las membranas mucosas, por los riñones, por el hígado: son sólidas ó son líquidas, pero hay otras sustancias excrementicias, como el ácido carbónico, que son gaseosas, que deben eliminarse por los pulmones, aunque también se eliminan en parte por la piel. Ahora bien; suponed, señores, por un momento que este equilibrio funcional de la asimilación con la desasimilación se perturba, y se perturba por una de estas causas: primero, porque un exceso de alimentación da lugar á exceso también en estos productos excrementicios orgánicos ó inorgánicos en la masa sanguínea; segundo, porque la enfermedad previa, el enfriamiento, ó una causa externa cualquiera impide que estos órganos encargados de la excreción de estas sustancias que deben ser eliminadas, impide, digo, que las elimine por completo. Pues bien, tiene naturalmente que suceder lo siguiente: estos productos excrementicios no eliminados se quedan en la sangre, la inficionan, la alteran de una manera lenta ó de una manera rápida, según cual haya sido la causa que haya producido esta falta en la eliminación, ó mejor dicho, este defecto de excreción de lo no asimilado ó superfluo. ¿Y qué sucederá entonces? Que tenderá á excretarse por otros sitios de aquellos en que generalmente se excreta. Así, por ejemplo, el ácido úrico y los uratos se excretan casi todos ellos por el sistema nervioso, por la piel, y en ménos cantidad por la orina; suponed que un sujeto ingiere demasiada sustancia azuada, que se transforma en urea, en ácido úrico ó en uratos en exceso, y suponed que un enfriamiento, una per-

frigeración le impide la excreción de estas sustancias por la piel ó por la orina; tendrá forzosamente que verificarse por otros sitios, por las membranas mucosas. ¿Y qué más sucederá? Que como no hay costumbre en estos órganos ó en estos tejidos para estas funciones, se producirá allí un estado congestivo más ó ménos permanente, y después se infiltrarán por los tejidos periféricos como si fueran exudados inflamatorios, depósitos de esas sustancias excrementicias solubles, pero generalmente insolubles, que estorban en la sangre; y al infiltrarse en los tejidos cutáneo-mucosos y al producir esas inflamaciones especiales han de determinar erupciones particulares, en las cuales encontrareis por la química dichas sustancias en cantidad tan excesiva, que os indicará desde luego la naturaleza del padecimiento.

Charcot y Cornill han hecho análisis microscópicos y químicos muy recientemente de ciertas erupciones que ellos llamaban herpéticas, siendo reumáticas, porque hay que advertir, señores, que las ideas de Bazin no se han generalizado todavía en Francia tanto como debieran, y han encontrado por estos análisis, y de un modo sumamente fácil que os diré en seguida, grandes cantidades de cristales de ácido úrico y de uratos, principalmente de urato de sosa, en las costras, en los folículos cutáneos enfermos, en el canal excretor de los folículos mucosos, en todas las membranas mucosas, lo mismo que en los nervios, en los músculos, en el corazón y en otras vísceras. Gueneau de Mussy ha encontrado en cadáveres de reumáticos, cristallitos de ácido úrico obstruyendo el orificio de las glándulas, lo que debió perturbar grandemente en vida sus funciones, y esto mismo ocurre con frecuencia en los folículos sebáceos, determinando acné tuberculosos y quistes sebáceos, y en los sudoríparos, dando en este caso lugar á los eczemas secos ó reumáticos fijos del escroto, ingles, cabeza etc., afecciones que tenidas hasta hoy por herpéticas, deben ser en adelante consideradas como sintomáticas de esa alteración de la sangre reumática conocida con el nombre de *uricemia*.

No solamente el ácido úrico y los uratos que son bastante insolubles y que se precipitan pronto en los intersticios de los tejidos, son, señores, las sustancias excrementicias que producen estas erupciones; hay también una sustancia, el ácido oxálico, muy raro en el estado libre en la sangre normal, muy común en ella, en forma de oxalatos de cal, cuando hay una supresión brusca de transpiración ó un ingreso excesivo de sustancias alimenticias azoadas; en este caso se observa y han observado estos mismos profesores, principalmente Charcot, que el oxalato de cal está infiltrado, como si fuera un exudado inflamatorio y en forma de cristales, en el espesor de los músculos, y precisamente en el espesor del tejido muscular afecto de dolor, no en el restante.

La falta de la oxidación de las sustancias ó principios azoados de la sangre, debida á la cantidad excesiva de estos,

determina la formacion brusca de los oxalatos y su precipitacion en forma de cristales octaédricos en los intersticios orgánicos, en el espesor de los músculos y en las costras de las erupciones, ó dermatosis. Es digno de notarse que el ácido oxálico se presenta en la sangre, cuando hay en ella tambien un exceso de ácido úrico, bien porque éste se descomponga en aquél, ó bien porque la misma causa determine la produccion de ambos ácidos.

Su exceso en el líquido sanguíneo da lugar á lo que se ha llamado *oxaturia*.

Es fácil que averigüéis la existencia tanto del ácido úrico como del oxalato de cal en las exudaciones normales ó eruptivas de las membranas mucosas ó de la piel. El ácido úrico y los uratos se conocerán si se tratan con alcohol; recogiendo una gran cantidad de exudado costoso de la piel afecta, tratándolo, digo, con el alcohol, y despues de algun rato de inmersión en esta sustancia, añadiendo ácido acético y colocando en seguida un hilo en el vaso, á este hilo se precipitarán y en gran cantidad casi siempre cuando se trate de una afección reumática, el ácido úrico y los uratos en sus largos cristales característicos. El oxalato de cal, causa en mi opinión los dolores reumáticos musculares; lo encontrareis tambien fácilmente en las costras y exudaciones cutáneas y en los intersticios del tejido muscular, tratándolos todos con ácido clorhídrico hirviendo, y despues de un gran reposo, despues de haberse enfriado y pasadas algunas horas, añadiendo amoniaco libre hasta que el papel de tornasol no dé reacción ácida; en este caso y evaporando el líquido, observareis que se precipitan en el fondo del vaso cristales octaédricos perfectamente caracterizados del oxalato de cal.

Hay otros ácidos ménos importantes de que os he hablado anteriormente, como el ácido hipúrico, que son eliminados de la misma manera; pero como son más solubles que el oxalato de cal, que es casi completamente insoluble, y que los uratos, resulta que no producen tantas infiltraciones y no se encuentran facilmente ni en los tejidos ni en las excreciones.

La colesteraína, sustancia tambien sumamente insoluble, se forma en la intimidad de nuestros órganos, se forma en el tejido nervioso, y conducida por la circulación al hígado, allí se detiene y se elimina por la bilis; es decir, que el hígado no forma la colesteraína, que quien la forma es el tejido nervioso, pero el hígado es el encargado principalmente de su excreción por la bilis. Mas cuando no se verifica esta excreción como las otras de que he hablado, porque una enfermedad del hígado, una contracción espasmódica de los conductos hepáticos ó otras circunstancias que no son de este momento se lo impiden, entónces la colesteraína insoluble queda, aunque granular y molecular, en la sangre; es detenida ademas al formarse en el tejido nervioso y da lugar, en mi opinión, á las neuralgias, á las afecciones gravísimas de los centros

nerviosos, que son conocidas con el nombre de reumatismos nerviosos, reumatismos cerebrales y á la alteración sanguínea conocida con el nombre de *colesteraemia*.

La urea es otra de las sustancias que se eliminan principalmente por la orina. Algunos han creído recientemente que cuando la urea está dentro del torrente sanguíneo, porque los riñones no la eliminan, determina una enfermedad gravísima que se llama *uremia*, y cuya gravedad conocéis, porque muy pronto vienen los fenómenos del sistema nervioso, los fenómenos cerebrales á conducir al enfermo al sepulcro; pero hoy por hoy esto está todavía en duda, y las observaciones experimentales, que se han hecho inyectando urea en la sangre, no han producido la uremia de una manera rápida. De todos modos para la cuestión á que me refiero puede ocurrir, y ocurre, que la urea estando en gran cantidad dentro del torrente circulatorio, y no pudiendo ser eliminada bien ó completamente por los órganos encargados de su eliminación, inficione la sangre y se transforme en carbonato amónico, que al llegar á la piel ó á las mucosas, dejando libre el amoniaco, dará lugar á las ampollas del pénfigo y á ulceraciones ó erosiones y reblandecimientos consecutivos á toda uremia lenta.

La xantina, la creatina y algunos otros alcaloides normales en la sangre, que deben ser eliminados por los riñones, por la piel, etc., etc., modifican, si no lo son, el líquido sanguíneo; pero tambien, como las otras sustancias, se depositan libremente en las superficies cutánea y mucosa y en el tejido nervioso, y se las encuentra en las escamas del psoriasis reumático.

Estas observaciones histológicas de los tiempos modernos, para los que no tienen las ideas que yo os indiqué al principio del estudio de las enfermedades de la piel no significan nada; pero admitiéndolo como yo admito las afecciones cutáneas de naturaleza reumática, viendo que nada de lo dicho sucede, ni se encuentra en las erupciones cutáneas de índole marcadamente herpética, y que en todas las observaciones de que hacen mérito tanto Ranvier, como Charcot, como Cornill, se habla de coincidencias de dolores reumáticos, ó de alternancias de dolores reumáticos con estas afecciones; para mí, digo, esto fué una luz inmensa, y he creído desde luego que el grupo de dermatosis reumáticas ha de ser estudiado por la histología y por la química más todavía, para que llegue el momento de su perfecta caracterización histológica ya que las vemos caracterizadas bastante regularmente por la clínica.

Como veis, comprendo ó entiendo que debe llamarse reumatismo á una enfermedad ó á un conjunto de enfermedades en que las funciones asimilatrices y desasimilatrices no están en equilibrio, y no pudiendo excretarse todo lo excretable, se determina éste ó el otro fenómeno de los conocidos por reumáticos; es una enfermedad que si en su origen no es constitucional, sino sanguínea, andando el tiempo, cuando éstos que no podemos llamar exudados por ser cuerpos inorgánicos,



cundo estas cristalizaciones se verifican, y ya existen en todos, absolutamente en todos los tejidos del cuerpo humano, se transforma indudablemente en una enfermedad constitucional enteramente opuesta á la pelagra, en la cual, normales las funciones de excrecion, están gravemente afectas las de asimilacion; por esto no va nunca la pelagra unida al reumatismo, por esto son completamente antitéticas estas dos enfermedades. Definiendo como he definido las demás enfermedades constitucionales, diré de este grupo de afecciones que he llamado reumatismo «que es una enfermedad constitucional, crónica, intermitente, constituida por afecciones generalmente alternantes, que se manifiestan primero en la piel, como en todas las afecciones constitucionales ocurre, y en las membranas mucosas; despues en los tejidos musculares, articulares, fibrosos y nerviosos, y finalmente en las vísceras; siendo todas estas lesiones, ó estando todas estas lesiones caracterizadas por la presencia ó por la infiltracion de los productos excrementicios de la sangre en los intersticios de los tejidos afectos.»

Entremos ya despues de estas consideraciones fisiológicas y patológicas á describir el reumatismo, y el curso espontáneo de sus manifestaciones.

Así como el sujeto herpético os dije que era flaco, impresionable, nervioso, que se alteraba por la más pequeña emocion moral, que tenia erupciones con mucha facilidad, así, señores, el reumático, en contraposicion del herpético, es generalmente grueso, robusto, en ocasiones atlético, de un temperamento sanguíneo bien marcado; sudaba mucho y fácilmente á poca temperatura, pero esto mismo hace que se constite con muchísima facilidad tambien, y un vientecillo ligero le produce inmediatamente una coriza, una angina, un catarro, fenómenos insignificantes, pero más ó menos duraderos. Los reumáticos salen, ó de las clases sociales más elevadas, es decir, de aquellos que tienen una buena y rica alimentacion, los ricos, en una palabra; ó de los pobres que están expuestos á influencias cohibitivas de las excreciones, es decir, al frio, á la humedad, á ciertas condiciones que impiden que se verifique la excrecion normalmente ya en la piel, ya en las membranas mucosas; pero es más comun indudablemente el reumatismo en la clase rica que en la clase pobre.

Hablan algunos de pródromos; pero en ocasiones estos fenómenos que llaman los autores pródromicos, son ya la iniciacion del padecimiento; como tales citan: que el sujeto es calvo como si la calvicie no fuera ya el resultado de una enfermedad de los folículos pilosos, ó de la piel. Se observa, dicen, que padece á menudo fluxiones de dientes, fluxiones de encías, corizas; que echa muy á menudo sangre por las narices, ó sólo por el ano, y tambien que es estreñido y padece de almorranas, como si estos padecimientos no fueran ya manifestaciones reumáticas. Generalmente la primera manifestacion del primer periodo del reuma que yo llamo cutáneo-mucoso,

porque en él no aparece generalmente ninguna otra manifestacion reumática más que en la piel ó en las mucosas, es una erupcion fija, insignificante, á que el enfermo da poca ó ninguna importancia: esta erupcion es en la mayoría de los casos una pitiriasis capitis, que es la que ocasiona la calvicie consecutiva; pero calvicie regular, no irregular, como las de las tiñas. En ocasiones no es la pitiriasis capitis, fija, que dura muchos años sin gran molestia, la que se presenta: son dos placas en la region inguinal y femoral interna rodeando el escroto; parecen dos medias lunas, como si fueran manchas, pero cubiertas de una escamita ligera, y fijándose bien se observa que estas escamitas proceden de la reproduccion lenta, pero continuada, de pequeñas vesículas de eczema: esto es lo que se ha llamado por Prascelli, y con muchísima razon, eczema seco de las regiones sexuales ó de las regiones pilosas. Es poca ó ninguna la picazon que acompaña á estas molestias; sólo cuando se exacerban por un mal tratamiento, cuando el enfermo las hace despellear, caer y las frota duramente, ó en fin, cuando hace excesos en la comida ó en la bebida, estas erupciones limitadas á la region peri-escrotal se propagan tambien á la margen del ano. Estas erupciones, digo, son las primeras que se presentan en el curso del reumatismo y las que anuncian la forma dolorosa articular ó muscular, tal vez muchos años ántes de su presentacion ó su aparicion.

Hay otras erupciones fijas que no son ni el eczema inguinal ni el eczema pitirásico de la cabeza y que descubren ó denuncian al sujeto reumático: son aquellas que se presentan rodeando las articulaciones, pero más bien en los sitios de la flexura de las mismas, y en este caso estas erupciones no son eczematosas, no son pitirásicas, son eritematosas; no suelen ser tan fijas como esas otras erupciones; generalmente alternan con erupciones de las membranas mucosas: están un año, medio año, algunos meses fijos estos eritemas, marginales ó circinados, algo levantados sobre la piel, en los sitios en donde se han presentado, y desaparecen despues de pronto para alternar ó bien con una coriza más ó menos larga, ó bien con una faringitis ó faringo-laringitis aguda que tiende á hacerse crónica, ó bien, señores, con una dispepsia que en este primer periodo generalmente no es crónica, pero que por lo general tiende á hacerse crónica en los periodos sucesivos.

No solamente se observan los eritemas nudosos y los eczemas secos, es muy comun observar lo que ha llamado Bazin fiebre penfigoidea, es decir, el pénfigo agudo generalizado, en el cual se observa á consecuencia de la descomposicion de la urea en carbonato amónico, y de la descomposicion del carbonato amónico en los intersticios de los tejidos cutáneos, el efecto natural del amoniaco libre que es la vesiacion ó la ampolla la reaccion característica del amoniaco en el papel cúrcuma. En la mayoría de los casos es el amoniaco libre el que levanta el epidermis, dando lugar por irritacion de los tejidos subepi-

dérmicos que toca á la exudación de la serosidad característica que produce el pémfigo. Pero este pémfigo que se ha presentado una vez, que indica que lo que más predomina en la sangre es la urea, el ácido úrico y los uratos, sigue generalmente, se hace crónico y termina como sabéis cuando me ocupe de las artrídes ó reumátides en particular.

El zona es una de las manifestaciones más comunes también de este período del reumatismo; el zona agudo, pero que tiende á reproducirse; si bien, cuando ya se reproduce, el enfermo está seguramente en el segundo período del mal.

Son muy comunes en este período cutáneo-mucoso los diviosos, los antrax, y en el tubo intestinal casi con toda evidencia encontrareis las hemorroides, el estreñimiento, la dispepsia ácida alternante con las dermatosis, así como también los corizas fijos, las faringitis crinitas crónicas con elevación ó abultamiento de la mucosa, las roncadas por congestión sostenida de la laringe, etc., etc. Todo esto observareis en el primer período del reumatismo, es decir, congestiones é inflamaciones agudas ó crónicas, fijas ó alternantes, pero que dependen de la exudación ó infiltración del ácido úrico, de los uratos, de los oxalatos etc. en la piel, en las mucosas ó en sus folículos. Por eso lo hemos llamado *cutáneo-mucoso ó ácido tegumentario*.

Como todavía no hay dolor, como no hay manifestación alguna que pueda revelar el padecimiento más que la histología ó la histoquímica, únicas que pueden asimilarlo al reumatismo, nadie lo considera como tal, y sin embargo, estas afecciones cuyos caracteres os diré después, os anuncian que el sujeto va á ser reumático. Con estos conocimientos podéis decir al sujeto de una manera casi evidente, sobre todo si haceis el exámen químico: «Será usted reumático; de esta manera puede usted evitarlo.» La mayor parte no lo hacen; la mayor parte no lo creen, y sucede que el reumatismo doloroso viene cuando ya se han suprimido las afecciones cutáneas, es decir, en el segundo ó tercer período del padecimiento.

Termina el primer período y empieza el segundo por la presentación brusca y repentina de un ataque de reumatismo muscular ó articular agudo, y cosa notable: esas erupciones fijas que á veces han estado en las ingles ó en la cabeza diez, doce ó más años desaparecen de una manera repentina en cuanto viene el ataque de reumatismo articular ó muscular agudo, y desaparecen, como os he dicho anteriormente, para no volver á presentarse nunca ó de la misma manera.

En cambio, señores, siguiendo el enfermo en este segundo período del reumatismo, período que podéis llamar *músculo articular fibroso agudo*, encontrareis, que alternan con los nuevos ataques de reumatismo muscular ó articular que casi periódicamente vienen todos los años ó un año sí y otro no, afecciones cutáneas y afecciones de las membranas mucosas de curso alternante, que brotan cuando se cura la reumátide

articular aguda y viceversa, y afecciones, en fin, del tejido nervioso que se pueden llamar neuralgias, aunque mejor fuera llamarlas neuritis, que alternan también con unas dolencias y con otras.

En este segundo período del reumatismo ya todo el mundo conoce la enfermedad, ya nadie hace caso de las erupciones que anteriormente tuvo el sujeto, y al ver cómo vienen nuevas erupciones alternantes con los ataques reumáticos, precediéndolos á veces, siguiéndolos otras, creen que se trata de un herpes coincidente ó retroceso, mientras que de lo que se trata de una manera positiva es de una erupción artrítica, de una erupción reumática de la misma naturaleza, que las afecciones articulares ó musculares.

¿Y qué es lo que sucede en estas lesiones, histológicamente hablando? Pues, señores, en este período lo que se ve es, *infiltraciones* en todos los intersticios del tejido muscular, del tejido fibroso, del tejido nervioso y articular de las sustancias excrementicias en mayor ó menor cantidad, ya sea el oxalato de cal en los músculos, ya los uratos en las articulaciones, ya la urea, ya la colestestina, en fin, en el tejido nervioso, y como consecuencia del fenómeno fluxionario rápido que da lugar á estos depósitos, sobreviene el proceso inflamatorio consecutivo que será mayor ó menor según sea mayor ó menor esta infiltración.

Alternan con el reumatismo articular agudo ya las afecciones cutáneas del primer período hechas crónicas, ya el pémfigo crónico, que desaparece, sin embargo, al venir un nuevo ataque, ya el herpes zona dolorosísimo, intensísimo, que se reproduce generalmente por los inviernos ántes que venga el ataque del reumatismo articular, ya la urticaria subaguda que es un fenómeno muy común, y la urticaria crónica, ya en fin, otra clase de afecciones de que me ocuparé en particular en las lecciones sucesivas.

En las membranas mucosas el fenómeno más común es la dispepsia, que vereis alternar en los reumáticos con el ataque de reumatismo articular ó muscular casi siempre, dispepsia que aunque mejora con los alcalinos ó con el bicarbonato de sosa, no desaparece en general hasta que no viene otro nuevo ataque, á no hacer uso de una medicación largo tiempo sostenida y perfectamente adaptada al objeto. La dispepsia va acompañada de dolores; en ocasiones muy raras va acompañada de diarrea, generalmente va acompañada de un estreñimiento pertinaz que obliga al enfermo á quererse tratar con purgantes, cosa que le mejora por el pronto, pero que no le cura, y al cabo de diez ó doce años del padecimiento muscular, articular, fibroso y nervioso en que entran además de estas afecciones dispépsicas, articulares y musculares, las inflamaciones del pericardio, las inflamaciones de la pleura, de las meninges, etc., etc., viene, señores, otro período, el tercero, que llamo *úrico, ó deformante*, que podríamos llamar *articular crónico ó gotoso*, y este período ya



está caracterizado, no por la *infiltración* de los uratos, de la colesteraína y de todas las sustancias excrementicias en los intersticios orgánicos, sino por el *depósito*, por la *coleccion* de estas sustancias formando cálculos, formando masas grandes, ya en el interior de las articulaciones constituyendo los tofos, ya en el interior de ciertas vísceras, como los riñones, constituyendo la litiasis, ya, en fin, en el interior del conducto colédoco, constituyendo los cálculos hepáticos y biliares.

Es claro, señores, que me estoy ocupando de lo que puede llamarse forma tipo de la enfermedad, pues que hay otras formas diferentes, que os explicaré dentro de un momento, en las cuales es distinto el curso del mal.

En este período *gotoso*, en este período *úrico* de la enfermedad desaparecen por completo las afecciones cutáneas del primero y segundo período, solamente se encuentra algún eritema precursor del dolor reumático, y en ocasiones el pródigo, probablemente porque la afección ya empieza a atacar á los centros circulatorios, porque no se hace bien la circulación, y no haciéndose bien la circulación sobreviene el éxtasis sanguíneo en las terminaciones de los nervios y por consiguiente el pródigo. Pero si desaparecen todas las afecciones cutáneas alternantes del segundo y del primer período, no desaparecen, sino que se exacerban algunas de las afecciones de las membranas mucosas, y estas afecciones de las membranas mucosas son: la dispepsia y la gastralgia, y sobre todo el catarro seco, el catarro asfíxico ó sofocante que acompaña casi siempre á las afecciones úricas, á las afecciones gotosas de este tercer período del reumatismo.

La bronquitis que se presenta acompañando al reumatismo es generalmente seca y congestiva; la tos bronca va acompañada pocas veces de una gran exudación, y cuando avanza el padecimiento, cuando allí mismo se verifican exudaciones en los intersticios, entónces, señores, la bronquitis que se hace crónica termina en la mayoría de los casos, no por el enfisema que acompaña á la herpética, sino por el edema del pulmón; edema del pulmón que suelen presentar con mucha frecuencia los sujetos que padecen el reumatismo.

Suele durar muchos años también el tercer período, el período *úrico* del reumatismo en esta forma tipo de que nos venimos ocupando; pero al fin y al cabo, aunque no haya causa generalmente que pueda determinar de una manera brusca el ataque visceral del mal, el ataque visceral del mal viene, y se forman depósitos úricos en las válvulas del corazón, y en las grandes arterias ó en los grandes vasos.

El período *visceral* ó *cuarto período* del reumatismo está caracterizado principalmente por las lesiones del endocardio, por los aneurismas de los grandes vasos, y además por un aumento ó exacerbación en la litiasis que ya se presentaba en el tercer período, y por degeneraciones graves en todas las vísceras, análogas á las que se presentan en el herpetismo,

afecciones graves en las vísceras principalmente del vientre, como el hígado, los riñones, y la vejiga de la orina.

Tal es, señores, en resumen y de una manera general el curso que puede seguir el reumatismo en su forma tipo, confundiendo en esta denominación de reumatismo, porque no encuentro palabra con que sustituirla, que se debiera buscar, confundiendo, digo, todas esas manifestaciones que se estudian en los autores de patología con los nombres de gota, de reumatismo de diferentes clases, y de afecciones litiasicas ó calcúlosas, de distintas clases también. Todas ellas están ligadas por una causa, y aunque los fenómenos sintomatológicos son distintos por ser distinto el sitio del mal, si hay unidad en la causa, hay unidad también en su naturaleza.

Pero no siempre se presenta el reumatismo en esta forma tipo; es más, se presenta muy pocas veces: yo lo he podido observar bastantes; pero ya sabéis, señores, que la forma tipo de todos los males es puramente ideal: se describe en los libros para darla á conocer á los alumnos, pero no existe; cada enfermo tiene su enfermedad particular.

Hay que considerar, pues, en el reumatismo otras varias formas en su modo de presentarse: la forma que podemos llamar anómala, la forma maligna, la forma benigna, y en último término, la mixta; admitimos, pues, para esta enfermedad, las mismas formas que para el herpetismo y las demás afecciones constitucionales.

La forma benigna es aquella en que todos estos síntomas se presentan de una manera leve, sin dar lugar nunca á fenómenos graves. Es, tal vez, porque no hay exceso, señores, en la asimilación; porque no hay un grande desequilibrio entre las funciones de asimilación y desasimilación; porque no hay grandes causas que la hayan podido producir; porque el organismo está bien constituido; porque puede defenderse bien de un ataque de esta naturaleza.

Pero hay ocasiones en que se presenta el reumatismo con una forma tan maligna, que no puede menos de asustar al profesor. Generalmente la forma maligna consiste en presentarse de pronto el cuarto período de la enfermedad, es decir, en venir como primeras manifestaciones los depósitos úricos, ya en los intersticios del corazón, en la membrana muscular del corazón, ya en la membrana interior del mismo, y en este caso, cuando son endocárdicos, se presentan como primer fenómeno acompañando á veces al reumatismo articular agudo fenómeno propio del segundo período: puede ocurrir que no aparezcan en esta forma maligna, ni previa ni consecutivamente las erupciones cutáneas; podrán presentarse alternantes si sale el enfermo de este primer ataque; pero como pudiera muy bien no salir y morir, de ahí, señores, que se puede considerar esta forma anómala del reumatismo como una forma maligna del mismo. Pero esto, ¿indica variedad en la naturaleza? No, señores; la enfermedad es la misma. Por causas tal vez muy fuertes y enérgicas ha venido á verificarse la

exudacion de las sustancias excrementicias en el interior del corazon en vez de verificarse en las glándulas encargadas de su excrecion tanto en la piel, como en las mucosas.

La forma anómala puede consistir tambien, y es muy rara, porque no ha sido bien observada, en que se presente el ataque de reumatismo muscular, y principalmente articular, sin haber sido precedido anteriormente del reumatismo que yo he llamado cutáneo ó mucoso, ó de su primer período. Es una forma rara repito, aunque es la forma que se llama comun. Si observais bien á estos enfermos, si despues de una primera visita les volvéis á preguntar, raro será que no os digan que han existido ántes de estas afecciones musculares ó articulares, ligeras afecciones cutáneas y de las membranas mucosas, y especialmente la pitiriasis cápitil y el eczema seco de las ingles ó del escroto.

Finalmente, hay una forma que podemos llamar mixta, y de la cual ya me he ocupado algo al hablarlos del herpetismo: se mezcla el herpetismo con el reuma: se puede mezclar el reuma con la sífilis y con la escrófula; jamás se mezcla con la pelagra, porque como sabeis, son incompatibles. Tampoco se le ha visto bien caracterizado con la lepra, á pesar de que la causa productora del reuma es tambien una de las principales causas productoras de esta enfermedad.

Sucede en estas formas mixtas que se modifica algo el curso, y que se modifica algo la enfermedad en sus manifestaciones, sobre todo cutáneo-mucosas. Ya os dije, al hablarlos del herpetismo por ejemplo, que una de las manifestaciones que podíamos llamar mixtas, era que la reaccion ácida que daban las artritis ó reumátides no existía cuando había mezcla de herpetismo, el cual, como sabeis, da reaccion alcalina, y despues de los trabajos histológicos é histoquímicos de Cornil y Charcot, la verdad es que se comprende la modificacion reactiva, y que lo que más abunde, ó predomine sea lo que dé su reaccion. Finalmente, se comprende que pueda haber una reaccion neutral ó nula en estas exudaciones de la piel y de las membranas mucosas existiendo igualdad de influencia en ambas causas; pero lo que principalmente modifica la mezcla del herpetismo con el reumatismo es el curso de las erupciones, en las cuales ya no hay regla; unas veces son alternantes y otras coincidentes con las afecciones de las articulaciones, y generalmente hay ademas muchas más erupciones en la forma mixta que en la forma simple reumática ó herpética.

La verdad es que los caracteres mixtos de todas estas enfermedades necesitarían por sí solos una conferencia para poder ser bien explicados. Yo os dejo comprender ó adivinar, suponiendo que se combinan estas enfermedades, lo que resultará de esa mezcla, de esa union de síntomas herpéticos y reumáticos.

Lo mismo digo de la sífilis y de la escrófula. Un sujeto reumático puede hacerse sífilítico, y entónces presentarse en

él á la vez las afecciones propias de una y otra enfermedad constitucional, presentar tambien á cada afeccion caracteres mixtos si existe ó coincide con otra, y caracteres especiales cada una de ellas cuando cada manifestacion se presente separada. Esto parecerá que es confundir la Medicina; pero, señores, la verdad es que esto existe; la verdad es que cualquiera de vosotros puede hacerse sífilítico siendo reumático, y en cualquiera de vosotros se presentarán en ese caso manifestaciones de ambas afecciones constitucionales, reumática y sífilítica mezcladas, dando lugar á síntomas diferentes, segun que la que más predomine sea una ú otra.

En la escrófula tiene de particular la afeccion reumática que se presenta casi siempre en la niñez, y se inicia más que por la erupcion cutánea, por un ataque de reumatismo, articular ó muscular, ligero, vago, pero que indica, sin embargo, que aquel niño escrófuloso va á ser reumático con el tiempo.

En la forma mixta sífilítica es donde hay una gran combinacion de síntomas, y principalmente en las afecciones del periostio. Allí se verá, por ejemplo, que despues y acompañando al dolor persistente en ciertos sujetos reumáticos se desarrollará la goma sífilítica y los dolores osteócepos nocturnos que se hacen tambien diurnos y no desaparecen en esta forma mixta; son continuos, permanentes, y duelen tanto por el día como por la noche, tanto con el calor como por el enfriamiento.

Diremos ahora dos palabras sobre los caracteres de las erupciones reumáticas de la piel y terminaremos con ésto la conferencia.

Señores, las reumátides ó artritis de Bazin tienen caracteres positivos y caracteres negativos. Prescindiendo de la reaccion ácida y de la presencia de los cristales de ácido úrico, uratos y otras sales excrementicias que se encuentran en exceso ó gran cantidad en las exudaciones cutáneas de las erupciones húmedas, ó en los intersticios cutáneos de las lesiones ó erupciones secas, encontrareis como síntoma positivo una picazon especial ligera ó intensa, no continua, intermitente, que se exacerba con el frote y con el frio, que se mejora únicamente con el calor ó sudando; picazon que no es como la del herpetismo, irresistible, sino que, por el contrario, es de pinchacitos ligeros en el momento de salir una erupcion determinada ó cuando ésta se enfria. Parece como que si al exudarse cualquiera de esas sustancias excrementicias de que he hablado, cauterizase la membrana mucosa de Malpigio en varios puntos, y diese lugar en ellas á lesiones de las terminaciones nerviosas, causando la sensacion especial de pinchazo, ó de picotazo, característicos. Otro de los caracteres importantísimos de las reumátides que puede colocarse al lado de la reaccion y picazon es la localizacion de estas erupciones; mientras que las herpéticas tienden á generalizarse, las reumáticas tienden á localizarse, ya estén fijas, ya sean alter-



nantes: si están fijas, se limitan á un sitio determinado, á la cabeza, al escroto, etc., y de allí ya no se extienden á la superficie del cuerpo, aunque pasen diez ó doce años de su existencia; y si son alternantes sucede lo mismo: están limitadas al dorso del cuerpo, á las regiones articulares, y desaparecen también bruscamente y, cosa notable, no vuelven á presentarse como las herpéticas con la misma forma anatómica, con la misma lesión elemental, sino que si en su origen fueron eritematosas, en su reproducción son vesiculosas ó pustulosas: son lo mismo en esto que las dermatosis dependientes de la sífilis y la escrófula, no se reproducen con la misma forma elemental.

Las reumátides son asimétricas cuando se presentan en el tronco ó en las extremidades; pero no olvidéis que prefieren mucho las regiones pilosas como la cabeza y los órganos sexuales y en estos sitios centrales falta, como es natural, este carácter.

Es muy común, sino constante la forma nummular en las dermatosis reumáticas, y como los eritemas crónicos son frecuentes, toman sus manchas rojas una elevación y se limitan tan perfectamente por un borde ó márgen elevado, que no pueden confundirse con las formas redondeadas, pero anulares de la sífilis, ni con las alargadas y angulosas de la escrófula cutánea.

El color de las dermatosis que estudiamos es algo variable, pues no constituye carácter en las que son exudativas ó escamosas; pero en aquellas como el acné y el eritema en que puede observarse, es generalmente rojo intenso, aunque oscuro ó violado, más oscuro, que el rosado vinoso de las escrófulides, y que el cobrizo de las sífilides. En ocasiones llega á ser negruzco, y esto consiste en que alrededor de la erupción se rompen los capilares y determinan verdaderos equimosis; la facilidad con que se rompen estos capilares, os indica que en sus paredes incrustadas de cristalizaciones úricas, hay por un lado mayor fragilidad y por otro menos contractilidad, lo cual determina á la larga éxtasis venosos, y dilatación de las gruesas venas ó varices en los alrededores del mal.

La tenacidad que oponen á la medicación mejor indicada las reumátides que hemos llamado fijas, sólo es comparable á la fugacidad ó rapidez de su desaparición espontánea en las que llamaremos alternantes.

Estas son repercutibles ó metastásicas en grado sumo por la causa más insignificante y áun sin ella, yendo seguida su brusca desaparición de ataques reumáticos viscerales (asma, catarro, endocarditis) ó del reumatismo articular.

Entre los caracteres negativos más importantes del reumatismo cutáneo debeis colocar:

1.ª La ausencia de infartos glandulares ó ganglionares próximos, carácter importante que separa estas dermatosis de las escrófulosas, sífilíticas y leprosas y las aproxima á las herpéticas.

2.ª La falta de ulceraciones, y por consiguiente de cicatrices consecutivas á dermatosis, pues aunque sobrevienen á veces ulceraciones en las piernas, están sostenidas por una causa local que es el estado varicoso, y no por la enfermedad general ó constitucional.

3.ª La ausencia de neoplasias verdaderas como las de la escrófula, la sífilis y la lepra.

4.ª La falta de anestésias. Por el contrario hay muchas dermatosis reumáticas, como los eritemas nudosos y tuberosos, el zona, el antrax, etc., que duelen mucho y las restantes pican dolorosamente puesto que su picazon es de pinchazo.

Difícil es, señores, que, analizando y estudiando bien estos caracteres, no lleguéis pronto á establecer el diagnóstico de las reumátides, si no por uno por el conjunto de todos ellos.—La reacción ácida, los depósitos úricos, la picazon de la picazon, la asimetría, su fijez ó localización tenaz en las regiones pilosas, sus metastasis y alternancia con otros reumatismos, su forma nummular, su presentación en invierno, su exacerbación por el frío, su alivio por el sudor, su color violado, sus equimosis y la falta de adenopatías, son un conjunto notable de signos ciertos para fundar el juicio clínico.

Aplicadlos á casos concretos y vereis que es fácil distinguir las artritis ó reumátides de las herpéticas por su localización, por los caracteres de su picazon, porque no tienden á generalizarse; y aunque es verdad que no hay en ellas cicatrices ni adenopatías, es lo cierto que desaparecen de una manera brusca para no volver á presentarse cuando el mal avanza, al revés de lo que sucede en el herpetismo, que las erupciones se extienden, y se generalizan, se hacen inveteradas en el tercero y cuarto período de esta afección constitucional.

Es fácil distinguir las artritis ó reumátides cutáneas de las sífilides, porque, aunque tienen un color oscuro violado, no es el color oscuro cobrizo característico de las sífilides; porque aunque pican poco, las sífilides no pican nada, y aquella picazon es de pinchazo; porque aunque tienen la forma nummular que algunas veces tienen también las sífilides, desaparecen éstas con mucha mayor rapidez y prontitud que las reumáticas; porque nunca desaparecen las sífilides de una manera brusca y repentina como las artritis, sino de una manera lenta, á consecuencia de la resolución de los exudados y cicatrización de las ulceraciones: ulceraciones que no existen en las reumáticas y existen ó pueden existir en las sífilides; la lesión que caracteriza á las reumáticas no es una verdadera neoplasia, es una exudación ó infiltración de sustancia inorgánica que no degenera ni supura; la neoplasia de la sífilis muchas veces termina por la ulceración ó por una degeneración glándulo-grasienta; el curso de las sífilides es perfectamente conocido, y nada análogo pasa en los sujetos reumáticos, en los que no se presentan tampoco afecciones gomosas

como las que caracterizan los últimos periodos de la enfermedad sífilica.

Pero con lo que más pueden confundirse las afecciones reumáticas es con las escorbúticas, ó producidas por el escorbuto de tierra, con esas afecciones eritematosas de un color rojo violado, perfectamente circunscritas ó limitadas, en forma de moneda ó de zic-zac, acompañadas de dolor, siendo muy difícil hacer el diagnóstico, si no coincide con la afección escorbútica cutánea, alguna de esas otras afecciones propias de este estado discríscico: me refiero á las alteraciones que se presentan en la boca, en las encías, etc., á las epistaxis que suelen coincidir, ó á las demás afecciones hemorrágicas coincidentes. Pero los escorbutos son por lo común muy dolorosos, y aunque hay también eritemas reumáticos dolorosos, la placa del eritema escorbútico es siempre hemorrágica y no desaparece por la presión, y la placa del eritema reumático no es hemorrágica siempre, desaparece algo por la presión, y si hay hemorragias en ella son circunferenciales.

En ocasiones pudieran confundirse también las artritis ó

reumátides con las lepróides. Es muy común que se presente la lepra á consecuencia de enfriamientos ó mojaduras, y apareciendo después de una gran mojadura un eritema más ó ménos diseminado en todo el cuerpo, pudiera confundirse la afección leprosa por la causa que la determinaba con una artritis ó reumátide, pero queda como carácter diferencial, señores, el que en la mancha eritematosa inicial de ese padecimiento leproso está ya el epidérmis desde luego tan surcado que parece lleno de arborizaciones, y en que hay á poco que se pinche con un alfiler ó aguja una ligera anestesia central, aunque en la circunferencia haya hiperestesia: nada de esto pasa en el reumatismo; no hay esa alteración en el epidérmis que está liso y brillante, y no hay esos surcos tan pitirriásicos de la lepra. Avanzando el mal, ya no es posible, que pueda haber discusión alguna acerca del diagnóstico.

Quisiera haber entrado á caracterizar las afecciones reumáticas de las mucosas, pero es algo tarde, y continuaremos con este asunto en la sesión próxima.

He dicho.



## LECCION DÉCIMATERCERA.

Breve resumen de la anterior.—Recordo de los caracteres del reumatismo cutáneo.—Caracteres de las reumátides mucosas.—Diagnóstico del reumatismo mucoso.—Caracteres y diagnóstico del reumatismo muscular.—Caracteres y diagnóstico del reumatismo fibroso.—Caracteres y diagnóstico del reumatismo nervioso periférico (neuralgias reumáticas).—Caracteres y diagnóstico del reumatismo articular en sus tres formas comunes, *nodoso* ó *deformante* y *gotoso*.—Lesiones anatómicas de las articulaciones y de la sangre en cada una de estas formas.—Estudio comparativo y deducciones favorables para la unidad morfológica constitucional.—Caracteres del reumatismo visceral.—Es una mezcla de los reumatismos muscular, fibroso, nervioso y mucoso.—Del diagnóstico general del reumatismo considerado como enfermedad constitucional.—Del pronóstico según sus periodos, formas y complicaciones.—Del tratamiento general del reumatismo.

### SEÑORES:

Recordaros que en nuestra conferencia anterior unificando varias enfermedades, reuniendo el reumatismo, la gota, la diátesis úrica, y algunas otras enfermedades que pudiéramos llamar excrementicias, en una sola unidad morbosa, la dimos, como carácter principal histológico y fundamental, la existencia como depósito ó como infiltración del ácido úrico en cristales, de algun urato, de la creatina, del oxalato de cal, de la urea ó de la colestestina en el espesor de los tejidos; y explicamos, ó quisimos explicar por estos depósitos de sustancia insoluble en los intersticios de los tejidos orgánicos, todas las manifestaciones, tanto del primero como del segundo, tercero y cuarto periodo del reumatismo. Así, por ejemplo, en el reumatismo del primer periodo, que llamamos cutáneo mucoso, dijimos que en las exudaciones, en las costras, se presentaba gran cantidad de ácido tánico, úrico y uratos, que se podían ver perfectamente al microscopio y con las reacciones químicas. Dijimos que al mismo tiempo existía un estado congestivo hiperémico en todas las glándulas cutáneas, que daba lugar á los fenómenos característicos de las enfermedades cutáneas reumáticas, y que una cosa semejante pasaba también en las afecciones de las membranas mucosas: que el segundo periodo que puede llamarse doloroso, en el cual está comprendido el reumatismo muscular, el articular,

el fibroso y el nervioso, en todas sus diversas formas de manifestación, estaba caracterizado histológicamente por la infiltración, principalmente del oxalato de cal en los intersticios musculares, y del ácido úrico en grandes cantidades en los tejidos blandos que rodean las articulaciones: que el tercer periodo estaba caracterizado por el depósito ó concreción calcúlosa del ácido úrico, uratos, oxalatos y otras sustancias excrementicias en el interior de las articulaciones, ó en la vejiga, y que el cuarto ó visceral consistía ó dependía de la infiltración ó depósito de dichas sustancias en el parenquima del corazón, pulmon, grandes vasos y vísceras del vientre. Hablamos del curso que seguía el reumatismo en cada uno de estos periodos, y después de explicar el visceral, empezamos el estudio de los caracteres de cada una de estas manifestaciones, diciendo que las artritis ó reumátides tenían por caracteres principales, la reacción ácida de sus exudaciones, su presentación ó exacerbación en las épocas del frío y la falta de simetría, que caracteriza, por el contrario, á las herpéticas: la picazón de pinchazo, dolorosa, intermitente, picazón y dolor que se exagera por el frío, y que se presenta también en las épocas del frío, desapareciendo por el calor artificial ó por el calor natural de las estaciones es otro de sus principales caracteres. Os dije después, que las reumátides unas veces se

presentaban fijas, permanentes durante muchos años, localizadas en un sitio limitado, que generalmente era las regiones pilosas de la cabeza ó de los órganos sexuales, en que abundan las glándulas y principalmente los pelos; pero que, en otras ocasiones, en vez de ser tan fijas eran, por el contrario, fugaces, y entonces tenían como carácter principal la alternancia, es decir, el ser substituidas por una afección de las membranas mucosas ó por una afección de la misma índole en el aparato locomotor. Así es que era muy común al desaparecer de una manera brusca é inesperada un eczema seco de la cabeza ó de la región escrotal, presentarse una laringitis, una faringitis, una dispepsia ó un ataque de reumatismo articular más ó menos agudo. Dijimos que otro de sus caracteres era la coloración, algo violada, que en ocasiones llega á ser equimótica, porque rotos los vasos por lo que más adelante os diré, se verifican exudaciones de todo el plasma sanguíneo alrededor generalmente del punto eruptivo: siendo de notar también la forma redondeada, pero no anular, sino nummular de dicho punto eruptivo, su fijeza é inmovilidad sintomática de su curso, á la vez que la posibilidad de su metástasis, la diversa forma que al reproducirse adquiere, y la ninguna eficacia de los arsenicales para combatirlo. Finalmente, los caracteres negativos de alguna otra afección constitucional, como el no tener ó no ir acompañadas de adenopatías, y el no ir acompañadas tampoco de ulceraciones, y, por consiguiente, de cicatrices, sirven mucho para el diagnóstico de las reumátides cutáneas.

Recordareis, en efecto, que negué que hubiera úlceras reumáticas, lo mismo que he negado anteriormente que hubiera úlceras herpéticas; y más adelante podré dar algunos datos de comprobación para demostraros la verdad de mi aserto. En este punto, que he querido recordar con algun detalle, terminamos nuestra conferencia pasada, y en el día de hoy para seguir en nuestra explicación el mismo curso que hemos seguido en el estudio de otras afecciones constitucionales, os diré en breves palabras los caracteres de las reumátides mucosas, los caracteres del reumatismo muscular, del reumatismo fibroso, del reumatismo nervioso, articular y visceral, para entrar despues en el estudio de la etiología del reumatismo, de su diagnóstico, de su pronóstico y de su tratamiento.

Consideradas de una manera general y como dependientes de la unidad morbose las manifestaciones de las membranas mucosas en el reumatismo, tienen como caracteres principales y análogos á los de las afecciones cutáneas, los siguientes: primero, las reumátides mucosas son casi siempre congestivas, eritematosas y secas, es decir, que la lesión que se produce de naturaleza reumática en las membranas mucosas, no es, por ejemplo, como en las herpéticas muy exudativa, sino que, por el contrario, es seca; no hay granulación en ellas, como sucede en el herpesismo, en la escrófula, en la sífilis ó

en la lepra; no hay tampoco cicatrices, porque no hay tampoco úlceras; no van acompañadas en los alrededores del sitio que ocupan de infartos glandulares, están limitadas, localizadas, no se extienden, no se generalizan en la membrana mucosa, como pasa en las manifestaciones del herpesismo, pueden dar lugar á picazon de pinchazo ó á dolores punzitivos fugaces; desaparecen de pronto y son substituidas ya por afecciones cutáneas, ya por el reumatismo muscular ó articular; aparecen en invierno ó por un enfriamiento; y finalmente se mejoran en el verano ó con el calor y se exacerban con el frío. Pongamos, señores, un ejemplo ó varios ejemplos, para conocer cuándo se trata de una manifestación reumática en las membranas mucosas.

Es muy común que se presente á la consulta de todo médico algun enfermo que se queje de afecciones en la garganta: la mayor parte las consideran como faringitis herpéticas, y en la mayoría de los casos no son tales faringitis herpéticas: cuando son de naturaleza reumática estas afecciones de la faringe, se presentarán á vuestra vista como verdaderos eritemas: los tejidos de la pared posterior de la faringe, están rojos, eritematosos, algo hinchados, pero lisos y secos; de manera que en toda esta superficie no vereis las granulaciones pequeñas, características de las herpéticas; ni las erupciones crónicas, gruesas, como tuberculosas y supurantes de las escrófulas. Irán, si son reumáticas, acompañadas de picazon, y si es su localización en la faringe, de una carraspera especial, seca; pero esta picazon no es constante, si no de pinchazo y no hay exudación como en las herpéticas. Es muy raro que estos eritemas de la pared posterior de la faringe, no vayan acompañados, cuando la afección es reumática, de algun dolor; dolor que en su origen está simplemente limitado á los nervios de la membrana mucosa, pero que despues se propaga á los músculos inmediatos, y por la propagación se producen en ellos las contracturas, los dolores de calambre especiales, localizados en estos sitios, característicos del reumatismo muscular, de que despues hablaremos. Si suponemos que se presenta un enfermo con una afección más profunda; con una dispepsia, la afección de naturaleza reumática será eminentemente dolorosa y seca: así es que todas, ó casi todas las dispepsias procedentes del reumatismo, no van acompañadas nunca de una gran hipersecreción intestinal sino, por el contrario, de un estreñimiento pertinaz: es muy raro que exista la polioleia, que existan los vómitos de mucha cantidad de bilis, todo lo contrario; pero cuando ésta se encuentra, se observa que es de naturaleza ácida: al contrario, señores, de lo que pasaba con las dispepsias alcalinas de las herpétides mucosas ó del herpesismo.

Como carácter, podeis también encontrar por la reacción química la presencia del ácido úrico y de los uratos en estas excreciones ó secreciones: en cantidad pequeña podeis reconocer fácilmente los uratos por el alcohol y el ácido acético



de la manera que en la conferencia anterior os manifesté.

Las afecciones reumáticas localizadas en las membranas mucosas que nunca se generalizan, que en ocasiones están fijas durante bastante tiempo, desaparecen, sin embargo, con una rapidez grandísima, pero para ser substituidas por otro género de afecciones, y son substituidas de una manera también brusca y repentina ó por una erupción cutánea, ó lo que es más común, por un reumatismo articular agudo. De modo que casi siempre encontrareis que uno que padezca de reumatismo articular agudo, padeció anteriormente alguna de estas afecciones de las membranas mucosas, algún catarro ó alguna de estas erupciones de la piel que desapareció algún tiempo antes. ¿Por qué desaparecen? ¿Es por una revulsión interna, ó porque al desaparecer la erupción, la causa fluxionaria que la producía se fué al sitio en que ha ido á presentarse la nueva afección reumática? Creo que todavía no está decidido; pero siguiendo el curso de estos estudios, veremos que las condiciones locales son la primera de las causas de esta desaparición. Yo creo que de todo es causa la presencia del ácido úrico de la sangre, ó la falta de oxigenación de los principios protéicos de la misma, que determinan esto y que por cualquiera causa local puede fijarse ora en un punto de la economía, ora en otro, y en este caso, derivada la fluxion, desaparecer para fijarse en otro punto distinto; de aquí la alternancia de las lesiones del reumatismo mucoso con las demás manifestaciones cutáneas y profundas. En realidad yo no debiera deciros los caracteres especiales del reumatismo muscular, del reumatismo fibroso, del reumatismo nervioso, del reumatismo visceral y del reumatismo articular, confundidos en tres enfermedades distintas por los patólogos modernos con el nombre reumatismo y con el de gota; pero no estará de más que os diga los más principales para poder hacer de paso el diagnóstico de cada una de estas manifestaciones del reumatismo con otras manifestaciones más ó menos dolorosas dependientes de otra causa.

El reumatismo muscular depende, en mi opinión, de la infiltración entre la fibra muscular y la membrana que la envuelve, no solamente de ácido úrico y de uratos, sino principalmente de oxalato de cal, y al microscopio y por la reacción química puede, en los cortos casos en que se verifican autopsias esta enfermedad, observarse lo que os he dicho anteriormente. El reumatismo muscular dependiente de esta infiltración provocada, ya por enfriamiento brusco, ya por otras causas tiene que dar lugar á dolores en el mismo músculo sin alteración ostensible de la cubierta cutánea que le cubre; dolores que se aumentarán con las contracciones del mismo músculo, dolores que se aumentarán también cuando se exacerbe, cuando se aumente la causa ocasional que los determina, es decir, el frío. Tienen de particular estos dolores que pueden cambiar de sitio; tienen de particular también que se mejoran en la cama con el sudor.

¿Y, dejando á un lado toda la historia y descripción de esta enfermedad que conocéis, mejor que yo, por la Patología interna, con qué otra clase de padecimientos pudiera confundirse el reumatismo muscular? Podría confundirse con los dolores sífilíticos, con los dolores producidos por los enfriamientos simplemente, pudiera confundirse con los dolores leprosos, con los dolores pelagrosos; pero en realidad, señores, se ven fácilmente eliminadas la sífilis, la lepra y la pelagra; porque la sífilis, por ejemplo, es de un curso eminentemente crónico cuando ataca á los músculos; dependen los dolores musculares en ella, ya de una congestión simple (dolores reumatoideos), ya de la presencia ó de la infiltración de sustancias gomosas que se acumulan, y se acumulan formando un verdadero tumor intermuscular, de manera que el dolor no sólo está limitado á un músculo, sino á una porción de músculo, y al palparlo no se nota como en el reumatismo muscular el abultamiento completo de todo el músculo, sino que se nota el abultamiento localizado de una goma que se ha formado ó se está formando en un punto determinado. Los dolores de la lepra y de la pelagra en realidad no son musculares, son dolores nerviosos dependientes de la infiltración en el tejido nervioso, en la lepra, de la sustancia tsarática especial de que hablaremos más adelante, y en la pelagra de la infiltración en el tejido nervioso también de las degeneraciones gránulo-grasiantes consecutivas á las proliferaciones celulares que se fraguan en dicho tejido, ó en el cerebro. Lo que ocurre es que en la lepra y en la pelagra nunca se abultan los músculos, sino que por el contrario se deprimen y disminuyen de tamaño, y, al revés de lo que pasa en el reumatismo muscular, viene la atrofia en ellos; es verdad que con el reumatismo muscular viene la inmovilidad por el dolor, y por la infiltración de cristales y por la inmovilidad puede venir la atrofia consecutiva, aunque á fuerza de muchos años de padecerlo, pero esto no es ciertamente común, porque el reumatismo muscular altera en la mayoría de los casos con el articular y es substituido por el casi siempre.

Respecto al reumatismo fibroso, en realidad no debemos ocuparnos, y esto muy ligeramente, más que de la periostitis, porque las demás afecciones del reumatismo fibroso pueden incluirse en lo que llamaré reumatismo visceral. El pericardio, las meninges, la pleura, cuando son invadidas en los reumatismos agudos ó crónicos, indican que existe indudablemente ya lo que se ha llamado reumatismo visceral. Pues bien; localizando por este momento sólo nuestro estudio á la inflamación del periostio, para poder diferenciar la inflamación reumática de la inflamación sífilítica, de la inflamación herpética que nunca llega tan profunda, y de las demás que no tienen naturaleza constitucional, os diré que la inflamación periostica reumática, como dependiente también de la infiltración en los tejidos que revisten á los huesos de esas cristales insolubles de sustancias excrementicias y principal-

mente de uratos se presenta de una manera brusca y repentina, va acompañada de dolor intenso; pero es seca, es decir, no da lugar á grandes infiltraciones periféricas ó abultamientos alrededor como sucede en las periostitis sífilíticas y escrofulosas: el hueso no se infiltra, y limitada la periostitis á un punto más ó menos circunscrito, puede perfectamente mejorarse con remedios sencillos cuando es aguda, con los sudoríficos ó con los alcalinos, cosa que no sirve para nada, sino que por el contrario empeora las periostitis sífilíticas y las periostitis escrofulosas. En toda periostitis sífilítica hay infartos considerables y abultamientos no limitados al periostio, sino llegando al hueso, y en toda periostitis escrofulosa pasa lo mismo, de modo que la diferencia estará simplemente en el mayor ó menor abultamiento del tejido y en el resultado del tratamiento, sin que por esto crea que deben olvidarse otros síntomas importantes, en los cuales no debo detenerme.

**Reumatismo nervioso.** En el reumatismo nervioso pasa lo mismo que en el anterior; las neuralgias no lo constituyen por sí solas, sino que lo deben constituir también el reumatismo fijo en el cerebro y en la médula; pero como está ya aceptado por todos que estas lesiones formen parte del reumatismo visceral, lo dejaremos por este momento ocupándonos sólo ahora de las neuralgias de naturaleza reumática. Son muy comunes, se presentan generalmente ó á consecuencia del frío ó en el invierno; se exacerban por el día más que por la noche, porque por la noche se suelen mejorar en atención á que nos metemos en la cama y nos acorramos y sudamos ó procuramos sudar. Van acompañadas, al revés de lo que sucede en las neuralgias herpéticas, de un dolor continuo, de un dolor seguido, y siempre hay alguna tumefacción á lo largo del mismo nervio y en los alrededores del mismo. La intermitencia que caracteriza á las afecciones herpéticas aquí no existe; puede haber alguna remitencia ligera con exacerbación por consiguiente en las épocas que he dicho, pero no hay una verdadera intermitencia. Yo creo que al fin y al cabo lo que se ha llamado neuralgia desaparecerá de los cuadros nosológicos: párceme que en la mayoría de las neuralgias hay alteraciones de textura en el nervio, y que de consiguiendo todas ellas encontrarán más adelante su puesto en los cuadros nosológicos entre las neuritis; pero pasando ahora por la denominación de neuralgias, éstos son los caracteres que las acompañan: dolor intenso que se exacerba con el frío, pero continuo, no fugitivo ni intermitente, y, sin embargo que puede desaparecer de una manera brusca cuando aparece en otro sitio del cuerpo alguna otra manifestación de la misma naturaleza; así, cuando reconocéis los alrededores del sitio doloroso no encontrareis erupción ninguna, al paso que os dije que era carácter propio de las neuralgias herpéticas la coincidencia de una erupción cutánea ó de una erupción mucosa en los alrededores. Si añadís

SEGUNDA PARTE.

á todo esto para el diagnóstico de las neuralgias reumáticas los antecedentes del enfermo, si añadís, en fin, el análisis de sus secreciones, el análisis de sus excreciones ó el de su sangre, que os darán caracteres exclusivos y casi patognomónicos, creo que os será fácil hacer el diagnóstico de las neuralgias; y lo mismo que os digo de las neuralgias externas os digo de las visceralgias, de las gastralgias, de las hepatalgias, etc., etc.

**Reumatismo articular.** Todos sabéis que el reumatismo articular lo han dividido los patólogos y principalmente Jaccoud, en reumatismo articular agudo, reumatismo articular crónico, reumatismo articular nudoso y gota, no atreviéndose ó no habiéndose atrevido á decir reumatismo gotoso.

Los caracteres de estos reumatismos que componen el segundo y el tercer período del reumatismo que yo acepto, son, histológicamente considerada la cuestión: en el primero, en el reumatismo articular agudo, fluxiones bruscas, hiperemias considerables en todos los tejidos articulares, seguidas de exudaciones serosas en las cuales va mucha cantidad de principios salinos solubles y bastante también de principios insolubles, entre los cuales está la urea y el ácido úrico. Esto da lugar á infiltraciones de cristales en todos los tejidos propios de la articulación, en la sinovial, en los cartílagos, en los mismos huesos; estos cristales microscópicos, introducidos en los intersticios de todos estos tejidos provocan nuevas fluxiones consecutivas, fluxiones que pueden determinar hiperplasias é inflamaciones. Este es ni más ni menos el curso de las lesiones del reumatismo articular agudo; por eso vereis: primero, abultamiento considerable de la articulación y abultamiento doloroso; segundo, cantidad aumentada de líquido sinovial, el cual está alterado, lactescente, porque tiene en disolución muchos principios salinos; tercero, reblandecimiento mayor ó menor y pérdida del epitelium de la sinovial, lo que da lugar á aspereza en la articulación, que cuando haya durado mucho tiempo el reumatismo podeis observar al chocar unos huesos con otros en su juntura; infiltración de glóbulos de pus, pero sin que afortunadamente lleguen á coleccionarse en la mayoría de los casos, sino que se resuelven y desaparecen, y finalmente, hiperplasias, como he dicho, con abultamiento considerable de los cartílagos de las extremidades articulares, tanto mayor cuanto más repetidos sean los ataques, y cuanto más crónica se hace la enfermedad.

Pero hasta aquí la infiltración úrica, digámoslo así, de las articulaciones es ligera y fácilmente resoluble; cuando la afección pasa al estado crónico es aquella ya mucho más abundante, pueden encontrarse perfectamente estos cristallitos hasta por la palpación, y separando el epitelium sinovial reblandecido que casi ha desaparecido, cogiendo aquella membrana entre los dedos, en ocasiones encontrareis rasposidades como arenilla ligera, que está formada exclusivamente de ácido úrico. Esto está comprobado por Labus, esto no son sólo opiniones mías, sino que está comprobado además por

XXX



una ininidad de autores modernos. Naturalmente, cuando estas inflamaciones locales, cuando estas inflamaciones úricas ocupan muchas articulaciones, tienen que determinar los fenómenos generales característicos del reumatismo articular agudo, la fiebre especial que todos conocéis, el aumento considerable de la fibrina y de una fibrina coagulable en la sangre, la cantidad también excesiva de ácido úrico y de urea en la misma, etc., etc. Los demás síntomas de que os hablarán los patólogos, para mí no hacen al caso; yo no trato más que de probaros la unidad morbosa del padecimiento, y de explicar lo que puede tener relación con las afecciones cutáneas; por lo tanto, perdonadme que yo no entre en detalles ni de diagnóstico, ni de pronóstico, ni de tratamiento del reumatismo articular agudo ni del crónico.

El reumatismo que se ha llamado nudoso ó deformante, que como sabéis empieza de una manera lenta y crónica, que no da lugar á fiebre nunca, que se presenta de una manera insidiosa casi siempre en las articulaciones pequeñas y principalmente en las vértebras ó en los dedos, en las falanges, que determina y da lugar á nudosidades alrededor de las articulaciones en los tejidos blandos, está caracterizado histológicamente por una infiltración mayor de uratos en la extremidad de los huesos y en su periostio, produciendo una hipertrofia hasta el punto de determinar estalactitas óseas, especie de apófisis que se presentan dentro de la articulación y que la elevan y dan lugar en el segundo período de la enfermedad á la deformidad articular, que es la causa de haber llamado á este reumatismo reumatismo nudoso, por esas nudosidades que se presentan en las articulaciones, y deformante porque estas elevaciones desfiguran la articulación y hasta los miembros.

¿Y la gota? Pues el reumatismo gotoso ya no es, señores, una infiltración en las articulaciones, es decir, en los tejidos periarticulares, el reumatismo gotoso ya es un depósito de la sustancia úrica en el interior de la articulación y se exuda en tan gran cantidad el ácido úrico y alguna otra sustancia, pero principalmente el ácido úrico dentro de la articulación, que allí se forma lo que se llama tofo, una especie de tumor inorgánico interno ó intraarticular, que da lugar á los dolores característicos de la enfermedad; y como sabéis, hay como carácter notable, que después de desaparecido este fenómeno agudo y doloroso que se presenta, puede haber una metástasis, sin que por eso desaparezca el depósito úrico ó el tofo; una metástasis á los órganos internos, que es lo que más ha caracterizado la gota en la descripción clínica de todos los autores.

Ahora bien: decidme, señores, si las diferencias que se ven en todas estas manifestaciones del reumatismo son en su parte principal, en su parte histológica tan insignificantes, tan pequeñas; si no son en realidad de calidad, sino de cantidad, qué motivos han tenido los patólogos para separar todas

estas afecciones unas de otras cuando su causa es la misma, aunque sus manifestaciones son distintas? Para mí, señores, está probada por estas condiciones histológicas é histoquímicas, la identidad de todas estas afecciones, el reumatismo, la gota y la litiasis. Pero fáltanos para terminar y para demostrar más esto ver los caracteres, si esto es posible, del reumatismo visceral, es decir, del reumatismo que ataca las entrañas viscerales en su parénquima, sea por metástasis, sea por el curso natural del padecimiento, lentamente avanzando.

Este reumatismo visceral es una mezcla del fibroso, del nervioso, del vascular, del muscular; así, por ejemplo, podrá perfectamente el reumatismo del corazón asemejarse, y puede y debe asemejarse al reumatismo muscular: el reumatismo cerebral, que existe de una manera indudable, porque puede verse en las autopsias, es el mismo reumatismo nervioso, dependiendo no sólo de la infiltración de uratos en el tejido nervioso cerebral, sino de la infiltración principalmente de la colesteraína, producida, como sabéis, en los mismos centros nerviosos; pero que en ocasiones, como la colesteraína es eliminada por el hígado, cuando hay una enfermedad coincidente de esta viscera, sobreviene ó es de temer que sobrevenga un reumatismo cerebral, porque el hígado entónces, no pudiendo eliminar toda la colesteraína y dejándola en la sangre, que no puede conservarla toda, hace que, depositándose en el cerebro, determine lo que se ha llamado por algunos reumatismo cerebral, en el que va incluida la apoplejía, la congestión y la inflamación misma del cerebro producida por la infiltración de estos depósitos, ó precipitados cristalinos de sustancias inorgánicas en el parénquima nervioso.

Pero hay que observar limitándonos á este reumatismo visceral, dependiente no solamente de la infiltración de los uratos y ácido úrico, sino también de la colesteraína: hay que observar digo que este reumatismo generalmente viene como metástasis de los reumatismos articular y muscular, casi nunca se presenta de una manera primitiva. En otras ocasiones, como he dicho, ocurre á consecuencia de afecciones hepáticas coincidentes con el reumatismo, ó viene como consecuencia del reumatismo fibroso pericárdico; es decir que puede ser un síntoma del segundo período de la enfermedad reumática ó una manifestación exclusivamente del cuarto.

Es manifestación del segundo período cuando se presenta de una manera brusca, aguda, como metastásica en el curso del reumatismo, ó en un sujeto reumático por causa de un frío intenso; pero cuando se presenta después de ataques repetidos de gota ó de reumatismo, entónces, señores, debe pertenecer al cuarto período de la enfermedad, y entónces no es curable, como sucede, por desgracia también en la mayoría de los casos, cuando se presenta en el segundo período por fluxion metastásica.

Comprende el reumatismo visceral, como os he dicho, muchos reumatismos profundos, y uno de ellos es la afección

renal que caracteriza la litiasis. No es posible, señores, que yo pueda explicarlos ni deciros nada acerca de cada una de todas estas enfermedades; pero consto que en estas afecciones además de la congestión propia y primitiva, congestión ya aguda, ya crónica, se presenta esa gran exudación característica intersticial primero; después, lo mismo que en las articulaciones, se forman ya depósitos, que son eliminados por la orina, constituyendo primero las arenillas y después acumulándose se forman en la vejiga los cálculos; que es muy difícil que encontreis la litiasis úrica en sujeto que no haya tenido antes ninguna manifestación del reumatismo ó de gota; que es muy rara la forma anómala que podríamos llamar faja primitiva calcúlea; que es muy raro también que se presente la diátesis úrica en sujetos que no son hijos de reumático ó de gotoso. De manera que todo esto viene á confirmar aquella idea de que la litiasis es siempre una manifestación del reumatismo, no siquiera una transformación del mismo como otros quieren.

En el reumatismo visceral crónico se presenta por lo común una afección muy conocida de todos vosotros, las lesiones crónicas del corazón, las endocarditis crónicas, que muchas veces se ocasionan por metástasis en el segundo período; pero que en los casos comunes del reumatismo crónico y de gota crónica se presentan siguiendo el curso del padecimiento, generalmente para terminarlo y dar lugar á la muerte del sujeto. En estas afecciones está perfectamente probado que la lesión consiste en esa misma infiltración de los cristallitos de ácido úrico ó de oxalato de cal, lo cual da lugar aquí, por el movimiento continuo que tiene que sufrir el órgano central de la circulación, primero á una fluxión sostenida, después á un estado hipertrófico, y generalmente á los aneurismas; pero como coincide con todas estas afecciones, según os voy á decir dentro de un momento, una alteración especial de la sangre, es muy común además que por la constitución y composición de esta misma sangre se produzcan coágulos especiales que determinan las embolías, que determinan las apoplejías, que determinan las equimosis en la piel y en otros sitios tan frecuentes en las lesiones de corazón.

Basta ya de reumatismo visceral, y digamos algo de la etiología del reumatismo y de las alteraciones generales que determina en la sangre y en los tejidos. Hay dos causas, exclusivamente dos causas para la producción del reumatismo: una es la disposición orgánica, otra es el frío, con, ó sin la disposición orgánica; el frío en realidad no determina el reumatismo sin disposiciones orgánicas; pero el frío, sin embargo, puede ayudar mucho á otro género de causas para determinar esa disposición orgánica. La disposición orgánica es generalmente hereditaria, pero puede ser también adquirida, y el modo de adquirirla es por la alimentación, y por el enfriamiento. Ya os dije en la conferencia anterior que aquella dependía en mi opinión: primero, de un desequilibrio entre las funciones asi-

milátricas y desasimilátricas, ó de que las segundas no tenían tanta fuerza como las primeras; ó en fin, de que no había la exudación suficiente de las sustancias proteicas de la sangre, que por consiguiente las debía tener en exceso, y además de que las sustancias insolubles, como la urea y el ácido úrico, que necesitan de la oxigenación para convertirse en solubles no se oxigenaban. Así es que esta disposición reumática está caracterizada por una alteración especial de la sangre, consistente en el aumento considerable de la fibrina, con una particularidad, la particularidad de que esta fibrina es mucho más coagulable, mucho más fácilmente coagulable que la fibrina normal; por un exceso también de la albúmina, por un aumento de las sales, tanto solubles como insolubles; por una disminución por consiguiente del agua, y por una disminución que se ha llamado aglobulía, disminución de los glóbulos blancos de la sangre: lesiones sanguíneas, como veis, completamente opuestas á las de la pelagra.

*Diagnóstico del reumatismo.*—El diagnóstico del reumatismo debe hacerse, estudiado como nosotros lo estudiamos, es decir, como unidad morbose constitucional, entre las demás afecciones constitucionales, y tiene varios caracteres importantísimos para poderlo diferenciar de todas las demás. Uno es este de que acabo de hablar hace un momento: la alteración sanguínea especial que no se presenta en el herpetismo; ya sabéis que los herpéticos tienen la sangre en el estado normal hasta el último período, el período visceral, en el que hay las alteraciones propias de toda caquexia. Pero en cambio pudiera parecerse algo esta constitución de la sangre á la constitución de la sangre del leproso; no quiero, sin embargo, adelantaros datos en este momento que reservo para cuando me ocupe de la pelagra.

Sabéis que no hay adenopatías en el reumatismo; en cambio hay adenopatías en la sífilis, en la escrófula, en la lepra; de manera que este síntoma ya le diferencia de todas estas afecciones; pero en cambio no hay adenopatías en el herpetismo, no hay adenopatías en la pelagra. Para el diagnóstico de estos dos estados constitucionales necesitamos otros signos de que luego hablaremos; no hay en el reuma neoplasias, como no las hay en el herpetismo en ninguno de los tejidos; puede dar lugar, lo mismo que el herpetismo, todo lo más á hiperplasias, pero nunca determina neoplasias, y, de consiguiente, no determina úlceras, no determina cicatrices: es muy raro, señores, es preciso que haya un mal tratamiento como en el herpetismo para que se determine la ulceración, la caries, la supuración, la necrosis. Todo esto, que es muy raro en el herpetismo, puede también en el reuma presentarse en ocasiones, y ¿cuándo? cuando se pone al descubierto, por ejemplo, la parte interna del tejido, cuando se pone al descubierto y en contacto con el aire exterior la lesión profunda reumática: es natural que si punzais una articulación reumática, si ponéis en contacto con el aire exterior aquella parte infla-



mada, se presenten úlceras supuraciones y caries; es muy natural que se presenten también si cauterizais, si punzáis, si tratáis mal una osteitis reumática; pero generalmente ninguna afección reumática os dará lugar á procesos neoplásicos ó ulcerosos salvo el cancer, proceso final de todas, ó de la mayor parte de las discrasias. En esto se parece también al herpetismo y, en lo anterior, á la pelagra.

Pero el reumatismo se diferencia perfectamente de estas enfermedades como la sífilis, la lepra y la escrófula por un síntoma que es el dolor, dolor, que sin embargo, se puede presentar en la sífilis, se puede presentar en la lepra, se puede presentar en la pelagra y se puede presentar aunque rara vez en el herpetismo; pero sus condiciones y sus caracteres son tales, que fácilmente los diagnosticaréis: así, por ejemplo, el dolor sífilítico se exagera por la noche generalmente, y con el calor lo mismo que el dolor herpético; y el dolor reumático, por el contrario, se exagera con el día y con el frío. El dolor sífilítico generalmente no es muscular, es óseo, mientras que el dolor reumático generalmente es muscular ó articular: el dolor herpético es nervioso, el dolor herpético es neurálgico, depende de la alteración de un nervio; mientras que el dolor reumático, como digo, está casi limitado á las afecciones musculares ó articulares.

El curso del reumatismo es muy distinto del que tienen las demás afecciones constitucionales: comparándole con el herpetismo, por ejemplo, vereis que en esta última afección constitucional las erupciones cutáneas van generalizándose, y acompañan cada vez más intensas y más extensas á la afección hasta su último periodo. En el reumatismo, por el contrario, las erupciones cutáneas que existen previamente y que acompañan á la enfermedad alternando con las manifestaciones dolorosas del reumatismo, desaparecen ya cuando la época de los depósitos úricos, cuando el tercer periodo del mal; desaparecen ya para no volver generalmente á presentarse, ó si se presentan, limitadas á una afección pruriginosa, á una afección sumamente ligera en apariencia, el prurigo.

En la sífilis no pasa tampoco esto: las sífilides es verdad que se van circunscribiendo, que se van limitando más cuando la enfermedad avanza, pero siguen presentándose y coinciden con la época dolorosa de la sífilis, las erupciones que se han llamado gomosas; tanto coinciden, que en la mayoría de los casos son sus causas, son la causa verdadera de los dolores osteócosos que se presentan.

No puede confundirse el reumatismo con la pelagra por los caracteres que os dije al hablar de esta enfermedad. No puede confundirse tampoco el reumatismo con la lepra, porque, aunque esta va acompañada del dolor que os he indicado anteriormente, son estos dolores verdaderas hiperestesias cutáneas, nunca afecciones profundas coincidentes. Las afecciones musculares de la lepra pueden determinar, de una manera brusca y repentina, la atrofia, que es muy rara en el reuma-

tismo y no se presenta sino después de muchos y repetidos ataques: es verdad que se presenta un síntoma en la lepra que es la gafadad leprosa, la cual puede confundirse con el reumatismo nudoso, pero esa gafadad es muscular: esas alteraciones de los dedos en los leprosos que hacen presentar las manos gafas, dependen de atrofia muscular, mientras que la gafadad del reumatismo nudoso depende, como os he dicho anteriormente, de verdaderas hipertrofias, y apéndices óseos ó epífisarios que salen de la articulación, y que son verdaderas hiperplasias del tejido óseo. Nada de esto pasa en la lepra, en la que depende la gafadad casi exclusivamente de las atrofas de ciertos músculos, y, de consiguiente, de la mayor intensidad en la contracción ó potencia de los otros.

*Pronóstico del reumatismo.*—El pronóstico del reumatismo depende del periodo en que se halla; depende de la forma más ó menos benigna ó maligna de aquel ataque, y, en fin, de la mayor ó menor importancia del órgano atacado. El primer periodo del reumatismo, ese reumatismo cutáneo-mucoso de que os he hablado, coincide con la mejor salud, tanto que el enfermo generalmente no llama al médico; solamente los ricos, que no quieren tener ligeras molestias de caspas ó erupciones insignificantes, son los que únicamente acuden al médico, pero considerando que la afección es un herpetismo, y piden remedio para él sin darle importancia ni presumir, sea la avanzadilla del reumatismo doloroso. La duración de este periodo es sumamente larga: á veces este periodo de amenaza reumática, este periodo cutáneo mucoso, dura diez, quince y más años; se presenta desde la primera juventud y dura hasta los cincuenta ó sesenta años, y en esta época es cuando aparece de pronto, desapareciendo bruscamente la erupción cutánea ó mucosa, el reumatismo articular, ya como forma fija primitiva, ya cuando ha desaparecido el reumatismo muscular, el reumatismo fibroso ó nervioso, propios todos del segundo periodo del mal: el pronóstico de este periodo que yo llamo doloroso del reumatismo es grave; no porque sea siempre mortal ni mucho menos; no porque las lesiones locales que determina sean de tanta gravedad que no puedan todavía desaparecer: es grave por inmovilizar al sujeto; porque le impide de una manera más ó menos absoluta el uso de sus remos, y, de consiguiente, el uso de su vida social: es grave, en fin, por las metastasis que puede determinar ó á que puede dar lugar en los centros de vida, y por esto puede llegar á ser mortal. Pero este periodo no es tan durable como el periodo cutáneo mucoso; puede durar seis, ocho ó doce años; raro es que á los doce años no se haya verificado un ataque de reumatismo visceral más ó menos grave, ó que combinándose con esas otras afecciones excrementicias, como la albuminuria y la diabetes, no termine con la vida del sujeto.

Cuando la afección lleva un curso anómalo y se presenta el periodo terciario sin haber pasado por el secundario, es decir, cuando después del periodo cutáneo mucoso salta la enferme-

dad al tercer período crónico de depósitos úricos, ó, lo que es lo mismo, al tercer período crónico deformante ó gotoso, en este caso la afección puede durar más, porque ya no se cuenta lo que ha durado el reumatismo agudo del segundo período. Yo he conocido muchos gotosos, muchos, que han padecido artritis deformantes reumáticas, y los he conocido vivir veinte y treinta años, hasta que ha venido el reumatismo nervioso, generalmente modular, á terminar con su vida, pero ello es que los he conocido vivir muchos años.

Cuando el reuma ataca las vísceras, y las vísceras importantes, como el corazón ó como el cerebro, la vida dura poco; siendo en el corazón puede ser más durable, porque este órgano puede dilatarse, puede producir un aneurisma que prolongue algo la vida del sujeto; pero en el cerebro, donde no hay posibilidad de que el órgano se dilate, sino que por el contrario ha de ser deprimido y atrofiado, puede venir á consecuencia de esto la muerte más ó menos rápida por atrofia ó reblandecimiento del mismo.

*Tratamiento general del reumatismo.*—El tratamiento del primer período ó cutáneo mucoso debe consistir, señores, en el uso interno de los alcalinos: debe consistir en el uso externo de los mismos, y de los baños generales templados: las aguas minerales de Vichy, y en España las de Sobron, Mondariz, Caldelinas, Marquina, Betelu y Alzola; los baños alcalinos artificiales, en los que entren dos ó tres onzas ó más de bicarbonato de sosa, ó cuatro ó seis de subcarbonato de potasa; las pomadas ó lociones con disoluciones de sustancias alcalinas, son los remedios que casi única y exclusivamente deben emplearse. Sin embargo, en ocasiones no basta, por ejemplo, el bicarbonato de sosa para hacer desaparecer una dispepsia reumática acompañada de dolores, y es porque el elemento dolor es muy intenso ó extraordinario; y, por consiguiente, una de las indicaciones generales que tiene que llenarse, es la de atacarle y combatirle, al mismo tiempo que la causa del mal, ó la alteración sanguínea especial propia del padecimiento. En la mayoría de los casos bastan, sin embargo, los alcalinos y los sedantes para curar el primer período cutáneo mucoso de la enfermedad.

El tratamiento del segundo período del reumatismo, ó el reumatismo doloroso, incluyendo en él todos los reumatismos de diferentes formas, debe de estar constituido, en primer lugar también por los alcalinos, entre los cuales el más principal, hoy por hoy, es el salicilato de sosa, medicamento que, gracias á German See, constituye, como sabéis, el principal remedio contra el reumatismo articular agudo; no es ya tan útil contra los reumatismos articulares crónicos, y contra la gota y demás afecciones deformantes; pero contra el reumatismo articular agudo, tomado en grandes dosis de

cuatro á seis gramos cada día, ascendiendo más si es necesario, le vereis desaparecer en breves días, tres ó cuatro tal vez, sin usar siquiera los emolientes y calmantes al exterior, pero mucho más si apelais á ellos.

Cuando se hace crónico el reumatismo, ya no basta el tratamiento agudo del salicilato de sosa, y no es indiferente para el organismo el tratamiento crónico ó continuado del salicilato de sosa; por esto no da resultados seguros, y si tal vez alguna desgracia muy cayecada por la persona en que recayó; por esto, para las afecciones crónicas, creemos es mucho mejor el iodo, los ióduros, los purgantes, las aguas minerales clorurado-sódicas y iodurado-sódicas, el colchico y el sulfato de quinina. El cómo se dan estos remedios, lo sabreis vosotros mejor que yo, por lo que habreis estudiado de patología interna.

Cuando llega el tercer período del reumatismo; cuando ya se encuentra uno con depósitos úricos dentro de las articulaciones, el mejor remedio suele ser no hacer nada: en la mayoría de los casos, los gotosos, ó los que padecen afecciones deformantes de las articulaciones, ó reumatismos nudosos, cuando se les deja á una buena higiene, al campo, á una alimentación y ejercicio moderado, se mejoran, y van tirando; pero cuando se emplea con ellos un tratamiento activo de aguas minerales ó remedios internos, termina la afección, por hacer una metástasis á los órganos más interesantes viscerales que conduce pronto á la muerte. Sin embargo, la tintura de iodo suele dar algun resultado, administrada por el método de Trousseau, que consiste en dar de quince á veinte gotas en el vino de cada comida, durante uno ó dos meses, para descansar y volver á repetir si la afección no ha mejorado.

El reumatismo visceral no se cura; puede vivirse con él algun tiempo, si el reumatismo visceral está colocado en una víscera de poca importancia; pero el reumatismo visceral del corazón, el reumatismo visceral de los grandes vasos sanguíneos, el reumatismo visceral crónico del cerebro, no se cura, es inútil que deis tratamiento de ningún género para él; y no solamente es inútil, sino que sería perjudicial que mandaseis, por ejemplo, las aguas minerales alcalinas ó clorurado-sódicas: á ninguno que tenga afecciones del corazón le convienen los baños minerales, porque con éstos no puede darse lugar á determinar la resolución ó desaparición de los depósitos, ó infiltraciones úricas en las válvulas, ni del estado atromatoso del endocardio.

En nuestra conferencia inmediata nos ocuparemos en el estudio, clasificación, división y descripción de lo que más nos interesa, que son las afecciones cutáneas de naturaleza reumática.

He dicho.



## LECCION DÉCIMACUARTA.

Definición de las reumáticas ó artríticas.—Inconvenientes de esta última denominación.—Nombres que pudieran sustituir al de artritis de Bazin.—Clasificación de las artritis de Bazin.—Nuestra clasificación de las reumáticas por el proceso morbos local.—Primero, hiperemias cutáneas reumáticas ó reumáticas erupitivas.—Sus caracteres histológicos.—Eritemas reumáticos (alternantes) anales, marginado, pápulo tuberculosos, acroto, intertrigo.—Urticaria aguda y crónica reumáticas (alternantes).—Sus caracteres, curso, diagnóstico y tratamiento.—Segundo, inflamaciones reumáticas.—Sus caracteres histológicos.—Del *eczema* soro (fijo y precursor).—Del *eczema* nummular alternante.—Del *herpes zona* reumático.—Del *pródigo* crónico reumático.—Del *impetigo* ó *eczema* pustuloso alternante reumático.—De los *forúnculos* como manifestación del reumatismo.—Tercero, reumáticas verrucosas.—Del carácter histológico diferencial que tienen.—Del liquen reumático alternante.—Del pródigo localizado coincidente y alternante reumático.—Cuarto, de las reumáticas hiperplásicas.—Hiperplasia epidérmica reumática.—Sus caracteres histológicos.—Pitiriasis crónica fija.—Psoriasis localizado nummular y alternante.—Hiperplasia conjuntiva dérmica perifollicular.—Dilatación dérmica reumática y de otras reumáticas probables.—Conclusión.

### SEÑORES:

Vamos á terminar hoy, si podemos, el estudio del reumatismo, dedicándonos exclusivamente al estudio del reumatismo cutáneo.

El reumatismo cutáneo se ha denominado por Bazin, que es el primero que de él ha hablado, artritis: denominación que deriva de la voz artritis, hecha para reunir, ó asimilar en una sola palabra las dos entidades morbosas conocidas con los nombres de reumatismo y de gota. Permitidme que os diga dos palabras nada más acerca de esta denominación de Bazin, que yo considero no solamente impropia, sino perjudicial para la ciencia: al llamar artritis, que mejor sería llamar artrismo, á la enfermedad constitucional que determina estas afecciones cutáneas, y todas las manifestaciones dolorosas del reuma y de la gota, seguramente que ha llevado este autor la confusión al ánimo de todos los alumnos, como de todos los profesores; porque llamándose artritis también la inflamación de las articulaciones, parece que deriva sólo de esta inflamación local el nombre del padecimiento; siendo así, que precisamente por sus mismas ideas, Bazin admite que el reumatismo y la gota pueden dar manifestaciones en la piel, en las mucosas y en otros tejidos que no son ciertamente las articulaciones.

Si yo hubiese pretendido dar una denominación á esta en-

fermedad constitucional, visto que lo que más domina en ella como carácter general es el exceso de ácido úrico, la hubiera llamado uricemia, y uricémides pudieran haberse llamado á las erupciones cutáneas ó mucosas dependientes de la alteración especial de la sangre en esta enfermedad constitucional. Pero como en el reumatismo no sólo es el ácido úrico el que domina en la sangre y en las secreciones, sino que hay también otros productos excrementicios, tal vez hubiera podido también denominarse á la enfermedad excrementicemia, y excrementicémides á las erupciones producidas por esta causa: sin embargo, como todo lo que sea crear nombres nuevos viene á dar confusión á la ciencia, y lo que hace falta es que se dé la significación precisa á nombres ya conocidos, creo que se debe confundir todo este conjunto de enfermedades con el nombre de reumatismo ó de reuma; y que las afecciones cutáneas que Bazin ha denominado artritis, deben denominarse, al menos en español, reumáticas. Las reumáticas, como las artritis, son, pues, unas afecciones cutáneas dependientes de esa alteración especial excrementicia de la sangre descrita ya por nosotros.

No os repetiré los caracteres que acerca de ella os he dado en conferencias anteriores: sólo me permitiré deciros la división ó clasificación que Bazin hace de las artritis, y la di-

vision ó clasificación que yo seguiré en la exposición que voy á hacer de las mismas dentro de un momento.

La clasificación de Bazin, bastante buena para ser él el que ha creado este grupo de afecciones cutáneas; bastante buena para ser él, no solamente el que lo ha creado, sino el que lo ha caracterizado, es incompleta. Divide Bazin las afecciones artríticas en pseudo-exantemáticas, secas y húmedas: las pseudo-exantemáticas, en eritematosas, comprendiendo el estudio de varios eritemas, de la urticaria y de la pitiriasis aguda diseminada; vexciculosas, que comprenden el herpes-zona, y ampollasas ó flictenosas, que comprenden el pénfigo agudo.

El otro grupo, de artritis secas, lo divide también en eritematosas, que comprenden otras especies distintas de eritemas: las escamosas, que comprenden el estudio de la pitiriasis y del psoriasis; y las granuladas, botonosas, como él dice, que comprenden el estudio del prurigo, del líquen y del acné.

Finalmente, el grupo de las húmedas lo divide en véxico-escamosas, que comprenden el estudio del eczema y de la hidrox; en ampollo-laminosas, que comprenden el estudio del pénfigo ó pénfigo crónico; y en puro crustáceas, en las cuales estudia la mentagra, los farinúculos y el ectima.

Como veis, esta clasificación tiene el inconveniente de separar, por ejemplo, en dos ó tres distintos órdenes, la clase de las afecciones artríticas eritematosas; de separar el pénfigo agudo del pénfigo crónico, aunque éste sea consecutivo al primero, y, por consiguiente, una manifestación suya el segundo; y, en fin, de no dar una idea del proceso morboso local que determinan este género de afecciones.

Por el siguiente cuadro comprenderéis mejor el pensamiento nosológico del eminente dermatólogo francés.

## ARTHRITIDES.

(Clasificación de Bazin.)

Pseudo-exantemáticas.	Eritematosas.....	Eritema nodoso.
	Urticaria.....	Urticaria.
	Vexiculosas.....	Pitiriasis aguda diseminada.
	Ampollasas.....	Herpes zona.
Secas.....	Eritematosas.....	Eritema intertrigo.
	Eritematosas.....	Eritema pápulo tuberculoso.
	Escamosas.....	Oparrona.
	Granuladas.....	Cuabais.
Húmedas.....	Escamosas.....	Pitiriasis.
	Líquenes.....	Psoriasis.
	Acné.....	Prurigo.
	Acné.....	Líquén.
Húmedas.....	Vexico-escamosas.....	Acné.
	Hidrox.....	Acné.
	Ampollo-laminosas.....	Acné.
	Puro crustáceas.....	Acné.

Yo he de explicar entre las artritis ni más ni menos que las erupciones que he podido ver y considerar como tales,

porque creo que Bazin, como fundador de este grupo, como creador de la nosología de esta clase de afecciones cutáneas, se ha equivocado en algunas cosas y ha exagerado en muchas otras. Es un estudio el de las artritis que debe hacerse de una manera individual, cierta, para que haya suficiente número de observaciones imparciales y poder entre todas hacer una síntesis completa; por lo tanto, yo las dividiré lo mismo que las herpéticas, por el proceso morboso local que las determina; la hiperemia, la inflamación, ese estado particular nervioso, indeterminado aún por la histología, y la hiperplasia; ó, lo que es lo mismo, dividiré las artritis ó reumáticas en hiperémicas, inflamatorias, nerviosas ó hiperplásicas.

En el adjunto cuadro, que para ser más breve voy á leerlo, encontraréis los detalles de la clasificación que propongo á vuestra crítica.

## REUMATISMES.

(Clasificación del Dr. Gilelet.)

Hiperémicas.....	Nullos.....	alternantes.
	Eritemas.....	marginados.....
	Urticarias.....	pápulo-tuberculoso.....
	Vexiculosas.....	fasciadas ó caparrosas.....
Inflamatorias.....	Urticarias.....	intertrigo.....
	Vexiculosas.....	tuberosas ó cuabais.....
	Flictenosas.....	eczema seco fijo.....
	Pustulosas.....	eczema numular.....
Nerviosas.....	Pseudo-membranosas.....	impétigo.....
	Líquénoides.....	pénfigo crónico.....
	Líquénoides.....	impétigo.....
	Líquénoides.....	impétigo.....
Hiperplásicas.....	Pruriginosas.....	prurigo localizado.....
	Pruriginosas.....	prurigo localizado.....
	Pruriginosas.....	prurigo localizado.....
	Pruriginosas.....	prurigo localizado.....

Si atendiéramos á ciertos caracteres clínicos importantes, podríamos dividir también las reumáticas en dos grandes grupos: 1.º fijas ó precursoras porque preceden y anuncian el reumatismo doloroso, y están fijas y localizadas en las regiones pilosas, como la cabeza y los genitales, durante meses ó años; y 2.º alternantes ó móviles porque alternan en el curso del reumatismo, ya con las reumáticas mucosas, ya con el reumatismo doloroso, en cualquiera de sus diversas formas, ó con las complicaciones que fragua la fácil repercusión de las mismas reumáticas cutáneo-mucosas; pero, aunque estos datos de observación son muy notables y ciertos, es indudablemente más clásica y científica la clasificación anterior y tiene la ventaja, siendo idéntica á la de las herpéticas, de prestarse á la comparación entre ambas discrasias y sus respectivas manifestaciones sintomáticas.

Entremos, pues, y sin próambulos en el estudio particular de las reumáticas cutáneas, empezando por el 1.º de los cuatro géneros en que las divido.



**REUMÁTICAS HIPERÉMICAS. Hiperemia reumática.**—El proceso hiperémico reumático tiene, señores, por caracteres especiales: primero, la dilatación enorme de los vasos capilares cutáneos del sitio afecto: se observa en los cortes que se hacen en las placas eritematosas, los vasos capilares sumamente gruesos en sus paredes, sumamente dilatados en su cavidad y además aumentados en su longitud hasta el punto de que tienen, para conservar su situación dentro del dérmis, que forman grandes flexuosidades estando mucho más dilatados que en todas las demás afecciones eritematosas ó hiperémicas, dependientes de otra naturaleza. Segundo; otro de los caracteres de la hiperemia cutánea reumática, es, ó mejor dicho son las múltiples embolias capilares fibrinosas que en la lesión cutánea se producen: encuéntrase en el mayor número de los capilares cutáneos de los eritemas reumáticos, copos fibrinosos que obturan en parte ó en la totalidad los vasos que sirven para la circulación cutánea; de aquí ha de venir como consecuencia un 3.º é importante carácter, la apoplejía, la ruptura de estos vasos, y por consiguiente equimosis, traxudaciones; no exudaciones, sino traxudaciones de todo el líquido sanguíneo en los intersticios orgánicos. Y ya que digo esto, haré alguna aplicación á las afecciones congestivas reumáticas que se pueden presentar en otros órganos: como el proceso hiperémico reumático, debe de ser análogo en la piel, que en el cerebro, que en el hígado, que en las vísceras en general, es lo probable, no es lo probable, está ya probado por algunas observaciones prácticas de Cornil y de Ramvier y de otros histólogos, que se verifican en estas vísceras las mismas embolias capilares; y de aquí los focos apoplécticos que se encuentran con tanta facilidad en las vísceras de los reumáticos; las apoplejías fulminantes que vienen en el reumatismo con facilidad sorprendente; y no solamente apoplejías cerebrales, sino apoplejías pulmonares y apoplejías viscerales del hígado y de otros órganos interesantes para la vida. Perdonadme, señores, esta digresión en atención á su importancia, y lleguemos al cuarto y principal carácter de la hiperemia reumática: éste es la existencia en los intersticios orgánicos, en donde se ha verificado la apoplejía capilar, la existencia, digo, de productos inorgánicos cristalizables, mezclados en cantidad considerable con el producto de la descomposición sanguínea: estos productos generalmente son de ácido úrico y de uratos; pero pueden ser, y seguramente son de alguna otra sustancia, cuando la afección está muy adelantada, cuando la lesión cutánea alterna con la diátesis úrica en el tercer período del reumatismo, ó sea con la gota, y en fin, cuando se presenta en las vísceras, en los músculos ó en las articulaciones. De modo que reuniendo estos cuatro caracteres y añadiendo á ellos la fiebre en algunas ocasiones, y en otras la facilidad sorprendente de desaparecer todo de una manera rápida y brusca, tendréis los caracteres más notables de la hiperemia cutánea reumática sin contar su autonomía

como lesión cutánea, cosa que basta para distinguirla de la herpética, que como sabéis precede siempre á otra lesión distinta.

Las hiperemias reumáticas las divido en dos clases principales, que son: los eritemas y las urticarias. *Eritemas reumáticos.* He tenido ocasión de ver cuatro; creo que existe un quinto que admite Bazin, aunque no lo he visto: los que he tenido ocasión de ver, son: el eritema nudoso, el marginado (de que no habla Bazin), el pápulo-tuberculoso y el eritema acnéico ó caparrosa; el otro de que habla Bazin, pero que yo no he visto, es el intertrigo. Os diré algunas palabras para caracterizar estos eritemas, para distinguílos, y para que conozcáis el modo fácil y sencillo de tratarlos.

*Eritema nudoso.*—Acompaña generalmente al reumatismo muscular: en la mayoría de las ocasiones, precede al reumatismo articular, pero alguna vez también alterna con él: por eso se presenta en los primeros períodos de este reumatismo y generalmente alternando: es común en la juventud: el sitio predilecto que ocupa son las extremidades inferiores, y su sintomatología es la siguiente: aparecen de pronto en las extremidades inferiores, después de un enfriamiento brusco ó de un enfriamiento largo tiempo continuado, varias placas rojas de un color rojo oscuro ó violado, color característico de todas las reumáticas: estas placas rojas, precedidas en ocasiones de picazón ó de ligero dolor, al día siguiente aumentan de altura en su centro, hasta el punto de dar la sensación de un tubérculo, como si fuera una goma sifilítica ó un tubérculo del tamaño de un garbanzo, en ocasiones mucho más rojo y violado que el eritema periférico: este tubérculo es muy doloroso. Generalmente la afección, que es febril hasta que la erupción brota bien, dura diez, doce, quince ó veinte días, y al cabo de este tiempo el eritema nudoso empieza por rebajarse de altura, por mitigarse en su dolor, por atenuarse en su coloración y por desaparecer, en fin: raro será que al desaparecer el eritema nudoso no venga de una manera inmediata, y al cabo de pocos días, el ataque de reumatismo muscular agudo. Pero en ocasiones no precede sino que sigue al primer ataque de reumatismo articular ó muscular. El eritema nudoso no es común que se reproduzca; pero en algunas ocasiones lo he visto reproducirse, alternando también con ataques de reumatismo articular agudo ó crónico. Es fácil diferenciarlo de los demás eritemas de otra naturaleza, y aún de los de naturaleza reumática, de que hablaré dentro de un momento, no solamente por el dolor que le acompaña, sino por esa tumefacción, por esa especie de nudo ó de nudo central, que no desaparece aún que se apriete con el dedo, pero si disminuye en su coloración. Esta enfermedad es leve en sí; apenas si necesita recursos terapéuticos para desaparecer; sin embargo, es conveniente tratarla tópicamente con los calmantes no grasos, con el láudano, con disoluciones morfíneas para calmar el dolor, y con baños generales templados: muchas veces de

esta manera se hace que se resuelva muy fácilmente el eritema nudo, y se evita la presentación del reumatismo muscular ó articular, sobre todo si adicionamos á esta medicación local y general, el uso de algunos purgantes y de algun poco de bicarbonato de sosa durante una temporada de diez á quince ó veinte días. En los casos tenaces debéis adicionar el uso de la tintura de iodo al interior.

Otro de los eritemas positivamente reumáticos, es el que se llama eritema *marginado*. Consiste el eritema marginado en placas redondas numulares extensas, en número de dos, ó de tres todo lo más; del tamaño mínimo de un duro, del tamaño máximo de una de estas medallas que ahora han acuñado, es decir, de tres á ocho centímetros de diámetro, de un color rojo vinoso muy oscuro, con los bordes perfectamente limitados y más elevados que el centro de la placa, en el cual, sin embargo, no hay decoloración. He visto precisamente en el director de un periódico muy leído, una placa de este eritema numular sostenida, fija, encima de una rodilla durante un año ó año y medio; pero lo común es que este eritema marginado sea también fugaz y agudo como el eritema nudo. Se diferencia de él porque no duele, es inefrable, y no tiene elevación central, sino todo lo contrario; pero casi siempre precede su desaparición brusca á un ataque de reumatismo articular agudo, y en el sujeto de que he hecho mención, la desaparición brusca coincidió precisamente con el principio de dicho ataque. Reducido el mal á una, dos ó tres placas numulares de este eritema violado é indolente, sea agudo ó sea crónico, la verdad es que en sí no tiene gravedad de ningún género, y que su desaparición la podéis conseguir fácilmente empleando los mismos remedios que para el tratamiento del eritema nudo, excepto los calmantes que os he indicado, porque no son necesarios no habiendo dolor, es decir, el uso de los alcalinos al interior, y el uso de los baños generales templados, ya amiláceos, ya alcalinos también y si no bastan el iodo ó el ioduro potásico al interior. Tal vez el no haber querido hacer uso de este tratamiento la persona á que antes me he referido, fué la causa de que tanto le dadas el padecimiento cutáneo, y de que no evitase ó no consiguiese evitar el reumatismo doloroso que le vino inmediatamente después de su desaparición brusca, el cual le ha repetido varias veces desde aquella época.

*Eritema pápulo-tuberculoso*.—Consiste en la presentación de varias placas eritematosas grandes y también numulares ó redondeadas, de un color igualmente rojo oscuro violado, en las cuales se presentan no una, sino varias elevaciones, que en unos sitios llegan á tener el tamaño de pápulas, pero que en otras son verdaderos tubérculos; pápulas y tubérculos del mismo color que la mancha eritematosa, y sobre las cuales, en algunas ocasiones, se levanta el epidermis, formando una ligera vesícula que da lugar por algun tiempo á humedad y á una exfoliación insignificante. Este eritema pá-

pulo-tuberculoso alterna lo mismo que los anteriores con los ataques de reumatismo articular; pero con lo que más suele alternar es con afecciones de la membrana mucosa del tubo aéreo y digestivo, bronquitis, corizas, etc. Es muy común que se presente este eritema pápulo-tuberculoso de un modo brusco ó repentino en la cara y en los brazos, más común en un brazo que en los dos, y si se presenta en los dos, de una manera asimétrica, es decir, en diferente altura. Preséntase en la cara, como digo, y en las manos y rodillas, y sobre este eritema pápulo-tuberculoso se desarrolla un estado edematoso, duro, una especie de infiltración del dérmis, en la cual no es difícil encontrar uno de los caracteres especiales y más importantes del reumatismo cutáneo, que son los equimosis. La infiltración se propaga por los lados ó por la circunferencia á las membranas mucosas próximas; así es que se ven estos edemas en la conjuntiva palpebral, en la conjuntiva ocular; propáganse con frecuencia á la boca, y por el labio superior á la mucosa nasal; y en estos casos, la placa eritematosa exterior se convierte interiormente en una capa blanqueza, como si fuera una aña, pero sin levantarse el epitelium. Es una afección el eritema papuloso tuberculoso de curso agudo: termina por resolución de una manera espontánea también en quince ó veinte días; da lugar á alguna molestia de picazón de picotazo y de ligero dolor, y sobre todo á la tensión consiguiente á los infartos cutáneos, que trastornan los movimientos de los párpados, de los labios y de las narices, impidiendo algo las funciones de estas membranas mucosas. Se diferencia fácilmente de los eritemas reumáticos ya descritos por los caracteres dichos y de los sabañones ó eritemas pérmios, porque estos no se presentan en la cara y brazos, como aquel. De las placas mucosas, con las que puede confundirse, cuando se presenta en la boca se diferencia, porque no supura, ni se ulcera. Termina muy fácilmente haciendo uso de los mismos remedios que hemos indicado para los otros eritemas; es decir, con revulsivos al conducto intestinal, con lociones alcalinas, y baños generales templados, simples ó alcalinos; pero no olvidéis que es más grave que los otros, porque ataca las mucosas, se reproduce frecuentemente y alterna con afecciones reumáticas graves.

Uno de los eritemas más importantes, porque generalmente precede á las manifestaciones reumáticas profundas, aunque en muchas ocasiones alterna con ellas, es lo que se ha llamado eritema *acnéico*: *capitrosa* ó *couperouse* de los franceses. Preséntase este eritema en las mejillas, en forma de una mancha rosada primero, y después, andando el tiempo, cada vez más oscura: la enfermedad generalmente es crónica desde *ab initio*; pero tiene remisiones y exacerbaciones, que coinciden las remisiones con el verano y con el calor, y las exacerbaciones con el invierno y con el frío; consisten las exacerbaciones en el aumento de la coloración, que llega á pasar de rosada á vinoso, y en la extensión de la placa eritematosa,

REDIMTA PASTOR.

LXXXII



que no se limita en ocasiones á las mejillas, sino que ocupa toda la nariz; al cabo de varios meses de padecimiento, se alteran ya los folículos sebáceos, y por ésto la denominación de eritema acnéico, porque sobre el eritema viene después á presentarse el acné, varias formas de acné, ya el pustuloso, ya el tuberculoso, ya otras formas que constituyen estados crónicos, verdaderas hiperplasias foliculares que estudiaremos en la cuarta división que admitimos de las reumátides.

Solamente Bazin admite el eritema *intertrigo* de naturaleza reumática que yo no he visto nunca; y lo define ó lo describe diciendo que se presenta en los sitios en donde abundan los pelos y hay mucho sudor, en los pliegues de la ingle, en los sobacos, dando lugar á un eritema algo húmedo parecido al eczema rubrum por su coloración y por la humedad que le acompaña; pero en el cual se desarrollan, no pápulas y tubérculos, sino flemones y diviesos; los cuales, ocupando como la mayor parte de las veces ocupan las ingles y las regiones que rodean el escroto, dan lugar á molestias de consideración que impiden al sujeto la locomoción, le mortifican horriblemente, con tanto más motivo cuanto que la enfermedad se hace crónica; dura á veces uno, dos y más meses; si no se acude á tiempo con los alcalinos al interior, y los baños generales también alcalinos, que hacen resolver con facilidad toda esta molestia.

La segunda familia de las afecciones hiperémicas de la piel, de naturaleza reumática, son las urticarias. Bazin admite una urticaria aguda ó fiebre urticada y una urticaria crónica: á mí me parece que no está bien caracterizada la afección aguda; no la he visto tampoco: todas las urticarias agudas que he visto, las he podido colocar en otros cuadros nosológicos, y, por lo tanto, no la admito (1). Estudiaré sí la crónica, la que él llama siguiendo á Alibert *enidosis*, la que podemos llamar, para conocerla fácilmente, *urticaria tuberosa*. Consiste en placas rojas localizadas en dos ó tres sitios, generalmente en las extremidades superiores, en las espaldas; placas rojas sobre las cuales sale á las veinticuatro horas un habón, ó, lo que es lo mismo, una elevación más larga que ancha de una á dos líneas de altura, un poco blancuzca en el centro, pero con el color violado oscuro, que caracteriza á todos los eritemas precursores y no precursores de estas reumátides. Este habón parece profundo, es decir, que comprimiéndolo, se ve que llega el edema duro, característico que lo compone hasta la profundidad del dérmis y al tejido celular subcutáneo,

como si fuese una verdadera tuberosidad, aunque blanda, que profundizase mucho en los tejidos. Se diferencia, aunque se parece mucho á los eritemas nudosos, porque es indolente, y, sobre todo, porque va acompañada de la picazón intensa que puede presumir: la urticaria tuberosa, aunque limitada á dos ó tres regiones pequeñas del cuerpo, da lugar, con efecto, á picazones tan irresistibles que generalmente las enfermas ó los enfermos, pero generalmente las enfermas, porque en ellas abunda más este padecimiento, no pueden dormir ni pueden soportarlas: se diferencia además de esa otra afección, no solamente por los equimosis periféricos, sino porque no hay dolor de ningún género. Esta urticaria se mejora por la noche, lo que basta para diferenciarla de las urticarias herpéticas: se exacerba con el frío, se exacerba al levantarse. Va por lo común acompañada, ó alterna con afecciones de la misma índole en las membranas mucosas, en la matriz principalmente: es muy común en el cuello uterino, alternando, y á veces coincidiendo por propagación con la de los órganos sexuales externos, si los brotes de la urticaria están, como es muy común, en ellos. Esta urticaria, que desaparece en su primer brote durante el verano, que vuelve á reproducirse en los inviernos, que no solamente alterna con las afecciones de las mucosas, sino que alterna con el reumatismo articular agudo, y aún con el reumatismo articular crónico; esta urticaria, digo, se hace tan crónica y rebelde que puede durar ocho, diez y más años, á pesar de los tratamientos mejor combinados. Probablemente no depende la urticaria tuberosa reumática, como la herpética, de exudaciones de ácido fórmico: es lo probable que dependa de exudaciones de ácido úrico ó de exudaciones especiales de alguna otra sustancia. Esta dermatosis de la cual hemos tenido un caso sumamente notable en la enfermería, precede casi siempre á las formas úricas deformantes, al reumatismo nudoso y al reumatismo gotoso: da lugar á una demacración considerable en los enfermos, que aunque duerman, porque por la noche están mejor con el calor de la cama, no pueden sufrir durante el día las ropas que les cubren; se hacen arañazos crueles que producen erisipelas ó flemones inmediatos; y al cabo de muchos años, determina una depauperación orgánica que se traduce en el marasmo, siendo frecuente ver morir á estos sujetos marasmódicos sin tener en realidad afección grave visceral ó profunda, solamente por llevar consigo este padecimiento cuatro ó más años.

Debe tratarse la urticaria tuberosa como el reumatismo nudoso, con el uso interno de la tintura de iodo en gotas en el vino de la comida; con los tópicos que pueden calmar la picazón, que ya sabeis que principalmente son los ácidos, pero que también pueden ser los álcalis; así es que los baños alcalinos y las lociones vinagradas, las lociones de limonada sulfúrica, etc., pueden hacer más tolerable la vida de estos enfermos: al interior creo que debéis preferir á cualquier

(1) Bazin admite como especie autónoma la urticaria aguda ó fiebre urticada reumática, porque no precede á la crónica, y la describe diciendo, que después de prodromos febriles y de algunas horas de fiebre, se presenta gran picazón, y al rascurar el enfermo aparecen varias placas de habones en los miembros con equimosis periféricas y hasta con edema, si son muy confluentes.—La fiebre desaparece al salir la erupción, aunque por las noches siempre hay algo.—La erupción se exacerba con el frío y se diferencia del eritema nudoso, al que se parece mucho, por la falta de dolores.

otro remedio el uso continuado de la tintura de iodo, desde quince á veinte, treinta ó más gotas en cada comida.

El segundo grupo que admitimos de las artritis ó reumátides, es el de las inflamatorias. La *inflamación reumática cutánea* es, en cuanto á lesiones histológicas, un grado más que la hiperemia: encuéntrase en ella los caracteres todos que hemos dicho existían en la hiperemia, es decir, la gran dilatación vascular, las flexuosidades de los vasos, los equimosis, las embolias capilares, la infiltración úrica ó láctica; pero además, como da lugar al producto de la supuración, encuéntrase infiltración celular y glóbulos de pus en la trama orgánica y á lo largo de los vasos. La inflamación reumática cutánea se diferencia, además de esto, de la herpética y de otras de otra naturaleza: primero, porque no es neoplásica, porque no da lugar á neoplasias y segundo, porque los productos supuratorios que determina son sumamente escasos, así es que estas erupciones reumáticas son muy poco exudativas: dan lugar pronto á costras; pero una vez determinadas las costras, quedan fijas, permanentes, sin que fluya esa especie de serosidad que fluye en tan gran cantidad en las herpéticas, y la afección queda seca y con dificultad, á no arrancar las costras, vuelven á reproducirse otras nuevas, y si sucede esto, se coagula tanto la exudación cutánea, que en pocos momentos se produce, y forma la nueva, que ya queda fija hasta que viene otro agente externo á hacerla desaparecer de una manera brusca.

Las inflamaciones cutáneas de naturaleza reumática pueden ser vesiculosas, flictenosas ó ampollosas, pustulosas y pseudomembranosas, siguiendo la clasificación que me he tomado la libertad de decirlos. Las vesiculosas comprenden una especie, el eczema, con dos variedades: el eczema seco y el numular.

*Eczema reumático.*—El eczema reumático, ó es fijo y precursor, ó es alternante con las erupciones mucosas, ó con las afecciones de las articulaciones y de los músculos de naturaleza reumática. El eczema que se ha llamado seco, fijo, que dura años, que es la primera manifestación del reumatismo, la precursora de todas las demás, la que puede anunciar que un sujeto es reumático, generalmente ocupa la región periescrotal del hombre y la región peri-vulvar de la mujer. Se presenta de una manera tan insidiosa, mejor dicho, tan insignificante, que los enfermos no saben que tienen tal enfermedad: se ven al cabo de algún tiempo manchados; ven que alrededor de los dos ingles hay una especie de molde del escroto, de diferente color que el de la piel de los muslos y del vientre: algunas veces lo consideran como suciedad, lo lavan y ven que no se quita, y entonces es la primera idea que tienen de su padecimiento, salva alguna picazón que hasta que no han visto dicha mancha particular no han atribuido á enfermedad ninguna, sino á la picazón, propia de las regiones pilosas, y sobre todo de las regiones sexuales. Estos eczemas secos, que se presentan de esta manera silenciosa están caracte-

terizados por manchas ligeramente rosadas, no ya vinosas, como las de la otra forma del eczema, sino rosadas y morenuzcas, generalmente circulares ó numulares que ocupan, como he dicho, las regiones pilosas y sexuales en uno ó en los dos lados, siendo de notar que si ocupan los dos lados, en uno es mayor la placa que en el otro. Solace estas placas ligeramente furfuráceas se ve cuando se frota, que salen vesículas pequeñas, acuminadas, que dan lugar á una serosidad que se seca pronto y forma nuevamente una costra ó escamita insignificante. Antes de frotar ya se puede ver cubierta esta superficie de ligeras escamitas furfuráceas, que dan á la afección todo el aspecto de una pitiriasis crónica.

Yo no sé hasta qué punto debería esta afección llamarse eczema seco, como propone Bazin, ó llamarse pitiriasis alba, pareciéndose, como se parece tanto, á la pitiriasis alba de la cabeza y de otros puntos.

Generalmente se mejora esta afección por el verano hasta el punto, en ocasiones, de llegar á desaparecer, pero se reproduce pronto en el mismo sitio limitado y se empeora en el invierno: las picazones que en ella se presentan son bruscas, repentinas, de picotazo, y cuando la afección desaparece de una manera brusca en el invierno, tened por seguro que al día siguiente sufrirá el enfermo un ataque de reumatismo articular agudo ó un ataque de reumatismo muscular. Entonces es cuando creen los patólogos que empieza el reumatismo: para los dermatólogos el reumatismo, señores, ha empezado en el momento de la aparición de esa mancha periescrotal, de esa mancha peri-vulvar, es decir, muchos años antes.

Se mejora esta afección fácilmente ó se mitiga, por lo menos, con el uso, durante el invierno, de baños calientes alcalinos; pero en cuanto se dejan de dar, se reproduce: cuando desaparece de una manera final para no volverse á presentar, coincide su brusca desaparición con un ataque de reumatismo más profundo.

La otra forma del eczema reumático que admite Bazin, que yo he visto repetidas veces también, es la que se llama eczema numular, que ya no es una erupción fija y previa, sino una erupción alternante: este no anuncia, digámoslo así, el reumatismo; casi siempre ha habido un ataque de reumatismo anterior á la erupción. En algunas ocasiones no, pero casi siempre es consecutiva al segundo período del reumatismo, ó sea al período doloroso.

El eczema numular, del que tenemos actualmente un ejemplo en la enfermería, se presenta en forma de placas redondas eritematosas, en corto número, dos, cuatro, seis, ocho, generalmente en las extremidades inferiores, en algunas ocasiones también en la espalda ó rodeando las articulaciones del hombro; placas rojas ó eritematosas que á las veinticuatro ó treinta y seis horas de su salida se cubren en toda su extensión de vevículas que se rompen también inmediatamente, y determi-



nan costras más ó ménos laminosas de un color amarillento oscuro que tapan por completo la mancha eritematosa.

Tiene de particular este eczema numular reumático que, aunque pica, su picazon es ligera; no puede compararse con la del eczema herpético: el color de la mancha eritematosa que le precede es oscuro, es vinoso, no rosado, como en el eczema herpético; la placa es perfectamente redondeada, no tiene la difusión, ni los ángulos que suele tener el eczema herpético. Tiene también por carácter notable la pequeña exudación, el dar lugar, lo mismo que todas las demás inflamaciones reumáticas, inmediatamente después de la exudación á la costra, que se conserva seca y fija por no verificarse nuevas exudaciones, como sucede, según sabeis, en el herpetismo.

Causas de esta manifestación reumática son: el frío, sobre todo el frío continuado, y en el enfermo que tenemos actualmente (en la cama n.º 6 de la sala octava me parece), el haber tenido mucho tiempo, muchas semanas los pies dentro de agua, obligado á ello por su oficio de pescador.

No hay simetría en estos eczemas: se presentan generalmente en una pierna; pero si se presentan en la otra, no se ve el verdadero carácter simétrico de las erupciones herpéticas: dan reacción ácida en su ligera exudación, en vez de darla alcalina, como pasa en el herpetismo.

Alternando esta enfermedad con las demás manifestaciones del segundo período del reumatismo, es preciso tratarla no de una manera brusca, sino al interior con los alcalinos, y si se quiere al exterior con los alcalinos también, para ver de evitar de esta manera el que avance la enfermedad constitucional, y venga de una manera rápida el reumatismo articular agudo. En ocasiones, cuando esto no se hace, cuando no se dan al enfermo los alcalinos al interior y al exterior, suele venir inmediatamente después de la desaparición de los eczemas cualquiera otra manifestación reumática.

De todos modos, dejada á su curso espontáneo, esta afección es aguda, desaparece en veinte ó treinta días á no tratarla mal, evitando de algun modo su resolución espontánea ó natural, pues á no sostener la causa, á no seguirse mojando, por ejemplo, á no seguir con el mismo frío que ha determinado el padecimiento, porque en este caso claro es que puede llegar á hacerse crónico, terminará felizmente y en el tiempo indicado.

**REUMATISMOS FLUCTUOSOS. Zona y pénfigo crónico.**—El zona reumático se presenta como todos los zonas generalmente, formando un semicírculo alrededor del cuerpo. Sobre una placa ligeramente roja, aparecen, no en forma de una línea completa sino diseminadas en faja desigualmente ancha vesículas globulosas, gruesas, y generalmente acompañadas, de algo de infarto ó edema en los tejidos inmediatos.

Así como en el zona herpético puede haber alguna simetría, en el zona reumático no la hay nunca, y es muy común que el zona reumático se presente en la mejor edad, en la juventud como una de las primeras manifestaciones del reuma-

tismo, porque también es muy común que las formas crónicas se presenten en la vejez, y acompañen al tercer período, ó á la diátesis árica.

Esto indica, señores, que puede el zona reumático reproducirse, siendo en la juventud agudo y en la vejez crónico; pero más que crónico por la erupción, es crónico por la neuralgia que le acompaña. En el zona reumático crónico, el dolor precede casi siempre á la desaparición de la erupción durante muchos días: preséntase una neuralgia intercostal, por ejemplo; preséntase una neuralgia oftálmica, y después de quince ó veinte días de dolores horribles aparece la erupción del zona, que precisamente en el zona pseudo-exantemático, y en el zona herpético no llegan á ser ulceraciones, si bien puede venir hasta la misma gangrena, por tópicos mal aplicados, ó perjudiciales como son todos los cuerpos ó sustancias grasas.

Después de esto, las neuralgias que siguen á la afección cutánea se hacen tan sumamente graves, tenaces y persistentes durante el invierno, que no suelen bastar todos los remedios conocidos en la ciencia para vencerlas; ni las inyecciones hipodérmicas con morfina, ni los baños generales, ni el uso de todos los remedios más indicados contra el reumatismo sirven para detener el dolor, para disminuir la gran neuralgia que sigue á esta afección, á este zona reumático.

Es, pues, una enfermedad grave, muy crónica, que da lugar á metástasis á los órganos más importantes, al corazón y al cerebro; y en el curso de algunas de ellas he tenido yo ocasión de ver sobrevenir el reumatismo cerebral, que ha muerto al enfermo en pocos días. El uso interno del bicarbonato de sosa y de los tónicos amargos, del carbonato de litina y del bromuro de sodio y de litio, da buenos resultados para combatir los casos poco intensos de tan cruel enfermedad.

El pénfigo crónico reumático es también, señores, una enfermedad mortal de necesidad. Lo mismo que el herpético, también el pénfigo reumático es enemigo de todo baño; y como precisamente los baños son uno de los grandes remedios que tenemos contra el reumatismo, de aquí, el que, no pudiendo emplear este gran recurso, la enfermedad siga adelante en su curso grave y destructor, viniendo á terminar casi siempre por la anasarca y por la muerte.

El pénfigo reumático tiene por caracteres diferenciales más importantes, la desigualdad de las ampollas, que en el herpético son casi todas iguales, y estar la afección más localizada que en éste y limitada á uno, dos puntos, ó tres todo lo más, de la superficie del cuerpo, en grupos de vesículas, de las cuales no hay ninguna que tenga el tamaño igual á las otras. Van precedidas de gran picazon de pinchazo en el sitio de su aparición, que por lo común es el brazo, el hombro ó la es-

palda. En los primeros brotes la erupción se mitiga ó desaparece durante los veranos, pero al entrar el otoño se reproduce por brotes sucesivos en diferentes puntos del cuerpo, sin llegar á generalizarse nunca la afección, como sucede en el herpético, y sin que aparezca manifestación alguna grave por parte de las vísceras; se presenta, á veces alternando, una diarrea casi cólicoativa, una afección gastro-intestinal, dependiente, en mi opinión, de la presentación de ampollas en la membrana mucosa de todo el tubo digestivo, que conduce á estos enfermos de una manera rápida á una demacración considerable, no seguida inmediatamente de la muerte, sino de una hidropesía general, de una anasarca, que determina afecciones profundas, íntimas, intersticiales de todas las vísceras, y por consiguiente, la muerte.

No trateis, pues, con baños ningún pénfigo, ni aun el pénfigo crónico reumático, porque el pénfigo crónico reumático tratado de esta manera, se generalizará más, y determinará muy pronto la hidropesía y los fenómenos internos de que os he hablado: tratadlo, sí, con las cauterizaciones con el nitrato de plata; tratadlo con los astringentes; tratadlo con polvos secos. No deis tampoco al enfermo los alcalinos al interior; tratadlo con el yodo, con la tintura de yodo y con el yoduro de hierro, modo tal vez de que podáis detener la evolución del padecimiento y mejorar las condiciones del sujeto. Estad á la mira inmediatamente que venga la erupción interna ó mucosa para tratarla hasta con el nitrato de plata al interior, con los enemas de la misma sustancia, con el bismuto, etc., y aunque con ello consigáis contener algo, como digo, el curso del padecimiento, no pronostiquéis bien, porque llegará un momento en que el enfermo terminará con la hidropesía, ó con la anasarca su miserable existencia.

*Reumátides inflamatorias pustulosas.*—Yo he visto solamente un caso de un impétigo que he creído que era de naturaleza reumática. Tratóbase de un viejo que estuvo en la sala séptima, que había padecido diferentes ataques de reumatismo articular crónico y alguno agudo; que tenía grandes varices en ambas piernas; que había tenido las piernas metidas en agua en los baños del Manzanares durante mucho tiempo, y que al llegar el otoño vino á este hospital, porque le había salido en ellas una erupción inflamatoria de pustulas grandes como lentejas llenas de pus, no umbilicadas, ni puntiagudas, acompañadas de picazon de pinchazo y de algun dolor; caso notable y que dió motivo á una lámina de mi Atlas que creo he presentado á vuestra consideración. Toda la pierna en general estaba algo eritematosa sin ser mucho.

Pues bien, estas pustulas, que si hubiesen sido de otra naturaleza hubieran dado una gran exudación y aun costras deformes, mezcladas con esa humedad especial del impétigo, rápidamente se secaron y el enfermo se curó en quince ó veinte días que estuvo en la enfermería, no sin que ántes de su salida presentase ya anuncios de un ataque de reumatismo

muscular que le obligó á detenerse tres ó cuatro días más en la cama. El tratamiento que seguimos en este caso fué simple: se redujo al uso interno de los purgantes, á los polvos de almidón á la erupción, y en los últimos días algunas dosis de bicarbonato de sosa. Téngase que hayan seguido después en este enfermo los ataques de reumatismo articular, alternando con algunas otras erupciones cutáneas ó mucosas.

Finalmente, las inflamaciones cutáneas de naturaleza reumática pueden ser *pseudo-membranosas*, é incluyen en esta familia lo que se llaman divículos, forúnculos y antrax ó avisperos, afecciones, señores, sumamente comunes en los reumáticos; afecciones casi siempre alternantes, en algunas ocasiones coincidentes; pero que á beneficio de las unturas que se dan los enfermos para calmar los dolores, unas veces se producen y otras se curan ó evitan. Los forúnculos reumáticos no son muchos á la vez: generalmente es único, pero al terminar sale otro más ó ménos próximo. No tiene nada de extraño que las afecciones forunculosas sean de naturaleza reumática, atendiendo á la indole excrementicia de este padecimiento; y no tiene nada de extraño tampoco que al depositarse estas sustancias en los tejidos orgánicos den lugar á esas exudaciones pseudo-membranosas ó parasitarias, causa de los forúnculos en la mayoría de los casos.

*Reumátides nerviosas.*—Son liquenóideas ó pruriginosas.

Las liquenóideas están constituidas por placas limitadas generalmente y circunscritas, de un color oscuro ó violado, cubiertas ó recubiertas de pápulas duras agrupadas y amontonadas. Van acompañadas de una picazon de pinchazo y sobre todo, existen entre unas y otras, y alrededor de la placa eritemato-papulosa, equimosis, y equimosis muy pronunciadas.

Es lo común que el liquen reumático exista en las regiones pilosas, y así veréis que, prescindiendo de las varias especies que se han admitido en los líquenes, de líquenes circunscritos, de líquenes *pilaris* y líquenes *lividis*, se presentan generalmente en la cabeza, en el escroto y en los sitios pilosos, *redondeles* rojo-violados con papulitas duras en su centro, atravesadas por pelos y mezcladas en su circunferencia con equimosis y acompañadas de picazon intensísima, irresistible, que se presenta generalmente en el invierno y en épocas en que hace frío.

Este liquen circunscrito, ó *pilaris*, ó *lividis*, cualquiera que sea su especie, es de un curso generalmente crónico, es decir, agudo en cada brote; pero como se reproduce siempre en el mismo sitio, ó en distinto sitio aunque también piloso, esto determina su cronicidad. Tiene de importante para nosotros el que como se presenta en la base de los pelos, llega á determinar en ocasiones alopecias, y alopecias redondas que pudieran dar lugar á creer que se trataba de un herpes ó tña tonsurante ó de alguna otra afección fito-parasitaria. Sin embargo, la alopecia que determina es una alopecia temporal,





