

Piel

.de.

Zeisberg.

5

8

BIBLIOTECA  
"LA PRÁCTICA MÉDICA"

DERMATOLOGÍA

--- JUAN GATÉ ---

BARCELONA - 1927  
EDITORIAL PUBUL  
Enrique Granados, 63

\$20.

9

Gynecologia Douay \$15.

(Prosectus) G. Leber \$25. Alimento infus.

~~1820~~

BIBLIOTECA  
"LA PRÁCTICA MÉDICA"

---

XVII

DERMATOLOGÍA

# BIBLIOTECA "LA PRÁCTICA MÉDICA"

en 24 volúmenes

- Tomo 1. **Enfermedades de la boca**, por NIDERGANG.  
Esófago, estómago, intestino, por DELORT.
- » 2. **Hígado y vías biliares, Páncreas, Bazo**, por MATHIEU DE FOSSEY.
- » 3. **Corazón y vasos**, por FRANCIS BORDET.  
Sangre y médula ósea, por R. TURPIN.
- » 4. **Aparato respiratorio**, por PIERRE PRUVOST.
- » 5. **Tuberculosis pulmonar y de las serosas**, por PIERRE PRUVOST.
- » 6. **Riñones**, por SIGURET.
- » 7. **Urología**, por FLANDRIN.
- » 8. **Diabetes, Gota, Obesidad, Oxalemia, Reumatismo crónico**, por FORESTIER.
- » 9. **Enfermedades infecciosas, Vacunas y sueros, Intoxicaciones**, por DUFOURT.
- » 10. **Psiquiatría**, por CODET.
- » 11. **Neurología**, por TOURNAY.
- » 12. **Estados endocrinosimpáticos**, por GUILLAUME.
- » 13. **Pediatría**, por BLECHMANN.
- » 14. **Ortopedia, Tuberculosis ósea**, por RÖDERER.
- » 15. **Sífilis adquirida**, por MONTLAUR.
- » 16. **Sífilis hereditaria**, por MONTLAUR Y BLECHMANN.
- » 17. **Dermatología**, por GATÉ.
- » 18. **Oftalmología**, por BUSSY.
- » 19. **Otorrinolaringología**, por A. BLOCH.
- » 20. **Obstetricia**, por VAUDESCAL.
- » 21. **Ginecología**, por DOUAY.
- » 22. **Electricidad, Rayos X, Radium**, por VIGNAL.
- » 23. **El Laboratorio en la práctica diaria**, por NAVARRE.
- » 24. **Formulario práctico**, por SÉGARD Y LAEMMER.

# BIBLIOTECA "LA PRÁCTICA MÉDICA"

XVII

## DERMATOLOGÍA

POR

**JUAN GATÉ**

Médico de los hospitales de Lyon

TRADUCCIÓN DEL

**DR. ANTONIO CARRERAS**

Miembro de la Sociedad de Dermatólogos de lengua francesa  
Director del servicio municipal de Dermatología  
Sifilógrafo del Hospital de la Magdalena

BARCELONA - 1927

EDITORIAL PUBUL

Enrique Granados, 63



*Es propiedad*

IMPRESA GALVE

Carmen, 16-BARCELONA

## PRÓLOGO

*El objeto que se proponen los editores de esta colección es ofrecer a los médicos y a los estudiantes el medio de resolver los problemas que se plantean a cada instante en la práctica para hacer un diagnóstico exacto y aplicar el tratamiento conveniente en cada caso. Esto es lo que nos proponemos al escribir este Resumen de Dermatología. Por esto hemos descartado sistemáticamente de nuestro texto todo lo que se aleja de esta idea. No busquéis en este libro ni extensas descripciones sintomáticas ni la exposición de formas clínicas raras; y todavía menos, datos detallados de anatomía patológica y de patogenia de las diferentes dermatosis que, a pesar de ser muy interesantes para el dermatólogo, tienen para los médicos en general un interés secundario y un carácter menos práctico. A pesar de que hemos procurado hacer un estudio completo, hemos dejado a un lado, intencionadamente, el estudio de la lepra, del*

muermo, del carbunco, de la difteria cutánea, del herpes zona y de la pelagra, que se describen en el volumen de *Enfermedades Infecciosas de esta Colección*, del doctor Dufourt de los hospitales de Lyon; hemos dejado también o hemos citado solamente, y sin insistir, ciertas dermatosis tropicales, que, por ser muy raras, su desconocimiento no tiene importancia para el médico no especializado.

La brevedad de este tratado no nos hubiera permitido descripciones detalladas de las mismas. Por lo mismo no citamos la bibliografía; muchos nombres íntimamente ligados a importantes problemas dermatológicos nos hubiera sido grato citar, pero los hemos sacrificado sistemáticamente en honor a la brevedad.

En definitiva, nos hemos concretado a una semiología concisa y clara, pero prescindiendo de todos los detalles que no tienen una utilidad directa, y a una exposición terapéutica más extensa. Desde este punto de vista, hemos procurado no hacer una obra de enciclopedista, sino buscar y escoger de entre los tratamientos clásicos los que mejores resultados dan y añadiendo los datos proporcionados por nuestra experiencia personal. Dicho de otra manera, nos hemos concretado a reseñar las propiedades terapéuticas que hemos podido comprobar. Es muy importante

que el médico general no tenga necesidad de escoger entre las múltiples terapéuticas, y es mucho mejor que se le indique algunos tratamientos de una eficacia comprobada.

Hemos dividido este tratado en tres partes. La primera está constituida por el estudio de los recursos terapéuticos, sean cuales fueren. En este capítulo se detallan los diferentes métodos terapéuticos. Como esta Colección tiene por objeto estudiar el tratamiento de las distintas enfermedades, hemos creído conveniente empezar por un capítulo de terapéutica general. La segunda parte estudia las lesiones elementales. La Dermatología es una ciencia árida para los que no están familiarizados con su terminología, cuya riqueza puede engendrar confusión por la apariencia de similitud que pueden presentar las lesiones secundarias en dermatosis absolutamente distintas. Por esto, y para evitar estas confusiones, el médico debe tener el criterio de la lesión elemental, que le permitirá clasificar la dermatosis y hacer un diagnóstico correcto, prelude indispensable de una buena terapéutica, al mismo tiempo que le servirá de guía en el farrago de la terminología dermatológica. La tercera parte, mucho más importante, comprenderá las indicaciones terapéuticas, mejor dicho, estudiará los caracteres semiológicos de una manera muy concisa y clara,

formando las modalidades clínicas que se ofrecen en la práctica diaria y presentar las diversas dermatosis ordinarias con sus aspectos más vulgares, exponiendo los tratamientos que corresponden.

Como esta Colección no contiene figuras en colores, que cuando están bien hechas son las únicas que pueden dar una idea aproximada de las dermatosis, hemos preferido renunciar a las láminas y hacer una descripción precisa y clara.

Y como conocemos por experiencia las dificultades que encuentra el dermatólogo para hacer su aprendizaje, hemos procurado evitar éstas para facilitar el estudio a nuestros lectores. No sabemos si llegaremos a realizar nuestro objetivo; nuestra sola excusa será la buena intención que nos ha guiado.

# DERMATOLOGÍA

---

## RECURSOS TERAPÉUTICOS

---

Los recursos que la terapéutica ofrece al dermatólogo son numerosos. Pueden ser clasificados según los epígrafes siguientes:

*Higiene general. Regímenes. Climas.*

*Medios biológicos.*

*Opoterapia.*

*Crenoterapia.*

*Tratamientos locales.* { *Fisioterapia.*  
*Quimioterapia.*

## HIGIENE GENERAL. REGÍMENES. CLIMAS

---

Procuraremos no extendernos demasiado en este capítulo. Es cierto que trabajos recientes (de M. FAVRE) han demostrado de manera indiscutible el papel que pueden desempeñar las infecciones cutáneas *a minima* en la génesis de ciertas dermatosis consideradas por la mayoría de autores como diatésicas; nos referimos a ciertas variedades de eczemas. Las dermatitis eczematiformes de causa externa, perfectamente descritas ya por BESNIER y susceptibles, como ya se sabe, de producir por su generalización los eczemas más típicos en apariencia, son los mejores ejemplos de lo que pueden hacer las irritaciones físicas o químicas de los tegumentos. No es menos verdad que se seguiría un mal criterio negando al temperamento del enfermo un papel favorable y, por consiguiente, considerando, a imitación de la escuela de Viena, los regímenes y la higiene general como superfluos en materia de terapéutica dermatológica. Es evidente que la misma infección cutánea desencadenará sobre

un individuo un eczema de los más típicos, mientras que en otro no producirá trastorno alguno. Lo mismo pasa con las irritaciones de orden químico y físico. En estas condiciones, no se puede negar un papel indiscutible como causa de ciertas dermatosis, al equilibrio orgánico funcional de cada uno. Por eso, sin querer suprimir, como algunos han creído posible, toda terapéutica local, creemos que la verdad sigue como siempre entre las soluciones extremas y que hay un lugar en la terapéutica dermatológica para la higiene y para los regímenes.

De todas maneras, sea cual fuere la dermatosis que hay que tratar, el género de vida del enfermo deberá ser escrupulosamente reglamentado. No se trata de someterlo a una inactividad más perjudicial que favorable, sino que hay que evitarle sobre todo un *surmenage físico, intelectual o moral*. El cansancio físico debe, sobre todo, llamar la atención del médico. Si un ejercicio moderado es siempre recomendable, el trabajo excesivo yendo hasta la fatiga, los deportes practicados de una manera desordenada y las distracciones mundanas extenuantes, están siempre contraindicados. Y todavía es más nocivo el cansancio intelectual y moral. ¿Cuál es el dermatólogo que no recuerda en su experiencia personal dermatosis sobrevenidas brutalmente después de una sacudida moral, miedo excesivo, pesares o dificultades económicas? No podemos admitir el sofisma *post hoc, propter hoc*; pero aun rechazándolo, en la ignorancia en que nos encontra-

mos a menudo respecto a la verdadera causa de la dermatosis sin achacarle el papel de causa directa, tenemos que reconocer al *surmenage moral* el papel de causa predisponente. Los enfermos de dermatosis serán, pues, como los cardíacos, «privados de pasiones». El mismo razonamiento se aplica al cansancio intelectual que, dirigiéndose a la fuente de energía nerviosa, tiende a trastornar profundamente el equilibrio del sistema nervioso vegetativo, al cual se atribuye un papel tan importante en la conservación de la salud. Las dermatosis que no curan más que con el reposo intelectual completo de los enfermos y con la obligación que se les exige de dejar sus preocupaciones cotidianas, son incontables, y cabe preguntar si no es precisamente ésta la razón de la eficacia indiscutible de ciertas curas termales.

Sea como fuere, se deberá exigir a los enfermos que sufren estas dermatosis, el reposo físico, intelectual y moral. Habrá que mostrarse explícito en las prescripciones. Los enfermos deberán guardar el reposo suficiente; acostarse temprano, hacia las 9 o las 10 de la noche, y levantarse de 7 a 8 de la mañana, después de un reposo que no excederá de diez horas. Deberán pasear mañana y tarde, paseo que excitará su apetito, fortalecerá sus músculos, activará las funciones de sus tegumentos y que, hecho de una manera razonable, no produciendo fatiga ni sudor inoportuno, no puede perjudicar al individuo. Las horas libres del día serán ocupadas en conversación sin importancia, para no fatigar el espíritu, o por

ocupaciones que variarán según los gustos de cada uno. Los enfermos deberán siempre esforzarse en dejar aparte las preocupaciones morales, las ideas fijas y se propondrán como fin una existencia lo más próxima posible a la vida vegetativa.

Cuando el enfermo observe todas estas reglas, creemos que estará en las mejores condiciones para facilitar su curación.

En segunda línea se encuentra el *funcionamiento del intestino*. Sabemos el fuerte tributo que pagan al estreñimiento las generaciones actuales. Sean las que quieran las causas que intervengan en la constitución de este síndrome, es necesario combatirlo. Excepción hecha de algunos casos en que la etiología es debida a causas raras y bien definidas, el estreñimiento es muy a menudo el resultado de la negligencia de los enfermos. Hay, pues, ante todo, que esforzarse en disciplinar el intestino rebelde y desarreglado. Cada día, a una hora determinada, elegida libremente por el enfermo y con la seguridad de estar libre, deberá ir al retrete, tenga o no tenga necesidad de deponer. Esta manera de deponer constituye el mejor de los adiestramientos para el intestino, que, solicitado a hora fija, se acostumbra a funcionar. De todas maneras, el resultado beneficioso no se conseguirá inmediatamente y será necesario asegurar en seguida un funcionamiento regular del mismo. Aparte de un régimen correcto, sobre el cual insistiremos más tarde, y además de un paseo cotidiano de una o dos horas que servirá de masaje fi-

siológico del intestino, se podrá aconsejar al enfermo, no lavados intestinales, que muchas veces sirven solamente para hacer durar el estreñimiento sin combatirlo, sino laxantes, entre los cuales damos la preferencia a los laxantes oleosos que, obrando puramente por acción mecánica, aseguran la integridad de la pared intestinal. Hay enfermos que repugnan el empleo del aceite de ricino; se equivilará esta dificultad aconsejando los aceites desodorizados y sin sabor, el aceite de parafina y de vaselina, de los cuales se encuentran en el comercio muchas preparaciones. Se prescribirá la dosis de una a dos cucharadas soperas diarias. A falta de laxantes oleosos, se recomendarán los laxantes salinos, el sulfato sódico tomado en ayunas a la dosis de una cucharada pequeña en medio vaso de agua. Señalamos únicamente estos laxantes a título de indicación y porque los consideramos los menos nocivos para el intestino. Pero al fin y al cabo, poco importa el laxante empleado, a condición de que el resultado que se busca sea obtenido, y reconocemos que será necesario cambiar de cuando en cuando de laxante para no habituar el intestino.

Claro está que la más insignificante *insuficiencia hepática o renal*, deberá ser escrupulosamente tratada.

Llegamos ahora a la importantísima cuestión del *régimen*. No hay un régimen único para todas las dermatosis. Claro que para la mayor parte de ellas, sobre todo para las que se llaman diatésicas, el régimen debe responder

a condiciones idénticas. En un régimen hay que considerar tres condiciones: la manera de ser aplicado el régimen, la cantidad de los alimentos y su calidad. Las comidas tendrán lugar a horas fijas. Es absurdo pedir al estómago, al intestino y a las diversas glándulas digestivas un funcionamiento perfecto a cualquier hora del día. El organismo humano acostumbrado a trabajar y a dormir a horas determinadas, se encontraría fuera de lugar si se cambiasen súbitamente sus hábitos. ¿Por qué razón tendría que ser diferente en el organismo que en los diversos órganos de que éste está constituido? Los enfermos, como los sanos, deberán comer a horas fijas. Comerán lentamente, dedicando tres cuartos de hora a una hora a la comida del mediodía y media hora a la cena, teniendo en cuenta que este tiempo debe ser empleado únicamente para masticar. De todas maneras, hay que recordar que la taquifagia es frecuente en los enfermos con dermatosis y que deberá ser severamente combatida. Después de la comida, tomarán los enfermos una infusión caliente de tila o manzanilla. Se prescribirá sobre todo, después de la comida del mediodía, media hora de sofá, durante la cual el enfermo, ligeramente acostado sobre el lado derecho, podrá hablar y hasta dormir, pero nunca leer. En estas condiciones es frecuente que la digestión se efectúe fácilmente. En lo concerniente a la cantidad de alimentos, importa que los enfermos no pequen ni por exceso ni por defecto; pero es mucho más frecuente que los enfermos fal-

ten a un régimen correcto por un exceso de alimentos, de manera que el médico deberá luchar casi siempre contra la polifagia. El enfermo deberá satisfacer su apetito, pero deberá evitar las comidas copiosas y los excesos de todos órdenes. Al mismo tiempo, sin prescribir un régimen seco, se aconsejará al enfermo beber lo menos posible. Desde luego se deberá abstener de toda ingestión, sea de líquidos, sea de sólidos, fuera de las comidas habituales.

Mucho más importante es todavía la calidad de los alimentos y de las bebidas. El régimen tipo, en las dermatosis, será ante todo hipotóxico. Se prohibirá la caza, los pescados fuertes, los mariscos, embutidos, conservas de pescados y de carnes, el seso, las criadillas, el hígado, las salsas con vino, las carnes en salsa, las frituras, las ensaladas, la col, la coliflor, el chucrut, el tomate, los quesos fermentados, las confituras y la pastelería en exceso. Se permitirá la carne fresca (buey, ternera, carnero, conejo, pollo, pichón y cabrito), asada o a la parrilla, al mediodía solamente y en cantidad moderada; las pastas, el arroz, las patatas, legumbres de todas clases, excepto las citadas anteriormente, guisadas con preferencia a la inglesa o a la «crème», no muy grasas; los quesos frescos y el gruyere; frutas crudas muy maduras, menos las fresas, grosellas o frambuesas, cocidas o en compota. Los huevos serán prescritos raramente y de preferencia pasados por agua. La comida de la noche será poco copiosa, sin carnes y constituida por un potaje, legumbres y un postre.

Para las bebidas habrá que ser severo, suprimir toda clase de vinos, alcoholes, café y te. La mejor de las bebidas será el agua pura, aromatizada si se quiere. Se proscriben las aguas gaseosas que excitan el apetito, pero que acaban por dilatar el estómago. Se podrá permitir la cerveza ligera, tomada en poca cantidad y mezclada con agua. La leche es naturalmente permitida porque no es tóxica; pero hay que advertir a los enfermos que no puede ser utilizada como bebida, puesto que constituye un verdadero alimento con el cual hay que contar. La leche, que generalmente es bien soportada, a veces se tolera mal. Se podrá entonces, además de los cuidados que exige la cavidad bucal, facilitar su ingestión por los medios corrientes: ingestión lenta con verdadera masticación, añadir citrato sódico, mezclarla con agua de Vichy, aromatizarla con café, con chocolate o con azúcar acaramelado. Sin embargo, hay veces que, a pesar de todas estas precauciones, la leche inspira una aversión invencible, lleva consigo un estreñimiento pertinaz o determina fermentaciones intestinales perjudiciales. En estos casos hay que prescindir de la leche.

A veces la dietética tiene que ser todavía más severa, sobre todo en casos de eczemas rebeldes, sobrevenidos en enfermos pletóricos muy comedores y profundamente intoxicados por una alimentación demasiado abundante y demasiado rica en principios nutritivos. En estos casos se debe suprimir todo régimen cárneo, sometiendo a los enfermos a una ali-

mentación lactofrutovegetariana o de frutas y verduras, si la leche se soporta mal.

En casos de eczemas muy extendidos o generalizados, así como en eritrodermias primitivas o secundarias, hay que imponer la dieta hídrica sola o combinada con un purgante salino de sulfato sódico, a la dosis de 30 gramos por día. Este método o cura de Guelpa, que se aplica en la obesidad y en la diabetes, constituirá una cura de excepción, pues si constituye un medio de desintoxicación de los más activos, es también de los que más deprimen. De todas maneras, no será nunca empleada más de dos o tres días seguidos.

Los grandes principios que acabamos de exponer se aplican a las dermatosis diatésicas, a las afecciones cutáneas de los artríticos y a los enfermos de nutrición retrasada de Bouchard, a los braditróficos y a los intoxicados. Hay casos en que el dermatólogo deberá inspirarse en principios totalmente opuestos; por ejemplo, en las tuberculosis cutáneas, los regímenes de sobrealimentación serán instituidos. Lo importante aquí será no desintoxicar al enfermo, sino tonificarle y formar un terreno desfavorable a la evolución de la infección tuberculosa. Es necesario que el enfermo coma mucho y asimile bien. La variedad en las comidas será muy importante para conservar el apetito, condición indispensable para la sobrealimentación.

La última cuestión que debemos abordar en este capítulo es la del *clima*. No se puede hablar de un clima tipo para las dermatosis.

Hay enfermos que se encuentran bien en climas de altitud media, secos y templados. La montaña, por su acción excitante, como el mar por su humedad, ejerce una acción nefasta sobre las dermatosis pruriginosas. En cambio, las tuberculosis cutáneas necesitan ya alta montaña, ya clima de mar. Ya veremos, cuando hablemos del lupus, que hay enfermos que necesitan climas muy cálidos como Argelia o Marruecos, lejos del mar, donde la acción de la luminosidad de la atmósfera y los rayos actínicos del espectro solar ejercen sobre estas afecciones cutáneas los efectos más beneficiosos.

## MEDIOS BIOLÓGICOS

---

### VACUNAS

Las vacunas han sido usadas en todas las infecciones cutáneas. No han dado ni con mucho lo que de ellas se esperaba. Discutiremos sus indicaciones y sus ventajas en la tercera parte de esta obra. Importa, sin embargo, que el médico esté al corriente de su empleo. Se encuentran en el comercio stocks-vacunas que contienen la mayor parte de los microbios patógenos. Algunas, como el *propidón*, preparado según la fórmula del Pr, DELBET, son *stocks-vacunas* polivalentes, que comprenden en su constitución estafilococos, estreptococos y bacilo piocianico. En estas condiciones, puede suponerse si la stock-vacuna utilizada no obra más como medicación de *choque* que como método de inmunización. Sea como fuere, las stocks-vacunas podrán ser utilizadas algunas veces. Quizá haya ventaja en utilizar, siempre que se pueda, autovacunas preparadas con el microbio aislado de la lesión cutánea que ha de tratarse.

Las vacunas ordinariamente son prepa-

radas a la disolución de 5 mil millones de microbios por centímetro cúbico. Se empieza por una inyección de 1/4 de centímetro cúbico, y en seguida se pasa a 1/2, 3/4, 1, 1 1/2 y hasta 2 centímetros cúbicos, dosis de la cual no se puede pasar. Las inyecciones puestas cada dos ó tres días han de ser hipodérmicas, dadas en sitios que tengan el menor roce posible, y abundantes en tejido celular subcutáneo; el vientre y costado, la región deltoidea y subescapular, son las regiones de elección. Las inyecciones serán asépticas. Las vacunas dan, a menudo, una reacción local con calor, rubor y algunas veces punzadas dolorosas. No debe dársele importancia. En todo caso, si la reacción es muy fuerte, se debe combatir la inflamación por medio de curas húmedas. Las reacciones generales son más raras, alcanzan temperaturas de 39 y 40°, existe decaimiento general, escalofríos y estado saburral de las vías digestivas. Estas reacciones generales que están en relación con la eficacia del tratamiento, se tratarán por el reposo en cama, la dieta láctea y la medicación sintomática apropiada. No hay que darle importancia; pero será conveniente prevenir el enfermo y a la familia de la posibilidad de esta reacción.

### TUBERCULINA

Las inyecciones de tuberculina son frecuentemente utilizadas para el tratamiento de las tuberculosis cutáneas y más aún de las tu-

bercúlides. Esta terapéutica será aplicada bajo los principios siguientes. El primer punto y más importante y sobre el que todos los autores están conformes, es la *utilidad de la máxima dilución* a que debe ser empleada la tuberculina si se quieren evitar desastres que han ocurrido al principio de su empleo. Partiendo de una solución madre al 1/100, que se diluirá con agua fenicada al 1/100, se prepararán soluciones de tuberculina al 1/10.000, 1/7.000, 1/5.000, 1/3.000, 1/2.000, 1/1.000, 1/500. Las inyecciones serán dadas con una aguja fina, de bisel corto, en la dermis de la región deltoidea y se introducirá una gota de la disolución empleada. En caso de intradermorreacción positiva, se obtendrá una pequeña nudosidad lenticular, blanca primero, después eritematoescamosa, y que luego se agrandará y endurecerá. Se darán las inyecciones cada 3 días, cambiando de lado y aumentando cada vez la titulación de la disolución utilizada, desde 1/10.000 hasta 1/500, si se soporta bien el tratamiento. Una cura completa consta de 10 inyecciones. La cura podrá ser continuada después del reposo de algunas semanas. La tuberculinoterapia puede variar; pero, por regla general, obedecerá a las reglas primordiales que dejamos trazadas.

### INYECCIONES INTRAVENOSAS

Estas inyecciones pueden ser indicadas en algunas dermatosis. El novarsenobenzol se aconseja en la psoriasis, en el liquen plano.

Las sales de tierras raras, geodil, pelospanina, son corrientemente usadas en el tratamiento de las tuberculosis cutáneas. El hiposulfito sódico, el cacodilato sódico a grandes dosis, son muy recomendados por RAVAUT en el tratamiento de los eczemas rebeldes y de los prurigos crónicos. Como estos medicamentos son administrados por vía intravenosa, es necesario que el médico esté acostumbrado a la técnica de estas inyecciones. Una venda de goma aplicada por encima del codo y cerrada con una pinza hemostática que contenga la circulación de la sangre venosa y permita la de la sangre arterial, hará engrosar las venas. Se escogerá la mediana cefálica o, en su defecto, una de las venas del pliegue del codo bien visible y sobre todo bien saliente. Después, fijando los tegumentos, previamente limpios con alcohol, ayudándose de la mano izquierda se puncionará la vena con una aguja fina, de bisel corto, hundida paralelamente en dirección a la vena. La sangre sale de la aguja, y sólo hay que adaptar la jeringa cargada y empujar después de haber quitado la venda de goma. Con un poco de habilidad se puede evitar que salga sangre haciendo la inyección en un solo tiempo, poniendo la aguja en la jeringa cargada y punzando la vena teniendo la jeringa fija en la mano derecha y la aguja entre los dedos pulgar e índice. Cuando la punción es correcta, se ve subir la sangre a la jeringa; entonces se puede poner la inyección después de desatada la ligadura. Ésta será empujada con mucha lentitud. Es necesario pararse de

cuando en cuando y cerciorarse por la subida de la sangre si está realmente dentro de la vena. Muchos de estos medicamentos son sumamente dolorosos cuando son inyectados bajo la piel, y pueden dar lugar a verdaderos abscesos o a necrosis. Otras substancias menos dolorosas son susceptibles, si son inyectadas alrededor de la vena, de producir un proceso periflebítico y una obliteración venosa, haciendo imposibles las inyecciones siguientes. Es preciso, para la buena marcha del tratamiento, que las inyecciones intravenosas sean indoloras, no den ninguna reacción y dejen intacto, en lo posible, el calibre de la vena. Sería obrar ciegamente basarse en la falta de hinchazón de la vena o de dolor durante el curso de la inyección para convencerse de que la aguja está en buen sitio. Vale más pararse de cuando en cuando, como ya hemos dicho, y aspirar en la jeringa un poco de sangre, que será reinyectada con el resto del medicamento. Cuando esté terminada la inyección, será suficiente tener algún tiempo sobre el lugar de la inyección un trozo de algodón o gasa, teniendo el brazo del enfermo a la altura de su cabeza; toda cura es innecesaria.

### INYECCIONES INTRAMUSCULARES

Hay ciertos medicamentos, como el calomel, como los aceites azufrados (psoriasis), que se inyectan en la masa muscular. Por esto el médico debe saber hacer una inyección intra-

muscular correcta. La región de elección es la región de las nalgas. Los puntos de elección son múltiples. Nos parece que un punto de referencia excelente es el constituido por el tercio externo de una línea imaginaria trazada desde la espina ilíaca ánterosuperior a la extremidad superior del pliegue interglúteo. Actuando en esta región se evitan casi con seguridad los vasos y los nervios. Las inyecciones deberán ser practicadas con el enfermo de pie. Se utilizarán agujas de un calibre un poco grueso y de 7 u 8 centímetros de largo. Después de limpiar la piel y fijarla con la mano izquierda, se introducirá la aguja enérgicamente, aguantada por los tres primeros dedos de la mano derecha. Ha de penetrar profundamente y perpendicular a los tejidos, en un espesor de 5 a 6 centímetros. Se esperará unos momentos para ver si sale sangre por la aguja, en cuyo caso habría que retirarla y practicar nuevamente la inyección en un punto vecino; después se adaptará la jeringa a la aguja y se inyectará el medicamento lentamente. Retirando la jeringa y aspirando un poco de aire, se reinyectará éste para vaciar el medicamento que haya podido quedar en la aguja, y que podría provocar fenómenos dolorosos bajo la piel.

### **MEDICACIONES DESENSIBILIZANTES**

#### **MEDICACIONES DE CHOQUE**

No insistiremos sobre la desensibilización *per os*, como es la ingestión de alimentos noci-

vos a dosis fraccionadas, ingestión de peptona, etc., de lo cual hablaremos en el tratamiento de la urticaria, y que, por otra parte, no necesita ninguna técnica especial. Nos ocuparemos solamente de las inyecciones de leche, de la autosueroterapia y de la autohemoterapia, cuyas indicaciones serán estudiadas más adelante, pero cuya técnica es necesario indicar.

### *INYECCIONES DE LECHE*

Se utiliza la leche de vaca esterilizada o simplemente hervida, de la cual se inyectan de 2 a 5 centímetros cúbicos cada cuatro o cinco días en inyección hipodérmica o intramuscular. Casi siempre hay una ligera reacción local con elevación térmica poco marcada.

### *AUTOSUEROTERAPIA*

Se extraen asépticamente, por punción venosa del pliegue del codo, 30 ó 40 centímetros cúbicos de sangre del enfermo, que se recogen en un frasco estéril. Una vez terminada la coagulación, se recoge el suero exudado, que se reparte en ampollas estériles. Este suero es inyectado bajo la piel cada dos ó tres días, a la dosis de 1/4 de centímetro cúbico, después 1/2, 3/4, 1, 1 1/2, y, por fin, 2 centímetros cúbicos. La cura comprende de 12 a 15 inyecciones. Las reacciones locales o generales son muy raras.

### AUTOHEMOTERAPIA

Se recoge asépticamente, por punción venosa, con una jeringa grande, cierta cantidad de sangre del enfermo que se inyecta inmediatamente con toda la asepsia posible en los músculos de la nalga. Esta manera de proceder es la más rápida, pero no es la mejor. Creemos que es mejor sacar la sangre con una aguja de bisel corto y gruesa para que la aspiración de la sangre sea rápida. Se quita esta aguja y se hunde en la nalga una aguja de 8 centímetros de largo. Si sale sangre, se retira la aguja y se vuelve a clavar en un punto vecino, pues sería ilógico reinyectar en una venilla la sangre que se acaba de retirar de una vena; la inyección de sangre debe ser intramuscular. Se adapta en seguida la jeringa a la aguja y se inyecta la sangre lentamente. Algunos autores aconsejan inyectar la sangre bajo la piel. Nos parece que este procedimiento no es aconsejable. Es doloroso y da lugar a hematomas que tardan en reabsorberse. Además, es posible que la sangre inyectada en pleno músculo dilacere a su paso ciertas fibras musculares, lo cual favorece la eficacia del método. Por consiguiente, preferimos la inyección intramuscular. La reacción local es mínima y se reduce a una sensación dolorosa muy ligera. No hay nunca reacción general. En el adulto, se inyectan 10 centímetros cúbicos de sangre; en el

niño, de 2 a 5 centímetros cúbicos, según la edad. Las inyecciones se repiten cada dos o tres días, y el número es de doce, quince y hasta veinte inyecciones. Después de un reposo suficiente, pueden ser repetidas sin miedo a fenómenos de anafilaxia.

## OPOTERAPIA

---

Hay cierto número de dermatosis (ictiosis, eritrodermias ictiosiformes, pénfigo congénito con quistes epidérmicos) en las cuales la opoterapia se ha empleado con éxito. La opoterapia puede ser mono o pluriglandular. Se emplea lo más corrientemente el extracto tiroideo a la dosis de 10 centigramos por día dado en forma de extracto, de sellos, de píldoras o en tabletas. Toda opoterapia correcta debe ser prudente. Habrá que empezar por dosis débiles, por ejemplo 5 centigramos de extracto diarios. Si se tolera bien, al cabo de pocos días se podrá aumentar la dosis diaria a 10 centigramos. La cura constará de períodos de medicación de veinte días, separados por un reposo terapéutico de diez días. Este tratamiento deberá ser continuado largo tiempo si se quiere obtener algún resultado. Podrá durar seis meses, un año y hasta más. Hay que vigilar la tolerancia del enfermo para interrumpir el tratamiento a los primeros síntomas de intoxicación (adelgazamiento, taquicardia excesiva y permanente, sofocaciones). La opoterapia ovárica da igualmente buenos resultados en algu-

nas dermatosis que se presentan en las mujeres en la época de la pubertad o de la menopausia. Exige menos precauciones que la opoterapia tiroidea. Obedece a las mismas reglas utilizando las dosis de 20 a 30 centigramos por día. Los otros extractos glandulares (suprarrenal, hipófisis) también pueden ser empleados. Finalmente, podremos instituir la opoterapia pluriglandular, que se regirá por los mismos principios generales.

## CRENOTERAPIA

---

Las estaciones termales ofrecen a los dermatólogos recursos terapéuticos nada despreciables. Desgraciadamente no están al alcance de todos los enfermos por los gastos que ocasionan. Constituyen para los pacientes que las utilizan un medio terapéutico excelente que une, a la acción de las aguas termales, la obligación de dejar sus negocios y sus preocupaciones profesionales y de ir a disfrutar de una temporada de un reposo verdad en sitios casi siempre escogidos para ello.

Es necesario que el médico conozca bien su acción terapéutica, que varía mucho según las dermatosis.

Las estaciones termales que interesan al dermatólogo se pueden clasificar de la siguiente manera:

*Aguas sulfurosas.* — Sulfurosas fuertes: Challes, Cauterets, Luchon, Uriage, Aix-les-Bains, Barèges.

— Sulfurosas débiles: Saint-Gervais, Saint-Honoré.

*Aguas de composición variable.* — La Bourboule (aguas arsenicales), Saint-Christau (aguas ricas en cobre), Lamalou.

*Aguas sedantes.* — Nérís, Saint-Honoré, Bagnères de Bigorre, Plombières.

El acné, la forunculosis, la seborrea, las paraqueratosis psoriasisiformes rebeldes, algunos eczemas crónicos y tórpidos, las psoriasis sobre todo se beneficiarán de las aguas sulfurosas fuertes (Uriage). En cambio, los eczemas húmedos, los eczemas pápulo-vesiculosos, las neurodermitis, liquen plano, los pruritos, el prurigo de Hebra y todas las dermatosis inflamatorias, mejorarán con las aguas sulfurosas débiles (Saint-Gervais), con las aguas arsenicales de la Bourboule o con las sedantes de Saint-Honoré. Para la leucoplasia y las leucoqueratosis queda Saint-Christau.

No hay por qué decir la inoportunidad de mandar una dermatosis a una estación termal antes de haber agotado todos los medios que ofrece la terapéutica corriente. Pero cuando éstos hayan fracasado, no hay derecho a privar a los enfermos de los beneficios que pueden sacar de una cura termal apropiada.

Una vez escogida la estación termal, es conveniente dar al médico del balneario todos los datos que le puedan servir para orientar el tratamiento de nuestro enfermo, dejándole en libertad para la cura termal. Este manual no es un libro de deontología médica, pero, para bien del enfermo, conviene que cada médico guarde su iniciativa y su responsabilidad.

Por ello, nos abstendremos de describir los diferentes tratamientos que pueden seguir los enfermos en los balnearios (ingestión de agua, pulverizaciones, baños). El médico se debe concretar a hacer la indicación de la estación termal.

## TRATAMIENTOS LOCALES

### FISIOTERAPIA

Vamos a ver los principales tratamientos físicos de que el dermatólogo puede disponer.

#### LA CURA HÚMEDA

(*Fomentos*)

Muy utilizada en cirugía para combatir la inflamación, se usa igualmente en dermatología. Aunque en la forunculosis, en el ántrax y en la foliculitis profunda este método se empleará igual que en cirugía, hay que advertir que en las dermatosis secretantes, como el eczema agudo, inflamado, en las cuales obra magníficamente, hay que tener cuidados especiales para evitar la maceración de la piel, frágil ya de sí, y la extensión de la dermatosis. La cura húmeda será aplicada de la siguiente manera: se utilizará como líquidos el agua hervida tibia, o fría, lo que prefiera el enfermo, que nos dirá cuál es la temperatura que le parece óptima. Se empleará también

el cocimiento de flores de manzanilla, de hojas de malva o de raíz de malvavisco. Los cocimientos vegetales son muy calmantes como veremos al hablar del tratamiento de los eczemas. El médico deberá indicar al enfermo la manera de prepararlos. En un litro de agua se echa ya quince ó veinte flores de manzanilla o un puñado de flores de malva o una raíz de malvavisco de 6 a 8 centímetros de largo. Se hace hervir quince minutos, se retira del fuego y se deja macerar en frío durante algunas horas. El cocimiento se emplea así después de haberlo calentado ligeramente, si la temperatura tibia calma más que la fría. Se empapan compresas de gasa de tres a cuatro dobleces y después de escurrirlas para que el líquido no chorree, se aplican sobre la región enferma. Se cubren de una capa de algodón, teniendo en cuenta que no hay que utilizar impermeable y que la cura se debe fijar con una venda de gasa. Los fomentos deben ser cambiados cada cuatro horas. Ejercen sobre las dermatosis inflamadas y secretantes efectos magníficos. El dolor y el prurito se calman, disminuye la inflamación y dejan de segregarse como si la gasa húmeda aspirase por capilaridad la serosidad exudada.

#### LOCIONES

Son frecuentemente utilizadas en dermatología. Se hacen con agua hervida tibia o con uno de los cocimientos vegetales anteriormente citados. Pueden repetirse varias veces

al día. Se hacen con compresas de gasa empapadas en el líquido, con las cuales se lociona ligeramente las partes enfermas. Las lociones pueden ir seguidas del secado de las lesiones con gasa seca, con la cual se toca la región locionada, para evitar la irritación y el prurito que causaría el secar los tegumentos inflamados.

### PULVERIZACIONES

Se utilizan igualmente y se hacen con los mismos líquidos que los fomentos y las lociones con un aparato de RICHARDSON o un pulverizador de vapor. Se pueden repetir varias veces al día. Las pulverizaciones tienen un poder calmante indiscutible.

### CATAPLASMAS

Están indicadas cuando con los fomentos el enfermo no encuentra alivio, lo cual es muy raro. La harina de linaza no es recomendable. Es preferible utilizar fécula de patata o almidón. Se preparan de la siguiente manera: se deslíen en 100 gramos de agua hervida fría 50 gramos de fécula y después se añade a esta mezcla 400 gramos de agua hirviendo hasta que forme consistencia de jalea. Esta jalea se extiende sobre una compresa de gasa, cuyo borde se vuelve para contener la cataplasma. Se pueden emplear frías o tibias y se cambiarán dos o tres veces al día.

### BAÑOS

Aparte de algunas indicaciones especiales (baños sulfurosos para la sarna y la pediculosis, baños alcalinos para la psoriasis), de las cuales nos ocuparemos más tarde, son poco utilizados, con justicia, en dermatología. Si ejercen, en efecto, una acción calmante sobre las lesiones cutáneas, sobre todo si se trata de baños de salvado o de almidón, tienen el serio inconveniente de macerar los tegumentos, ya frágiles, y de provocar a menudo la extensión de las dermatosis. Su técnica, aparte de su composición, no tiene nada de particular. Haremos notar, sin embargo, que los baños serán siempre de corta duración (de 15 a 20 minutos).

### DESCOSTRADO DE LOS TEGUMENTOS

Algunas lesiones costrosas tienen que ser descostradas, sobre todo si se trata de dermatosis supurativas en las cuales las costras dan a los enfermos la ilusión de la curación y, no obstante, facilitan la extensión de las lesiones. Lo mejor para hacer caer las costras consiste en aplicar durante veinticuatro horas una capa de vaselina estéril. Al día siguiente las costras se levantan fácilmente con unas pinzas y sin traumatismo alguno. Si las costras son demasiado adherentes, puede ponerse un fomento,

que será cambiado cada cuatro horas, además de la vaselina, durante veinticuatro horas. Es muy raro que con estos procedimientos no podamos conseguir nuestro objetivo.

### DEPILACIÓN

Deberá practicarse siempre que haya una lesión supurativa o parasitaria en las regiones pilosas (barba, bigote, cuero cabelludo, pubis, sobaco). Se puede practicar con la pinza. Se emplea entonces una pinza de puntas planas, llamada pinza de depilación. La depilación se debe hacer pelo por pelo. Si la región que ha de depilarse es extensa, se procederá por sectores y se hará en varias sesiones para evitar al enfermo un dolor excesivo. Hay que tener en cuenta que muchas veces el dolor está atenuado por la mortificación de las vainas del pelo, lo cual hace perder parte de su adherencia al folículo piloso.

En las tiñas, y algunas veces en las sicosis, se puede hacer una depilación masiva por la radioterapia. Debe ser practicada por un radiólogo competente y con una técnica correcta, para evitar una alopecia cicatrizal que se complica a veces de radiodermatitis. Una buena irradiación debe ser total para asegurar una curación completa y evitar irradiaciones ulteriores susceptibles de provocar radiodermatitis. Se debe hacer una sola sesión y con rayos filtrados; 5 unidades H y 10 a 20 minutos de aplicación basta. El pelo cae de 15 a 20 días

después de la depilación para salir a la sexta u octava semana después de la caída.

Al lado de estas depilaciones temporales, la depilación definitiva de algunas hipertrichosis que constituyen una obsesión para los enfermos podrá ser propuesta. Hay que desechar las pastas depilatorias de las propagandas de los periódicos, que no hacen más que hacer caer momentáneamente el pelo para hacerlo crecer de nuevo más rápidamente y más fuerte. Sólo hay la electrólisis que dé resultados seguros. Se limpia primeramente la región que ha de depilarse con un algodón empapado en alcohol. Se utilizan agujas electrolíticas muy finas con las cuales se destruyen los folículos pilosos. Esta operación es bastante delicada y se necesita habilidad y paciencia. Se introduce la aguja entre el pelo y el folículo siguiendo el supuesto trayecto del pelo. La aguja se emborna al polo negativo, y el polo positivo está constituido por una placa metálica cubierta de una gamuza empapada en agua, y que se pone sobre las rodillas del enfermo. Cuando el folículo ha sido cateterizado, el enfermo pone su mano sobre el polo positivo. La corriente pasa y se aumenta progresivamente la intensidad hasta 4 ó 5 miliamperios. Se ve entonces aparecer en la emergencia del folículo una pequeña burbuja de aire. El enfermo retira la mano y queda interrumpido el circuito. Con la pinza se tira del pelo tratado, que debe salir sin dificultad. Podemos considerar la operación como terminada. El folículo ha sido destruido. El pelo no volverá a salir.

Hay que evitar en una misma sesión destruir pelos muy cercanos, porque la depilación eléctrica determina una inflamación temporal que podría ser excesiva si fuera demasiado extensa. Cada sesión puede destruir 30 ó 40 pelos; es mejor, si es posible, multiplicar las sesiones. De todas maneras, hay que ahorrar todo lo posible las indicaciones de depilación electrolítica, limitándose solamente a los pelos gruesos y negros.

### GIMNASIA Y MASAJE CUTÁNEOS

Pueden ser utilizados en casos de acné juvenil, de acné rosáceo y cuperosis.

La gimnasia cutánea, que se hace casi siempre sobre los tegumentos de la cara, consiste en hacer por parte del enfermo movimientos voluntarios, muecas, que ponen en movimiento todos los músculos de la cara. Cada sesión durará 5 ó 10 minutos y se repetirá cada día.

Las sesiones de gimnasia cutánea se pueden asociar a un masaje especial que será practicado por el médico o que será confiado al enfermo. El masaje se practica con las dos manos o, mejor dicho, con los dedos de las dos manos, haciendo fricciones superficiales rápidas y repetidas sobre la piel de la cara. Este masaje se puede completar con el golpeado suave. Cada sesión durará 10 minutos. Este método, preconizado por JACQUET y sus discípulos con el nombre de bioquinético, da resul-

tados estéticos muy notables y devuelve a la piel la vitalidad y tersura perdidas, asegurando una mayor vascularización.

### AIRE CALIENTE

Puede ser utilizado en terapéutica dermatológica para excitar la cicatrización de ciertas heridas (úlceras varicosas). Se pueden utilizar aparatos de aire caliente eléctricos o la punta gruesa del termocauterio al rojo blanco, y que se acerca hasta algunos milímetros de la región que se ha de tratar.

### LUZ

Este tratamiento, muy de moda actualmente, da excelentes resultados en llagas tórpidas, en el lupus y en las diversas tuberculosis cutáneas. Claro está que más perfecta es la helioterapia en la montaña o en la costa, donde la atmósfera es pura y los rayos solares llegan sin absorción apreciable; pero puede ser aplicada igualmente en todas partes, incluso en una habitación preparada para ello. La helioterapia será progresiva y prudente. Necesita una progresión que sin ella produciría grandes reacciones. Se empezará por sesiones de 10 a 15 minutos de duración, aumentando cada día 5 minutos, y, si se tolera bien, se podrán hacer, en ciertos casos, sesiones de una, dos horas o más. Hay que recordar que hay

que limitar la helioterapia tanto como sea posible a las regiones enfermas, protegiendo las partes sanas, así como la cabeza y tórax.

### LUZ ARTIFICIAL

Se utilizan en estos casos aparatos especiales: la lámpara de FINSEN en el lupus, la lámpara de rayos ultravioletas en la terapéutica de las tuberculosis cutáneas. Siendo los aparatos muy caros y las aplicaciones muy delicadas, es preferible dejar estos tratamientos a los especialistas.

### TERMO Y GALVANOCAUTERIZACIÓN

La termo y galvanocauterización son de frecuente empleo en dermatología para hacer desaparecer ciertas neoformaciones (papilomas, verrugas), para destruir profundamente las lesiones tuberculosas de la piel cuando se trata de lesiones circunscritas, como los nódulos lúpicos o el tubérculo anatómico, o lesiones extendidas, como en el caso de tuberculosis verrugosa; para obturar ciertas telangiectasias de la cara y modificar una cuperosis deforme, para destruir superficialmente ciertas lesiones de acné sebáceo concreto. Es evidente que en estos distintos casos la cauterización está indicada, ya sea superficial o profunda. Hablaremos más adelante, a propósito de las dermatosis precedentes, sobre el modo de actuar.

Hay que recordar que para una cauterización correcta es necesario el rojo blanco, pero trae consigo a veces hemorragias ligeras que una cauterización al rojo oscuro será suficiente para detener.

### ESCARIFICACIÓN

Puede ser superficial (cuperosis) o profunda (lupus, queloides, liquenificación). Las escarificaciones se hacen ya con el escarificador de VIDAL, ya con un bisturí ordinario. Consisten en incisiones lineales paralelas entre sí y separadas por una distancia de 1 a 2 milímetros. Estas incisiones son cubiertas por otras análogas, pero perpendiculares a las primeras, obteniendo así un verdadero empañillado. Para hacer la escarificación, el médico tendrá que tener su mano izquierda libre para que pueda tener el algodón que necesita para la hemostasia, y la derecha para servirse del escarificador con toda la agilidad necesaria.

El escarificador se coge como un lápiz. Las escarificaciones deben ser hechas con seguridad, pero rápidamente. La hemostasia debe hacerse con pegujones de algodón secos o empapados de agua oxigenada de 12 volúmenes. Estas escarificaciones pueden ser seguidas de cauterizaciones especiales; hablaremos más tarde de ello. Una compresa de gasa esterilizada se aplicará durante veinticuatro horas sobre la escarificación. No se puede re-

petir la escarificación más que cuando la anterior esté cicatrizada, o sea al cabo de 15 días a 3 semanas.

### NIEVE CARBÓNICA

El frío en dermatología da muy buenos resultados en los nevos, los angiomas y los lupus eritematosos sobre todo. Se puede usar sencillamente el ácido carbónico líquido, en tubos especiales, extendiéndole sobre una piel de gamuza. Así se obtiene una nieve que se coloca en seguida con una sonda larga en un molde de madera donde el gas carbónico sólido se aprieta con un mandril de madera. Cuando está suficientemente apretado, se hace salir del molde y se obtiene un lápiz o barrita de nieve carbónica, según la forma del molde. Cogiendo el lápiz con una gamuza o paño grueso, para evitar una quemadura al que opera, se aplica sobre la lesión que se quiere tratar, durante 15 a 30 segundos. No se debe hacer más de una aplicación en el mismo sitio y en la misma sesión. Se construyen actualmente aparatos muy prácticos (criocauterío de LORTAT-JACOB) provistos de puntas de dimensiones y formas variables, según el aspecto de las lesiones que han de tratarse, en los cuales se hace extender el ácido carbónico en una cavidad metálica. Se le añaden unas gotas de acetona para bajar todavía más la temperatura. Se ve entonces la punta del criocauterío cubrirse de una capa blanca, como si la

punta estuviera helada. Entonces está a punto de ser usado el aparato. Los criocauterios tienen la ventaja de que, por medio de un resorte, tienen una presión graduada en kilogramos. Se hacen aplicaciones de 15 a 25 segundos con una presión de 1 a 2 kilos, según el fin deseado. Los tegumentos se vuelven blanquecinos, luego enrojecen y presentan una flictena llena de serosidad, que se seca o vacía cuando se somete a un traumatismo. La ulceración superficial se cicatriza en 15 ó 20 días. Un poco de vaselina calmará el dolor después de la aplicación, y unas compresas de gasa seca y estéril evitarán la infección de la región cauterizada.

### ELECTRICIDAD

Hemos hablado ya del *galvanocauterío*. Hemos indicado la utilidad de la *electrólisis negativa* como medio de depilación; puede ser también utilizada para tratar los nevos y las verrugas. Se hace como en la depilación utilizando las agujas electrolíticas aplicadas al polo negativo y hundidas en la lesión que se ha de tratar; se necesita una intensidad de 5 a 10 miliamperios.

### ALTA FRECUENCIA

Puede ser aplicada por medio de aparatos portátiles que funcionan mediante la corriente

urbana. Se utilizan electrodos de cristal de formas variadas, dando, según los casos, emanaciones de color y acción especial. Los electrodos se acercan a algunos milímetros de la piel, se forman chispas entre el electrodo y los tegumentos, y el enfermo siente unos pinchazos que son muy soportables. La alta frecuencia produce muy buenos resultados en la pelada, en las verrugas planas, el mejoramiento de los pruritos locales y de las neurodermitis. El tiempo varía entre 5 a 15 minutos, según los resultados que se quieran obtener. Una rubefacción en la región tratada es la única reacción que se nota. No se harán más de dos sesiones por semana.

### RADIUMTERAPIA

Se aconseja en la terapéutica de los que-  
loides, de tumores cutáneos, de nevos y de  
ciertas neurodermitis. Se necesitan aparatos  
muy caros y, por otra parte, un gran cuidado  
en las aplicaciones si se quieren evitar las  
radiodermatitis, a menudo muy serias. Es inútil  
decir que este tratamiento debe quedar para  
los especialistas.

### RADIOTERAPIA

Podemos decir lo mismo de la radioterapia.  
También debe ser aplicada por un especialista  
competente. Pero por los buenos resultados

que hemos obtenido con la radioterapia en  
numerosas dermatosis, hemos pedido a nuestro  
buen compañero y amigo el doctor J. COSTE,  
jefe del laboratorio de radiología de la Anti-  
quaille, redactara sobre este punto, para nues-  
tros lectores, un capítulo especial. Le damos  
las gracias por haber querido aceptar una  
colaboración que es para nosotros de gran  
importancia por ser de una persona tan compe-  
tente y de tan gran experiencia.

Entre los medios físicos empleados en la  
terapéutica de ciertas afecciones cutáneas,  
la *raöntgenterapia* ocupa, al lado de la *radio-  
terapia en general*, un lugar sumamente im-  
portante.

### Acción de los rayos X. — Sus propiedades esenciales

#### Fundamentos de la radioterapia

Toda lesión de los tejidos está formada,  
en proporciones variables según los casos, de  
una mezcla de tejidos patológicos y de tejidos  
sanos. Si se someten, en condiciones técnicas  
bien determinadas, a la acción de los rayos X  
ciertas lesiones en las que estén indicados,  
obtendremos su curación, pero siempre después  
de largo tiempo.

Los experimentos sobre los animales, los  
análisis clínicos sobre el hombre y los estudios  
anatomopatológicos, nos han hecho dar cuenta  
de que la primera causa de esta curación es  
debida a una propiedad inherente a los rayos X,

a. saber: *la citocausticidad electiva*. Gracias a este poder especial, los rayos X son un agente curativo.

Merced a ello, el mismo rayo puede hacer la selección y, en una lesión, dejar intactos ciertos elementos (los elementos sanos) y matar los otros (los elementos patológicos). Éstos son llamados *radiosensibles*; los otros, *radioresistentes*. Es necesario saber que si bien ciertas células tienen la facultad de resistir y otras de ser atacadas, no es más que cuando están en completa relación de *cantidad y calidad* de la radiación; han sido la primera escogida y la segunda dosificada con gran cuidado.

Si, por ejemplo, la cantidad absorbida por un tejido cualquiera es superior a la dosis fijada por la experiencia clínica, *toda radiorresistencia desaparece*. No hay ningún órgano ni ningún tejido de la economía, ni aún entre los clasificados como los más radiorresistentes, que pueda resistir una dosis exagerada, de rayos X. Éstos pueden destruir todo elemento vital. Los rayos X pueden, pues, en condiciones determinadas, según como se considere el tejido, no ser citocásticos *electivos*, sino *totales*. Obran entonces como el galvanocauterio o el cáustico químico fuerte y, como él, pueden determinar una gangrena masiva: *radiodermatitis*, siguiendo la denominación que se le ha dado.

Hay que recordar dos cosas primordiales.

1.º *Los rayos X son un agente de destrucción celular*. Esta acción destructiva no se ejerce a dosis conveniente y variable más que sobre ciertos elementos anatómicos, llamados **radio-**

**sensibles**. La sensibilidad de las diferentes células y tejidos es muy variable y, por lo tanto, es posible clasificar estos tejidos en una escala progresiva de sensibilidad.

2.º *La destrucción celular no se ejerce electivamente más que con la cantidad y calidad de la radiación precisa para cada caso. Esta propiedad de electividad desaparece totalmente si la dosis administrada sobrepasa a la correspondiente a este caso.*

De estos dos hechos podemos sacar dos consecuencias:

- 1.º *Los rayos X pueden ser útiles.*
- 2.º *Los rayos X pueden ser perjudiciales.*

### Utilidad de la radioterapia en dermatología

Son numerosas las afecciones de la piel en las cuales se emplean los rayos X. Por mi parte, temiendo los accidentes muy posibles a los cuales están expuestos incluso los especialistas más expertos, restrinjo en muchos casos la indicación.

En conjunto se pueden admitir tres categorías de casos.

a) Algunas afecciones cutáneas se pueden tratar con esta terapéutica, pero *secundariamente*, a lo menos éste es mi parecer. Muy a menudo estas enfermedades curan bien por los medios usuales, medicamentosos o de otro género, o a lo menos desaparecen momentáneamente para recidivar más tarde (eczema, psoriasis). El peligro está en estas recidivas

que exponen al radioterapeuta a recidivar también y a multiplicar las sesiones. La frecuencia de las irradiaciones produce generalmente un efecto desastroso. Por este motivo, no hay que utilizar los rayos X en estos casos más que cuando hayan fracasado las demás terapéuticas.

b) En otras afecciones, al contrario, creemos que la indicación de la radioterapia es propuesta demasiado tarde por la mayoría de dermatólogos. Así ocurre, por ejemplo, de liquen plano, de neurodermitis, etc. En estos casos, donde todo peligro puede ser fácilmente descartado, siendo en general las dosis de rayos X mínimas, se ve frecuentemente una curación suceder a una irradiación, mientras que durante muchos meses y aun muchos años la terapéutica ordinaria ha sido ineficaz.

c) Finalmente, hay otra categoría de afecciones que comprende los casos donde la radioterapia, asociada o no a otros medios terapéuticos (médico o quirúrgico), *se impone*. A este grupo nosológico pertenecen los cánceres cutáneos o cutáneomucosos (labios, vulva, pene), las tuberculosis cutáneas (verrugosas, tubérculo anatómico, gomas de la piel); aquí el temor de una radiodermatitis, incluso de cierta gravedad, no puede ser invocado como contraindicación. Hay que escoger el mal menor; los casos de la radiodermatitis o de otra complicación son muy raros si se sigue una técnica perfecta; en caso contrario, los desastres son frecuentes.

### Peligros de los rayos X

Creem algunos que la radioterapia es de lo más sencillo; los que creen esto suponen que basta tener un aparato productor de rayos X, un tubo, un enfermo y una mesa donde tenderle; después de instalar el enfermo, basta saber poner en marcha el aparato y hacerle funcionar durante diez minutos o una hora, según el tiempo de que se dispone.

Otros, más conscientes, o por lo menos creen serlo, temiendo una complicación grave, se contentan con administrar una dosis pequeñísima de rayos X.

Estas dos maneras de obrar son igualmente censurables. En el primer caso, fatalmente algún día sobrevendrá un accidente; en el segundo, el resultado será todavía peor; una afección grave como el cáncer cutáneo se volverá rebelde a todo tratamiento o bien no podrá ser vencido más que con horribles mutilaciones o se generalizará, siendo ya inaccesible a toda terapéutica.

### Datos sucintos sobre la instrumentación, elección de la radiación y la ausencia de filtros

Hay que insistir una vez más en que es imprescindible ser un buen técnico para proceder a una sesión de radiación terapéutica, aun de corta duración. Siguiendo esta técnica, todo médico práctico puede con un aparato cual-

quiera obtener excelentes resultados. No hay necesidad de esos potentes aparatos de estos últimos tiempos, que serán admirados con sorpresa dentro de unos años por los que no hayan vivido la era entusiasta de la radioterapia ultrapenetrante.

No puedo describir aquí un aparato productor de alta tensión o una ampolla generadora de rayos X. Sólo debo decir que en el hospital de la Antiquaille utilizó una credence G. G. P. n.º 2, y un Coolidge Standard, y en mi clientela privada, un P. C. C. Ropiquet y un Baby Coolidge.

Tampoco es posible entrar en consideraciones sobre la *cualidad de la radiación, el uso o no de filtro*, la necesidad de una *sesión única* (condición *indispensable* muchas veces para obtener un buen resultado), la necesidad siempre de evitar la *repetición de las sesiones*.

Sobre todas estas cuestiones, sólo diré que a la concepción oficial de:

a) *Empleo de la radiación  $\lambda$  muy corta* (sólo el rayo corto y penetrante es selectivo).

b) *El empleo de un filtro grueso* (modo de obtener un rayo penetrante).

c) *Necesidad de sesiones prolongadas* (consecuencia obligatoria de la fuerte filtración, sensibilidad alternante de células, cariocinesis (neoplasmas).

Opongo mi punto de vista personal.

a) *Empleo de  $\lambda$  media* (el efecto selectivo depende ante todo de la cantidad absorbida).

b) *Ausencia, salvo raras excepciones, de todo filtro.*

c) *Necesidad de la sesión única corta* (los resultados obtenidos permiten afirmar que las células son perfectamente sensibles, incluso fuera del estado de división. Necesidad absoluta de rehacer el tejido conjuntivo gravemente lesionado en el caso de repetición de dosis). Y resumiremos así la técnica general:

1.º Aparato a elegir que dé 16 centímetros de chispa entre puntas.

Tubo que pueda resistir indefinidamente dos miliamperios.

2.º *Sesión única y masiva*. La cantidad de rayos X será variable según las afecciones; el calificativo de «masivas» se aplica a dosis esencialmente diferentes. 6 H será una dosis masiva para una lesión dada, mientras que una dosis de 15 H podrá no ser más que una dosis media.

3.º Empleo de localizadores especiales que no podemos describir.

### Afecciones cutáneas que responden a la radioterapia

No podemos detallar aquí todos los casos en que la radioterapia puede ser útil. Me concretaré a citar las afecciones en que es verdaderamente útil y sobre todo aquellas en que está francamente *indicada*.

Sabemos las dificultades considerables con que tropiezan todos los que quieren hacer una exposición didáctica de las afecciones cutáneas. Lo mismo pasa cuando se quieren clasificar

las afecciones que benefician de la radioterapia. Después de muchas dudas, nos hemos decidido por la siguiente clasificación.

A. — Deformidades cutáneas (tumores congénitos).

B. — Dermatitis parasitarias.

C. — Dermatitis complejas de causas variables e indeterminadas.

D. — Tumores no congénitos.

En cada uno de estos grandes capítulos citaremos las afecciones cutáneas que responden a la radioterapia, describiendo los puntos de técnica especial y procurando evitar repeticiones.

### Deformidades cutáneas

Tumores congénitos.

De las afecciones diversas clasificadas bajo esta denominación, citaremos las diferentes variedades de *nevus* y las *cicatrices patológicas* más o menos queloidianas.

#### Nevus

Pueden ser tratados por radioterapia los nevus pigmentarios, los nevus tuberosos no vasculares y los nevus vasculares.

Entre los *nevus pigmentarios*, sólo el *léntigo maligno* o el *léntigo profundo* deben ser tratados por los rayos X. Sabemos que estas afecciones pueden degenerar en una variedad de tumor

de gravedad extraordinaria, el *nevocarcinoma*. Sabemos también que esta transformación maligna se hace tanto más fácilmente cuanto más irritadas han estado dichas lesiones, ya sea por el enfermo, ya por tratamientos intempestivos. ¿Qué hacer en este caso? Es evidente que muchos *léntigos* no pueden ser tratados de otra manera y que otros pueden desaparecer bajo la influencia de un punto de fuego o de una aplicación de nieve carbónica; pero siempre que se sospeche una degeneración maligna en *nevocarcinoma*, hay que obrar como si fuese ya dicho tumor maligno y aplicar una técnica severa. Al revés de la opinión corriente, los rayos X son capaces de detener la evolución de muchos *nevocánceres*. Podemos decir que en todos los casos tratados desde 1920, si no ha habido una curación perfecta, ha habido una gran mejoría y nunca hemos observado generalizaciones rápidas.

Los *nevus tuberosos no vasculares* (verrugas blandas, *nevus pilosos*), pueden, como los *léntigos*, degenerar en un tumor maligno, y hay que obrar como hemos dicho anteriormente.

En el grupo de los *nevus vasculares*, los *angiomas planos* son considerados como poco sensibles a los rayos X. Esto no es verdaderamente exacto; pero como la electrólisis y la nieve carbónica dan buenos resultados, vale más emplear estos medios inofensivos. Los *hemangiomas tuberosos* son muy radiosensibles, sobre todo cuando son voluminosos y tienen una tendencia a crecer. En este caso, pueden conducirse como verdaderos tumores malignos. Si

son pequeños y poco salientes, la electrólisis o la nieve carbónica son preferibles. No hemos tenido ocasión de tratar *linfangiomas*, excepto un caso en la lengua, donde nuestra intervención ha dado un resultado relativo. Creemos que a no ser por la timidez en las dosis, el éxito hubiera sido mayor.

La *técnica* es distinta según las variedades de nevos. Todos los que pueden transformarse en nevocarcinomas deben ser tratados como si realmente ya lo fuesen. Veremos más adelante cómo deben ser irradiados estos tumores. En cuanto al nevo vascular, fiel a mis principios de dosis únicas o poco numerosas, no practico la técnica de mi buen maestro y amigo BARJON, de sesiones mínimas y frecuentes. Es indiscutible que BARJON ha obtenido por este sistema numerosos e indiscutibles éxitos. Yo prefiero, por mi parte una dosis masiva de 8 ó 10 H 16 cent. Ch. E. sin filtro. En caso de no curarse, no hago otra aplicación hasta después de varios meses. Aquí, como en otros casos, hay que temer las lesiones cutáneas consecutivas a las irradiaciones frecuentemente repetidas. Aun sin ulceraciones gangrenosas, se ven muy a menudo, mucho tiempo después de estas múltiples irradiaciones, telangiectasias numerosas y al menor trauma de las radiodermis. Mientras que con una dosis masiva, única, superior en cantidad al total de las sesiones repetidas, no se ve nunca un accidente semejante. Una dosis de 20 H sin filtro sobre piel sana (a condición de que la sesión sea única) no se complica nunca de radiodermis.

sino simplemente de *radioepidermitis*, según la expresión de REGAUD. Esta lesión se cicatrizará en pocas semanas, más o menos aprisa, desde luego siguiendo la extensión en superficie de la irradiación. La cicatriz flexible y rosada dará la impresión de la piel sana y no se verá ninguna telangiectasia.

### Cicatrices patológicas

Reunimos en este grupo los *queloides espontáneos* y las *cicatrices que se vuelven queloidianas*. Las reglas que han de seguirse son las mismas en los dos casos.

Si el queloide es poco grueso, la nieve carbónica está muy indicada. No así cuando el grueso de la neoplasia es considerable, incluso si la forma es lineal; con más razón cuando los queloides son consecutivos a las grandes quemaduras. En este caso se ven a veces tumores voluminosos, gruesos, muy inflamados algunas veces, y otras de aspecto muy inflamatorio con tendencia a extenderse. En este caso la radioterapia está muy indicada y da muy buenos resultados.

Yo trato estos queloides como verdaderos tumores o poco menos; es decir, que los irradio *sin filtro, en una sesión*. La dosis incidente de la piel varía según el grueso. Generalmente oscilan entre 8 y 15 H (1.400 a 3.000 R.). La reacción es a veces fuerte, después del período de latencia obligatorio (lo menos 13 días). Los cuidados consecutivos son los mismos

que he indicado anteriormente tratando de los neoplasmas malignos.

Insisto en decir que es necesario proporcionar la dosis al grueso del tumor y a la sensibilidad de la piel (niños), para *no tener que repetir las sesiones de radioterapia*. Es necesario obtener el resultado desde la primera vez o cuando menos intentarlo, y confieso que es un problema muy difícil de solucionar.

Los resultados estéticos son generalmente perfectos. El tumor se rebaja, se vuelve flexible, cambia de color y, lo que es más interesante, deja de crecer.

### Dermatosis parasitarias

En las afecciones parasitarias producidas por los hongos, la radioterapia es un gran auxiliar, *indispensable* para el tratamiento dermatológico. En las que la causa son los parásitos *microbianos*, los rayos X pueden ser, según los casos, *útiles* o *claramente indicados*.

### Dermatosis producidas por los hongos

En este grupo comprenderemos únicamente las *microsporidias*, las *tricotifias* y el *favus de las regiones pilosas*.

Las diferentes variedades de tiña, exceptuando el favus, se sabe que pueden curar espontáneamente a cierta edad, aunque muy tardía. Así, pues, tiene gran importancia, considerado desde varios puntos de vista, tener

un medio que permita detener la propagación micósica. Las diferentes variedades de hongos parásitos del pelo o del cabello no pueden vivir fuera de ellos. Este hecho se conoce hace mucho tiempo, de donde se deduce que hay que hacer la depilación de la región. Esta depilación, antes del empleo de los rayos X, era puramente mecánica (pinza para depilar) y muy dolorosa. Además, la depilación no puede ser siempre general; frecuentemente la infección se propaga por tiempo indefinido. El tratamiento de la tiña duraba cuatro o cinco años, tanto que en la mayoría de los casos se curaba por sí sola.

Actualmente se emplea como agente de depilación los rayos X; no tienen acción sobre el hongo; así es que conviene asociarles jabonaduras y tintura de yodo, pero cumplen muy bien su papel, pues con una sola aplicación en el cuero cabelludo en veintidós días, mínimo, no queda un solo cabello.

No puedo describir detalladamente la técnica excesivamente minuciosa que se necesita si no se quiere tener un fracaso. No puedo más que indicar las principales reglas. Para más pormenores, consúltese la tesis de mi discípulo ESCOFFIER (Lyon, 1925), que, por un error muy lamentable, se ha olvidado de citar los nombres de SABOURAUD y NOIRÉ.

Hace años se contentaban con tratar una a una las lesiones visibles. El tratamiento necesitaba muchos meses, por lo que fué modificada esta manera de obrar. Entonces fué irradiado *casi todo el cuero cabelludo*. Y decimos casi, pues

algunas partes de la bóveda craneana no recibían los rayos. Este hecho era debido al empleo de localizadores redondos o cuadrados. En el primer caso, la depilación sólo podía ser completa en los puntos tangentes a los diferentes focos circulares de irradiación. En el segundo, para evitar que por superposición se doblase la dosis en ciertos puntos, se dejaba algún intervalo entre dos localizaciones cuadradas consecutivas. En los dos casos, el mismo resultado: persistencia del parásito y reinoculación en los cabellos restantes. Por esto la técnica ha sido modificada.

Actualmente se hacen cinco aplicaciones sucesivas sobre la superficie exocraneana, *sin localizadores, sin filtro y en una sesión*. La situación del tubo, la distancia del anticátodo a la piel, la posición del enfermo, todo se arregla minuciosamente para obtener sin accidentes la caída total del cabello, a condición de que el rayo normal a la pared craneal caiga en el centro de cada una de las cinco partes en que se divide la extensión entera del cuero cabelludo. Por cada sector irradiado, 800 R son suficientes y necesarios.

Insisto en la utilidad de *enjabonados* diarios, que ayudan a la caída del cabello, y la necesidad absoluta del embadurnado con tintura de yodo diluída, igualmente diario.

Los resultados estéticos y terapéuticos son perfectos. El crecimiento del cabello empieza durante el segundo mes. Frecuentemente crece más abundante que antes de la aparición de la tiña.

*El favus* del cuero cabelludo se trata de la misma manera. Sin embargo, hay que tomar algunas precauciones especiales. Es muy útil, antes de aplicar la radioterapia, quitar del cuero cabelludo todas las costras y escudetes. Además, es preferible aumentar la dosis de irradiación, que se aumentará hasta 900 ó 1.000 R.

*Las tricofitias* de la barba se tratan poco más o menos de igual manera. En lugar de cinco aplicaciones, con cuatro hay suficiente. *Una* en el centro de la región de debajo la barba; *otra* al nivel del hueso hioides, y *dos* en el centro de cada una de las mejillas. En cada uno de estos puntos caerán los rayos normalmente. El bigote se protegerá o no, según los casos.

Los mismos cuidados consecutivos.

Advirtamos que los éxitos son menos constantes aquí que en las tricofitias del cuero cabelludo. La lesión parece curada mientras no hay pelos, pero recidiva con el crecimiento. La recidiva es mucho menos frecuente que en los casos de *sicosis microbianas*, donde es casi habitual.

#### Dermatosis producidas por los microbios

No nos detendremos mucho tiempo en las *verrugas*. La radioterapia está indicada siempre que estos tumores sean abundantes o voluminosos. A mi entender, las *verrugas vulgares* francamente papilomatosas, son más sensibles que *las verrugas planas juveniles*.

La técnica radioterápica es muy sencilla. Una sesión sin filtro. 1.000 a 1.200 R. Ch. E. 16 cent. Hay que advertir una cosa: no es preciso tratar *todas las verrugas*. Hay suficiente con irradiar la *verruca madre*. Se obtiene así no sólo la desaparición de ésta, sino de todas las otras, incluso a veces las más distanciadas. Cuando no se obtiene mejoría, se pueden tratar las otras ya sea por grupos o aisladamente.

Las *tuberculosis cutáneas*, o algunas de sus variedades por lo menos, pueden ser tratadas por la radioterapia. Los resultados obtenidos son verdaderamente buenos. Es el tratamiento que se debe escoger.

Las *úlceras tuberculosas* pueden curar muy fácilmente por otros medios. Ésta es la opinión autorizada de nuestro excelente maestro y amigo el profesor NICOLAS. Inútil, pues, recurrir a la radioterapia.

El goma  $\phi\theta$  afortunadamente puede también ser tratado por otros sistemas que las irradiaciones. Yo creo, sin embargo, que en según qué casos está indicada la radioterapia.

El *lupus vulgar* puede y debe ser irradiado. Creo por mi parte, y mis buenos amigos, el doctor J. GATÉ, médico del hospital de Lyon, y el doctor PILLON, jefe de clínica de la Antiquaille, comparten mi opinión (*Journal de Médecine de Lyon*, 1921, véase también un trabajo del doctor PILLON, *Journal de Médecine de Lyon*, 1924), que las indicaciones de la radioterapia en el *lupus vulgar* son menos frecuentes de lo que se dice generalmente.

En todo caso, este asunto es demasiado largo para ser tratado aquí. Recomiendo los citados trabajos, donde se encontrarán descritas las indicaciones y contraindicaciones de la radioterapia. Si es conveniente la radioterapia, habrá que hacer también la dosis restringida. Si una sesión es suficiente, es preferible. *Nada de filtros, la misma radiación y penetración*, dosis 1.200 a 1.500 R., según el espesor. La reacción cutánea es a veces fuerte. Se tratará la úlcera obtenida como se indicará luego. La reparación es larga; el esfacelo es muy frecuente; las cicatrices no son siempre perfectas; los resultados no son siempre brillantes. Hemos podido, sin embargo, mejorar algunos *lupus rebeldes* con la terapéutica corriente.

El *tubérculo anatómico*, la *tuberculosis verrugosa* deben ser tratados por la radioterapia. Es el tratamiento escogido para estas lesiones.

He tratado más de 30 casos de *tuberculosis verrugosa* muy extensa en superficie. En éste número he tenido un accidente de apariencia grave y dos o tres casos de cicatrización retardada. Dos veces (y en estos dos casos se trataba de *tubérculos anatómicos* y hasta de *lupus verdadero*) han sido necesarias algunas galvanopunturas para hacer desaparecer algunos nódulos *radiorresistentes*. En los demás casos hemos obtenido curaciones perfectas en algunas semanas.

La técnica y cuidados consecutivos son los mismos que para las neoplasias cutáneas, a cuyo capítulo remito al lector.

Deploramos no poder dar más extensión

a una cuestión tan importante como es la radioterapia de las tuberculosis verrugosas.

### Dermatosis de causas complejas o indeterminadas

No nos ocuparemos en este grupo más que de ciertas afecciones pruriginosas (pruritos localizados, anal o vulvar, líquenes y neurodermitis) y solamente mencionaremos que numerosos radioterapeutas preconizan la radioterapia en *los eczemas y psoriasis*. Este medio terapéutico, aunque puede dar resultados verdaderos, no puede ser empleado más que a título excepcional. Eczemas y psoriasis son lesiones esencialmente recidivantes y que reclaman aplicaciones frecuentes de rayos X y, como ya hemos dicho antes, pueden complicarse de radiodermatitis graves.

Los *pruritos vulvar y anal* ceden bien con los rayos X, sobre todo cuando no tienen una etiología determinada. Hemos obtenido buenos resultados irradiando *sin filtro, con rayos medianamente penetrantes, 4 a 8 H*, en las regiones anal o vulvar. Toda la región pruriginosa debe ser irradiada el mismo día. Hemos asociado la irradiación de la región sacra a la irradiación local. No hemos obtenido grandes ventajas.

*El liquen plano* es susceptible de curar con la radioterapia. Hemos irradiado algunos casos utilizando la técnica de GOVIN (de Brest): irradiación córvicodorsal, y, si la lesión

es muy extensa, irradiación de la región sacra.

*Las neurodermitis* mejoran también rápidamente por los rayos X. Hemos tratado vastas placas muy pruriginosas y liquenificadas, obteniendo la desaparición rápida del prurito y la curación de las lesiones de la piel, que toman nuevamente su aspecto normal, pero con pigmentación. Una pequeña dosis de 4 a 5 H en una sola vez, sin filtro y con la penetración corriente, basta.

### Tumores no congénitos de la piel

En este grupo se encuentran las afecciones para las cuales la radioterapia está no solamente indicada, sino que es el tratamiento ideal. Las afecciones de que voy a tratar son todas, aparte de la *micosis fungoide*, neoplasias malignas de origen epitelial o dermatosis preepiteliales.

La *micosis fungoide* es muy sensible a los rayos X, más en su forma tumoral, con abscesos, que en sus otras formas (prurito, erupciones premicócicas). Sin embargo, he obtenido un resultado notable, al parecer duradero, cuando menos de momento, en un caso en que toda la superficie del cuerpo estaba cubierta de numerosas placas eritematosas más o menos infiltradas. La dosis de rayos X debe ser mínima; algunas H son suficientes para hacer desaparecer un tumor voluminoso ulcerado o una placa muy infiltrada; para calmar el prurito no se emplea filtro, el grado radiocromométrico será siempre del mismo valor.

### Dermatosis preepiteliales

#### Epiteliomas cutáneos y cutáneomucosos

Estudiaremos estas diferentes afecciones juntas, pues la técnica general de unas y otras es la misma. Sólo indicaré rápidamente los puntos particulares.

No puedo aquí más que bosquejar apenas esta importante cuestión. Numerosas publicaciones y una tesis importante (Dr. Georges GIREL) están en preparación. Allí se encontrarán todos los consejos útiles.

*Las dermatosis preepiteliales* (enfermedad de PAGET, del pezón, epitelioma pagetoide, etc.) deben ser tratadas como si fuesen verdaderas neoplasias y con la misma técnica. No hay ninguna diferencia.

Agrupo las diferentes variedades histológicas de *cánceres cutáneos* (basocelulares, espinocelulares, mixtos), exceptuando los nevocarcinomas. Todos siguen la misma técnica. No es que no haya una diferencia en la radiosensibilidad de estos tumores; pero no existen (ésta es mi opinión desde 1921, época en la cual ya hubiera podido proclamarla) cánceres cutáneos *radiorresistentes* hasta el punto de ser rebeldes a la acción de los rayos X. Nos referimos a casos donde no ha habido irradiaciones anteriores. Tenemos derecho a decir que obtenemos la cicatrización perfecta o el detenimiento (en los casos terebrantes) en el 97 a 98 por 100.

DOSIS. — El resultado se obtiene con *una dosis uniforme* de irradiaciones. Ésta es demasiado fuerte para un epitelioma basocelular (epidermoide). Pero como con esta misma dosis una u otra variedad cicatrizan en el mismo tiempo e igualmente bien, es inútil modificar la cantidad de rayos X, siempre que no es posible hacer una biopsia y saber a qué variedad histológica definida pertenece.

Aceptando el punto de unificación de dosis he de indicar *cuál es esta dosis*. Tengo que decir, y esto sorprenderá a muchos de mis colegas radiólogos, que la cantidad de rayos X para curar un neocutáneo es *muy elástica*. Sólo dos puntos importan: *pararse en un punto, no pasar de un máximo* si no se quieren complicaciones y comprometer la cura. El *punto* está situado entre los 3.200 a 3.500 R, y el *máximo*, 6.000 — 6.500 R. Estas medidas, hechas con el ionómetro de Salomón, lo indican. (Estas mediciones han sido hechas por mi ayudante el doctor RAMÍE.)

Después de hablar de la dosis, quedan algunos puntos a precisar: *valor del rayo  $\lambda$ , uso o no de filtro, repartición de la dosis durante un tiempo determinado*.

Sobre estos puntos no quiero (como sobre la cuestión de la dosis) más que indicar, sin justificarla, mi manera de obrar en oposición absoluta con la generalmente admitida.

VALOR DE LA  $\lambda$ . — Creemos que sólo obra el rayo que se amortigua. Basta, pues, para esterilizar una neoplasia, utilizar una irradiación cuyo valor de penetración sea suficiente para

alcanzar las capas más profundas de la neoplasia. La radiación medianamente penetrante llena este objeto, como nos lo ha probado nuestra experiencia. La dosis terapéutica es muy elástica. Este hecho permite explicarnos por qué una irradiación relativamente poco penetrante puede alcanzar las capas más profundas de la neoplasia en *cantidad suficiente* sin que se observe esfacelo total (excepto los elementos neoplásicos) de las capas más superficiales, aunque éstas absorban una dosis mucho más considerable que la capa profunda. Esto permite comprender también que esta radiación es verdaderamente citocáustica *selectiva*. Actualmente se ha querido despojar a esta radiación  $\lambda$  media de esta cualidad de electividad en la destrucción celular, en provecho de la irradiación  $\lambda$  corta o muy corta.

FILTRO. — Todo cuanto llevamos dicho nos lleva a considerar el filtro como *inútil*, pero no demuestra por qué lo considero como *perjudicial*. El poco espacio nos obliga a no hacer comentarios sobre ello.

SESIÓN ÚNICA. — Pasa lo mismo con la sesión única. Me limitaré a decir que todas las neoplasias cutáneas pueden ser irradiadas en una sola sesión que, probablemente, no excederá de una hora. Para resumir la técnica, esquematizaré un tratamiento para una neocutánea hecho en Saint-Pothin.

Aparato = Credence n.º 2, G. G. P.  
 Tubo = Coolidge Standard.  
 Ch. E. = 16 centímetros entre puntas.  
 Intensidad = 2 miliamperios.

Distancia anticátodo a piel = 22 centímetros.  
 Duración de la irradiación = 45 minutos = Dosis 4.500 R. 22 a 23 H.

La piel sana se tapa con un cobertor, pero con la lesión se irradia *una gran zona alrededor del tumor*.

LOS CUIDADOS CONSECUTIVOS son de importancia capital, a lo menos durante los días 12.º o 13.º después de la irradiación. Si la lesión es grande y profunda, se ve a menudo, a partir de esta época, eliminarse los tejidos neoplásicos bajo la forma de un voluminoso esfacelo. Bajo ningún pretexto hay que levantar brutalmente este tejido, pues hay que eliminar espontáneamente o por partes con las tijeras las porciones bien desprendidas.

Un lavado diario y cuidadoso con suero fisiológico es indispensable en el caso de lesiones de esfacelo, así como una pomada de antipirinaestovaina. En los casos de epiteloma poco extendido, la curación se obtendrá con una cicatriz, flexible, análoga a la piel normal, pero con pigmentación. Si el epiteloma fuera muy profundo o terebrante, los tejidos se cicatrizan después de la caída del esfacelo, y la pérdida de substancia será proporcional a la profundidad de las lesiones. En el primer caso, la curación se obtendrá aproximadamente en seis semanas; en el segundo, en tiempo indeterminado.

*Los epitelomas del labio* se curan con esta técnica, sin complicaciones y con una cicatriz perfecta. Según nuestra experiencia, no hemos tenido ni un solo caso de recidiva. Nos refe-

rimos. a la lesión primitiva, dejando aparte los ganglios satélites.

*Los epitelomas del pene* curan bien si la lesión es puramente mucosa o penetra poco en los cuerpos cavernosos. En cambio, es casi imposible ver cicatrizar una voluminosa neoplasia cuando interesa todos los tejidos de la región. En estos casos hay que hacer una sesión de radioterapia, y si al cabo de seis u ocho semanas la *cicatrización es total*, la esterilización se obtendrá perfectamente. Pero, si después de ocho semanas la *cicatrización no se ha hecho*, posiblemente se habrá fracasado.

Entonces es *inútil y perjudicial* recurrir a una nueva irradiación, siendo la única conducta que debe seguirse la cirugía lo más amplia posible. En estos casos, pues, radioterapia e intervención. Creemos que no hay que intervenir sin haber irradiado antes.

Hubiéramos podido estudiar juntos los epitelomas del pene y *de la vulva*. Las mismas consideraciones son aplicables en uno y otro caso. Hay que señalar una pequeña diferencia. En la vulva es *más fácil* obtener la curación de lesiones más profundas y destructivas.

No diremos más que dos palabras de los *nevocarcinomas*, porque la técnica es la misma en conjunto. Sin embargo, hay un punto que hay que aclarar, y es la cantidad de rayos necesarios para esterilizar estos tumores. Se necesita más cantidad de radiación que en otras neoplasias. No basta 3.500 R. Nosotros administramos corrientemente 6.000 R. Siempre hemos obtenido mejorías y muchas veces pare-

cen ser curaciones definitivas. El único punto obscuro son los ganglios satélites, de lo cual no debemos ocuparnos los dermatólogos. (1).

## QUIMIOTERAPIA

Llamamos así toda terapéutica dermatológica que se funda no en el empleo de los agentes físicos, sino de las sustancias químicas empleadas localmente. Antes de pasar revista a los agentes químicos más frecuentemente utilizados en dermatología, creemos conveniente dar algunos detalles sobre la manera de emplearlos.

No hablaremos de curas húmedas, ni de lociones ni de pulverizaciones, de baños que pueden ser empleados en soluciones, infusiones y cocimientos diversos, y que ya hemos estudiado a propósito de la fisioterapia. Vamos a estudiar en este lugar las diferentes maneras cómo se emplean los agentes químicos como tópicos locales y dar algunos pormenores sobre la manera de empleo y acción de los polvos, pomadas, pastas, cremas, glicerolados, colas, etcétera.

*Los polvos* utilizados en dermatología son muy numerosos. Los más habitualmente em-

(1) Mi excelente amigo, el doctor GATÉ, médico de los hospitales de Lyon, me ha ofrecido galantemente algunas páginas de su libro para que expusiera en ellas mis ideas. He abusado de su hospitalidad. Estoy confundido por la manera exquisita con que me ha presentado a los lectores, por lo que le ruego tenga a bien aceptar la expresión de mi más viva gratitud y de mis agradecimientos más sinceros (J. COSTE).

pleados son los vegetales, como el almidón, o bien los minerales, como el talco o el carbonato de bismuto. El almidón presenta el inconveniente de que fermenta fácilmente; por lo tanto, no se empleará en las lesiones húmedas con tendencia a la maceración de los tegumentos (axilares, inguinales y submamarias). Se puede añadir a estos polvos una cantidad de óxido de cinc que, cuando está perfectamente porfirizado, confiere a la mezcla una acción ligeramente cicatrizante y queratoplástica. Usamos la siguiente fórmula:

|   |             |
|---|-------------|
| Talco. ....                               | } aa 15 gr. |
| Carbonato de bismuto. ....                |             |
| Oxido de cinc finamente porfirizado ..... |             |
|   | 3 —         |

Los polvos obran como aislante y como absorbente. Por esta última acción se evita la estancación de la serosidad exudada al nivel de los tegumentos y, por lo tanto, disminuye la inflamación y el prurito que son consecuencias inevitables. Además, los polvos son de uso cómodo para el tratamiento diurno de las dermatosis, que muchas veces quedan ambulatorias. Los polvos empapados por la serosidad forman a menudo concreciones más o menos duras, que conviene quitar con cuidado, ya sea por medio de lociones de agua hervida, cocimientos vegetales tibios, o por una detersión delicada con vaselina o aceite de almendras dulces. Por la razón que acabamos de indicar, conviene renovar los polvos con frecuencia. Hay algunos enfermos que no los toleran bien, produciendo un

aumento del prurito y del calor local. En este caso hay que dejar el tratamiento. En dermatología, aunque las indicaciones terapéuticas son muy precisas, hay que contar siempre con el coeficiente individual. Hay que tener, pues, mucha prudencia cuando se trata un enfermo por primera vez. Es preciso probar la resistencia y susceptibilidad de los tegumentos del enfermo, y, a este fin, se debe sistemáticamente empezar por tópicos anodinos y no utilizar terapéuticas activas más que cuando se esté seguro de la resistencia cutánea. Además, aun considerando que la terapéutica dermatológica es muy segura, no hay que olvidar que el mismo tópico para la misma dermatosis, en un enfermo fracasará, mientras en otro será un éxito. La prudencia y un cierto empirismo razonado deben inspirar las prescripciones del médico.

Las pomadas están constituidas por uno o más cuerpos grasos a los cuales se agrega una o más sustancias químicas. Los cuerpos grasos utilizados son numerosísimos. Citaremos los principales. Se usan las grasas de origen animal o vegetal, como la manteca de cerdo (benzoica o no), medula de buey, aceite de almendras dulces y aceite de olivas; grasas de origen mineral, como los hidrocarburos obtenidos por destilación del aceite, de los que el más conocido es la vaselina; grasas de la lana, como la lanolina. Las primeras son de difícil mezcla con el agua y se alteran rápidamente; las segundas tienen la ventaja de que son inalterables, pero no absorben el agua; las últimas

son de fácil mezcla con el agua en grandes proporciones, pero se enrancian muy fácilmente. Hay que tener en cuenta estas consideraciones en la prescripción de sustancias grasas. Las pomadas tienen la ventaja de constituir excipientes que por su trituración fácil permiten una repartición homogénea de los productos activos a los cuales sirven de vehículo. Son fáciles de aplicar y de quitar. Se desecan poco y aseguran a las lesiones subyacentes una humedad que calma el prurito y la inflamación. En cambio, para las lesiones secretantes, están contraindicadas, pues constituyen una capa poco permeable y retienen la serosidad exudada.

Las *pastas* están constituidas por una mezcla de cuerpos grasos y polvos inertes. Se obtienen así productos relativamente espesos, de aplicación a veces difícil, y tienen, además, el inconveniente de que cuesta quitarlas, pues, en general, se secan y endurecen, teniendo que emplear, para ablandarlas, vaselina o aceite de almendras dulces si se quiere dejar limpios los tegumentos.

En cambio, los polvos en las pastas dan a éstas una porosidad, una permeabilidad que permite la transpiración cutánea y asegura la evaporación de la serosidad exudada, haciendo la cicatrización más rápida. Las pastas son, pues, el tópico preferible en las dermatosis secretantes.

Las *cremas* son pomadas y también pastas, en las que se incorpora agua en proporciones variables según la fluidez que se desee. Son

muy refrescantes para la piel, mucho menos irritantes que las pomadas y se endurecen y secan menos que las pastas, si se les incorporan polvos; se aplican y quitan con la facilidad de las primeras y, como las segundas, aseguran la evaporación de la serosidad. Las cremas son del agrado de los enfermos en la mayoría de casos.

Los *glicerolados*, muy a menudo empleados como vehículo, se componen de un glicerolado de almidón al cual se le incorpora tal o cual producto activo. Son muy flúidos y de aplicación fácil, pero poco oclusores. Son convenientes sobre todo a las lesiones secas no secretantes.

Los *barnices* con éter, como el colodión, con cloroformo, como la traumaticina, pueden servir de vehículo a ciertos productos activos. En general son mal tolerados.

Las *colas* son raramente utilizadas, pero dan en ciertas dermatosis secas y crónicas muy buenos resultados. Son a base de gelatina, a la cual se incorpora agua, glicerina y óxido de cinc en proporciones variables. De aspecto gelatinoso, hay que ablandarlas al baño de María antes de usarlas. Cuando se han fluidificado, se emplean con pincel en capa fina. La cola aplicada, por enfriamiento, se solidifica y forma una capa que pone al abrigo del aire y causas irritantes exteriores a las lesiones subyacentes. Cuando la capa pierde la adherencia y se levanta fácilmente estirando, se arranca y se hace una nueva aplicación si es necesario.

Estando el lector familiarizado con las

preparaciones terapéuticas más comúnmente usadas en dermatología local, clasificaremos las substancias activas de uso más corriente, siguiendo su acción principal. En el transcurso de la obra daremos algunas fórmulas tipo a las cuales el médico puede recurrir. Estas fórmulas se podrían prolongar hasta el infinito. Pero es mejor, en vez de llenar la memoria del médico de fórmulas, hacerle conocer la acción, las indicaciones y la posología de los principales agentes químicos que se emplean. Y así se podrá llegar a realizar una obra puramente personal y útil componiendo uno mismo las fórmulas que darán mejores resultados.

### ANTIFLOGÍSTICOS. — CALMANTES

Hay que conocer bien estos agentes terapéuticos. La mayor parte de las dermatosis, en cualquier momento de su evolución, pueden ir acompañadas de inflamación y congestión cutánea a veces muy intensas. En estos casos hay que emplear la *cura húmeda*, como hemos indicado antes, para obtener buenos resultados.

• Este tratamiento es muy molesto para el enfermo, obligándole a veces a no salir de casa. Hay que substituirlo, en cuanto se pueda, por una terapéutica compatible con la vida activa. En este momento es cuando se aconsejan las pulverizaciones o lociones frecuentes, durante el día, con agua hervida o cocimiento de flores de manzanilla, hojas de malva o de raíces de malvavisco, seguido, después de secado por

presión, de espolvoreado con polvos inertes. Hay casos en que el tratamiento húmedo no se soporta bien. Se puede emplear entonces el *linimento oleocalórico* (aceite de almendras y agua caliente, partes iguales), que da a los enfermos un bienestar muy grande, sobre todo en los casos de eritrodermia primitiva y secundaria y en las dermatosis muy extendidas.

Cuando la inflamación es menor, se emplean cremas estovainizadas o no. He aquí una fórmula:

|                              |           |
|------------------------------|-----------|
| Estovaina . . . . .          | 0,30 gr.  |
| Agua de lechuga . . . . .    | 15 —      |
| Lanolina fresca . . . . .    | } aa 12 — |
| Vaselina neutra . . . . .    |           |
| Aceite de almendras dulces.. |           |

El agua de lechuga es muy calmante. Podrá substituir la el agua de cal, que tiene una acción más desecante, cuando la inflamación es mínima y no segrega tanto.

En el caso de inflamación ligera o de disminución de la misma, se pasa al uso de las pastas, que son muy numerosas. He aquí la clásica pasta LASSAR:

|                         |      |
|-------------------------|------|
| Oxido de cinc . . . . . | } aa |
| Almidón . . . . .       |      |
| Vaselina . . . . .      |      |
| Lanolina . . . . .      |      |

Utilizamos personalmente y con frecuencia la fórmula que sigue, que a la propiedad calmante de la crema une la acción queratoplástica de las pastas.

|                               |          |      |
|-------------------------------|----------|------|
| Estovaina. ....               | 0,50 gr. |      |
| Agua de lechuga .....         | 12       | —    |
| Lanolina fresca. ....         | } aa     | 10 — |
| Vaselina neutra. ....         |          |      |
| Aceite de almendras dulces. . | } aa     | 5 —  |
| Oxido de cinc. ....           |          |      |
| Almidón. ....                 |          |      |

En caso de mayor irritación, reemplazaremos en esta fórmula el óxido de cinc y el almidón por el talco y el carbonato de bismuto empleados en las mismas proporciones.

### ANTIPRURIGINOSOS

Contra los pruritos primitivos o secundarios y contra los prurigos, se usan las lociones avinagradas o alcohólicas. Se utilizará el vinagre de *toilette* o el vinagre usual de mesa; como alcohol, emplearemos el agua de Colonia o el alcohol de 90°. Se pone una parte de alcohol o de vinagre por nueve partes de agua. Las lociones se pueden hacer tibias, calientes o frías. Es el enfermo mismo el que debe apreciar la temperatura en que las lociones son más calmantes. Las lociones se emplean humedeciendo los tegumentos con compresas de gasa empapadas en el líquido que se ha de utilizar.

El *mentol* es un buen antipruriginoso, pero no se debe emplear en los niños. Se puede incorporar a pomadas o cremas de la siguiente forma:

|                               |           |
|-------------------------------|-----------|
| Mentol. ....                  | 0,50 gr.  |
| Lanolina fresca. ....         | } aa 30 — |
| Vaselina. ....                |           |
| Aceite de almendras dulces. . |           |

El *ácido fénico*, el *ácido salicílico* y el *ácido tartárico*, sobre todo cuando se asocian, tienen una acción antipruriginosa muy marcada. Damos la fórmula siguiente, que no es más que la fórmula de BROcq modificada:

|                               |           |
|-------------------------------|-----------|
| Ácido fénico .....            | 0,40 gr.  |
| Ácido salicílico .....        | 0,80 —    |
| Ácido tartárico .....         | 1,20 —    |
| Agua de lechuga .....         | 12 —      |
| Lanolina. ....                | } aa 10 — |
| Vaselina .....                |           |
| Aceite de almendras dulces. . |           |

o bien:

|                              |        |
|------------------------------|--------|
| Glicerolado de almidón. .... | 50 gr. |
|------------------------------|--------|

Finalmente, en ciertos pruritos locales, prurito anal, prurito vulvar, se obtienen muy buenos resultados con aplicaciones locales y diarias de una solución de *nitrate de plata*, que ejerce no sólo una acción queratoplástica, sino también antipruriginosa. Se empieza por una solución ligera al 1/100 en agua destilada, con la cual se hace un lavado local y diario. Cada tres ó cuatro días se aumenta la cantidad, al 1/80, 1/60, etc., hasta llegar al 1/10 y hasta 1/5, siempre sin pasar a otra solución si la anterior no se ha soportado bien.

Las *colas* constituyen barnices que ocluyen las lesiones subyacentes, poniéndolas al abrigo

del rascado y del aire. Son útiles en el tratamiento de ciertas dermatosis secas, esencialmente pruriginosas, como el prurito con liquenificación y el liquen simple crónico, en que el rascado constituye un retraso además de crear lesiones cutáneas secundarias. Hemos dicho antes cómo se debían emplear las colas. Véase la fórmula clásica:

|                    |        |
|--------------------|--------|
| Gelatina.....      | 15 gr. |
| Oxido de cinc..... | 15 —   |
| Glicerina ..       | 25 —   |
| Agua .....         | 45 —   |

que DARIER modifica como sigue, para aumentar la dureza en verano:

|                    |        |
|--------------------|--------|
| Gelatina.....      | 30 gr. |
| Oxido de cinc..... | 10 —   |
| Glicerina .....    | 30 —   |
| Agua .....         | 30 —   |

### ANTISÉPTICOS

Entre éstos, el que ocupa el primer lugar en dermatología es el *agua de Alibour*. Ésta es la fórmula modificada:

|                                |       |
|--------------------------------|-------|
| Sulfato de cobre.....          | 2 gr. |
| Sulfato de cinc.....           | 7 —   |
| Agua saturada de alcanfor..... | 300 — |

El agua de Alibour hay que emplearla tibia al baño de María. En las aplicaciones, y sobre todo en lavados y lociones, se debe utilizar diluída al 1/10. En curas húmedas con-

tinuas se aumenta la dilución al 1/100 hasta al 1/200, según los casos.

Los lavados con agua de Alibour se combinan con *pomada de óxido amarillo de mercurio*, que debe quedar colocada constantemente en el intervalo de los lavados. He aquí una fórmula de pomada amarilla:

|   |          |
|---|----------|
| Oxido amarillo de mercurio finamente porfirizado..... | 0,20 gr. |
| Lanolina fresca.....                                  | 16 —     |
| Vaselina neutra .....                                 | 4 —      |

En las micosis, la *tintura de yodo* es el anti-séptico de elección. No se debe emplear pura, porque irrita y endurece la piel, haciendo nulas las aplicaciones ulteriores. Se utiliza diluída en alcohol de 70° al 1/10 ó 1/5, según los individuos. He aquí, por ejemplo, una fórmula corriente:

|                          |       |       |
|--------------------------|-------|-------|
| Tintura de yodo oficial. | 5 gr. | 5 gr. |
| Alcohol de 70° .....     | 45 —  | 20 —  |

En casos de intolerancia, no sólo se ha de emplear la dilución al 1/10, sino que hay que utilizar como vehículo alcohol de 60° y hasta de 50°.

Cuando las aplicaciones yodadas hay que hacerlas en regiones dermomucosas (región anal o vulvar), hay que renunciar al alcohol como vehículo y emplear soluciones acuosas de tintura de yodo: Por ejemplo:

|                      |         |
|----------------------|---------|
| Tintura de yodo..... | 1 gr.   |
| Agua destilada.....  | 100 cc. |

## ANTIPARASITICIDAS

En la *pediculosis del cuero cabelludo*, se fricciona éste con vinagre sublimado según esta fórmula:

|                        |         |
|------------------------|---------|
| Sublimado .....        | 1 gr.   |
| Vinagre..... 300 cc. o | 500 cc. |

O bien:

|                               |           |
|-------------------------------|-----------|
| Sublimado.....                | 1 gr.     |
| Esencia de trementina .....   | 130 —     |
| Glicerina .....               | 170 —     |
| Alcohol alcanforado..... para | 1.000 cc. |

La *pediculosis del cuerpo* se cura con baños sulfurosos y la desinfección de las ropas.

La *ptiriasis del pubis* se trataba antes con pomada mercurial o unguento napolitano. Esto irritaba las pieles sensibles, y las intoxicaciones mercuriales eran frecuentes. Actualmente se emplea el xilol en pomada (tantas gotas de xilol como gramos de pomada):

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| Xilol puro .....         | XXX gotas. |
| Lanolina y vaselina..... | aa 15 gr.  |

En la *sarna*, además de las frotaciones con jabón blando y baños sulfurosos prolongados, se emplea la siguiente pomada:

|                         |        |
|-------------------------|--------|
| Azufre sublimado .....  | 20 gr. |
| Carbonato potásico..... | 8 —    |
| Agua destilada.....     | 8 —    |
| Manteca.....            | 64 —   |

En los niños y en las sarnas eczematizadas, se usan pomadas con bálsamo del Perú:

|                         |           |
|-------------------------|-----------|
| Bálsamo del Perú.....   | 30 gr.    |
| Estoraque líquido.....  | } aa 40 — |
| Creta preparada.....    |           |
| Manteca o vaselina..... | 90 —      |

Se usa bastante la siguiente fórmula de MILIAN:

|               |              |
|---------------|--------------|
| Lanolina..... | } aa 250 gr. |
| Vaselina..... |              |

Mézclese y añádase:

|                           |        |
|---------------------------|--------|
| Polisulfuro potásico..... | 50 gr. |
| Agua.....                 | 250 —  |

Incorporar en seguida:

|                       |         |
|-----------------------|---------|
| Vaselina líquida..... | 200 gr. |
| Oxido de cinc.....    | 5 —     |

## EXFOLIANTES Y QUERATOLÍTICOS

Se denominan con este nombre los agentes químicos que tienen la propiedad de reblanecer las costras y las escamas y facilitar su desprendimiento.

El *ácido tartárico*, y sobre todo el *ácido salicílico*, constituyen los más activos queratolíticos.

He aquí las dos fórmulas que se pueden utilizar:

|                        |           |
|------------------------|-----------|
| Acido tartárico .....  | 2 gr.     |
| Lanolina .....         | } aa 15 — |
| Vaselina .....         |           |
| Acido salicílico ..... | 1 —       |
| Vaselina .....         | 40 —      |

En ciertas dermatosis, como el lupus eritematoso, se podrán usar exfoliantes más enérgicos del tipo siguiente:

|                   |        |
|-------------------|--------|
| Resorcina .....   | 30 gr. |
| Jabón verde ..... | 40 —   |

Esta mezcla se utiliza en aplicaciones de 10 a 15 minutos, después de los cuales se hará un lavado con agua hervida y luego una aplicación de vaselina o de linimento oleocalcáreo.

Existe un exfoliante de aplicación muy cómoda y que se podrá utilizar sobre las pieles no irritables, especialmente en los casos de seborrea grasa o de acné polimorfo juvenil, los enjabonados de jabón dejándolos desecar en la superficie de la piel. Se empieza empleando jabón de Marsella a base de sosa; después se emplea el jabón verde de potasa si el primero ha sido bien soportado. Se puede usar el jabón negro en pieles resistentes y poco irritables. Después de un enjabonado enérgico con agua caliente, se deja secar la espuma del jabón durante un tiempo progresivamente creciente; 1.º, 5 minutos, aumentando 5 minutos todos los días o cada dos días, pudiendo llegar a 30 ó 40 minutos. La espuma de jabón seca se puede quitar con agua muy caliente. Si hay inflamación, puede calmarse con una crema cualquiera.

## REDUCTORES

Entran en esta categoría una serie de cuerpos químicos que por su composición son muy ávidos de oxígeno. Su acción terapéutica, sumamente variable, va, según la dosis empleada, desde una simple acción queratoplástica hasta una acción queratolítica muy enérgica. Se encuentran entre los reductores la *resorcina*, el *azufre* y los compuestos azufrados como el *polisulfuro potásico*, las *breas* (*ictiol*, *brea de hulla*, *aceite de enebro*), el *ácido pirogálico* y la *crisarrobina* o *ácido crisofánico*.

La *resorcina*, que casi no se emplea sola, se asocia a otros productos activos en la composición de preparaciones queratolíticas, en la proporción de 1/50 a 1/100.

El *azufre*, muy empleado en todas las afecciones del cuero cabelludo, en el acné juvenil, en la seborrea grasa de la cara al 1/10 ó 1/20, puede utilizarse ya en loción, siguiendo, por ejemplo, la fórmula siguiente:

|                                  |       |
|----------------------------------|-------|
| Azufre precipitado y tamizado... | 6 gr. |
| Talco pulverizado .....          | 2 —   |
| Glicerina .....                  | 60 —  |
| Agua de rosas .....              | 120 — |
| Tintura de quilaya .....         | 10 —  |

(GAUCHER)

o bien en pomada:

|                                   |       |
|-----------------------------------|-------|
| Azufre precipitado y lavado ..... | 2 gr. |
| Lanolina .....                    | 4 —   |
| Vaselina .....                    | 16 —  |

El *alquitrán de hulla* puro da en ciertos eczemas secos, rebeldes, como el eczema numular, en el eczema del pecho, muy buenos resultados. Es importante que el médico conozca la manera de utilizarlo. El alquitrán que se emplee debe ser muy espeso. Luego de lavar la lesión con agua hervida y secarla después, el alquitrán se aplica con un pincel en capa delgada y regular. Se espera entonces que la brea se seque, formando de este modo una capa oclusora que se deja así. Se debe vigilar cada mañana, y si hay puntos fisurados por los traumatismos o por los movimientos, se ponen nuevas cantidades de alquitrán para restablecer la continuidad de la superficie. Al cabo de ocho ó diez días se deja caer el barniz, levantando las partículas de alquitrán que quedan.

El *ictiol*, con el cual hay que tener cuidado porque se soporta mal muchas veces, queda reservado a los eczemas secos o poco secretantes, poco inflamatorios y al eczema seborreico. Se incorpora a pomadas o pastas en la proporción de 1/50 al 1/100, según los casos.

El *aceite de enebro* es muy útil en el tratamiento de la psoriasis. Se emplea frecuentemente bajo la forma de glicerolado débil o fuerte, según las dos fórmulas siguientes:

|                                    | Solución débil | Solución fuerte |
|------------------------------------|----------------|-----------------|
| Aceite de enebro. . . . .          | 10 gr.         | } aa 50 gr.     |
| Glicerolado de almidón .           | 90 —           |                 |
| Extracto flúido de Panamá. . . . . | c. s.          |                 |

El *ácido pirogálico* es un reductor muy enérgico y poco utilizado, excepto en el lupus eritematoso, donde se emplea a la dosis de 1/30 a 1/10.

El *ácido crisofánico* o *crisarrobina* es un reductor enérgico que, por otra parte, por su acción queratolítica, modifica los tegumentos de una manera favorable. Se utiliza sobre todo en las psoriasis rebeldes. Hay que advertir al enfermo que la aplicación de estos cuerpos determina un eritema generalmente intenso, llamado eritema crisofánico. Parece que es a base del eritema y la congestión que constituye la base anatómica, la razón por la cual se modifican las lesiones. Además, el ácido crisofánico, si por descuido llega a tocar las conjuntivas, determina conjuntivitis agudas que parecen sin importancia, pero que producen grandes dolores e hinchazón de los párpados. Hay que renunciar, pues, a usarlo en las lesiones del cuero cabelludo o, en todo caso, tomando las precauciones necesarias.

El ácido crisofánico se emplea en barnices o comúnmente en pomadas al 1/20 ó 1/10:

|                             |           |
|-----------------------------|-----------|
| Acido crisofánico . . . . . | 4 gr.     |
| Lanolina. . . . .           | } aa 18 — |
| Vaselina . . . . .          |           |

### CICATRIZANTES QUERATOPLÁSTICOS

Muchos de los reductores que hemos estudiado tienen una acción queratoplástica, como la brea, el ictiol, y sus derivados; pero, por otra

parte, sirven para acelerar la cicatrización y reparación de los tegumentos. Cuando se trata de lesiones asépticas, lo mejor es ponerlas al abrigo del aire y dejarlas así seguir el proceso reparador. La cura seca con gasas estériles es la indicada. Van igualmente bien en quemaduras no infectadas o en las llagas asépticas, aplicaciones de *ambrina*, que se funde al fuego y se aplica en caliente con pincel. Se puede también usar las bujías de ambrina, que se encienden y se hacen caer las gotas sobre la llaga hasta que ésta queda completamente cubierta. El enfermo siente en el momento de la aplicación un escozor muy vivo, pero inmediatamente cesa el dolor, incluso en los casos de quemaduras extensas. La cura puede ser renovada cada día o dos veces por día. A veces se encuentra, al levantar la primera cura de ambrina, una serosidad purulenta y abundante. Este fenómeno trae consigo el aflujo leucocitario reparador y no debe causar ninguna inquietud. Sólo hay que limpiar cuidadosamente la región y poner de nuevo la cura de ambrina.

Se puede asimismo, en casos de ulceración no infectada, usar los polvos más o menos queratoplásticos, el *aristol*, el *dermatol* (subgalato de bismuto), el *ectogán*. Estos polvos no se aplican más que después de haber limpiado bien las llagas. Se renovarán cada vez después de quitar cuidadosamente los polvos que se han aplicado antes y que muchas veces se han aglutinado en pequeños corpúsculos duros por la serosidad exudada. Éste es el inconve-

niente de los polvos y muchas veces no se toleran bien.

En el caso de úlceras infectadas, habrá que hacer curas húmedas según la práctica dermatológica, sin impermeable, utilizando una solución de *permanganato potásico* (1/1.000) o de *agua de Alibour* (1/100). A medida que la infección se atenúe, se substituirá esta cura por la de gasa estéril. Los toques de *nitrate de plata* o mejor aún, las soluciones fuertes de nitrato de plata al 1/5 terminarán la cicatrización, sea excitando por toques superficiales o reduciendo los bordes exuberantes por aplicaciones prolongadas.

En el caso de úlceras tórpidas, como, por ejemplo, en las úlceras varicosas, nos podremos servir de curas de *vino aromático* puro o diluido, que tiene una acción queratoplástica. Es conveniente combinar estas curas con aplicaciones de *bálsamo del Perú puro o creosotado al 5 por 100*, haciendo aplicaciones de vino aromático durante tres días y de bálsamo del Perú el cuarto, y así sucesivamente.

Terminamos de exponer la quimioterapia dermatológica. Hubiéramos podido extenderla más ocupándonos de los decolorantes y los cáusticos, productos de cosmética. Creemos que es superfluo, porque no son suficientes para un capítulo terapéutico especial y encontrarán ya su lugar en las indicaciones terapéuticas, y que son prácticamente consideradas inútiles al médico.

## LESIONES ELEMENTALES

---

En la primera parte de esta obra hemos expuesto todos los recursos que ofrece la terapéutica a los dermatólogos. Para seguir el plan trazado, hemos de pasar revista ahora a las diversas dermatosis y a los diferentes tratamientos de que son justiciables. Como hemos dicho en el prólogo, creemos útil dedicar un capítulo al estudio de las lesiones elementales.

## LESIONES ELEMENTALES

---

El examen clínico de una dermatosis, a simple vista o con lupa, requiere sobre todo una observación larga y minuciosa de las lesiones cutáneas en sus menores detalles. Dos instrumentos siempre forman parte del instrumental del dermatólogo: son el *vitropresor* y la *cucharilla* de rascado.

Se venden con el nombre de vitropresores aparatos complicados. Un simple bajalenguas de cristal puede servir perfectamente para este uso. Con la hoja de cristal se comprime la lesión que ha de examinarse, de manera que salga la sangre que se encuentra contenida en los capilares subcutáneos; isquemia así la región examinada y se puede ver entonces destacarse detalles que hubieran pasado inadvertidos sobre una piel normalmente vascularizada; es el caso, por ejemplo, de los *nódulos lúpicos*, los cuales, en ciertos lupus planos acuminados, no aparecen más que después de la *vitropresión*. A menudo antes de proceder a la vitropresión, se lubrica superficialmente la región que se ha de comprimir con un poco de vaselina. Los cuerpos grasos tienen la propiedad de

volver más *translúcidas* las capas superficiales de la epidermis.

La cucharilla sirve para el *rascado* metódico de ciertas lesiones eritematoescamosas, según el método de BROCO. Se saca de este rascado y del aspecto de las lesiones después de este rascado, indicaciones muy útiles para el diagnóstico. Además, la cucharilla sirve para limpiar una lesión costrosa y quitar las costras que la cubren y disimular su aspecto.

En suma, con un vitropresor, una cucharilla y sobre todo con cualidades de observador, el médico se encuentra en condiciones de hacer un buen diagnóstico después de un examen correcto.

Es natural que si el caso se presenta, el médico pedirá al laboratorio los datos que pueda proporcionarle: examen anatomopatológico, después de la biopsia, examen, cultivo, identificación microbiana o micológica de un pus, investigaciones serológicas de diversas clases (serodiagnóstico tuberculoso o esporotricósico, reacción de BORDET-WASSERMANN, etc.).

El examen de una dermatosis debe tender desde luego al descubrimiento e identificación de la lesión elemental, es decir, de la que constituye la característica de la enfermedad examinada. Este estudio no es siempre fácil, pues si hay dermatosis puras monomorfas, donde todos los elementos cutáneos se presentan bien determinados, hay otras, y son las más numerosas, en que, sea primitiva o secundariamente, la dermatosis se complica, se infecta, se eczematiza de tal manera, que el médico, en el momen-

to del examen, se ve apurado para reconocerla entre tantos elementos diversos. Es conveniente entonces interrogar al enfermo y hacerle precisar la manera cómo ha empezado la dermatosis y las lesiones que marcaron su principio. Por otra parte, en la mayoría de las dermatosis que se presentan por brotes, hay que observar muy atentamente los elementos nuevos que aparecen y que están constituidos precisamente por las lesiones elementales. De todas maneras, en la periferia de las dermatosis, que es donde tiene tendencia a extenderse, es donde se debe estudiar los elementos cutáneos patológicos.

Examinaremos rápidamente las principales lesiones elementales.

No podemos considerar, lógicamente, como lesión elemental el *prurito*, que no es más que un síntoma funcional. Y, sin embargo, es un síntoma tan importante en patología cutánea, que creemos útil decir algunas palabras sobre él. El prurito es casi siempre un signo común en dermatología. La mayor parte de las afecciones cutáneas son más o menos pruriginosas. En este caso, el prurito es secundario. Acompaña a la dermatosis, de la cual se constituye como satélite habitual; pero hay casos donde el interrogatorio del enfermo y la observación de los hechos prueban que el prurito es primitivo y precede a las lesiones cutáneas, debido al rascado o a las reacciones vasomotrices congestivas que ocasiona el rascado en ciertos individuos predispuestos. Esta eventualidad es muy frecuente en la urticaria y en los prurigos;

se ve siempre en las neurodermitis, en los pruritos esenciales, en el eritema premicósico, en la adenia eosinofílica prurígena. No se puede decir que el prurito sea un signo común, puesto que ocupa el primer lugar en la escena clínica, y que constituye él solo la dermatosis, pues las lesiones ulteriores son secundarias y causadas por él. Este prurito varía en sus modalidades y su intensidad, según la importancia de la dermatosis y, sobre todo, según las causas de la misma. Desde este punto de vista, los nerviosos, los intelectuales y los intoxicados, serán los más propensos al prurito y se les podrá achacar este síntoma si llega el caso de dermatosis no pruriginosas en la mayoría de enfermos. Existe un coeficiente individual, el cual no hay que tener en cuenta. No queremos describir el prurito en sus diversas modalidades, desde la sensación de hormigueo o picor a que la voluntad resiste, a la comezón atroz, donde el enfermo no puede resistir la tentación de rascarse y excoriar los tegumentos hasta que sangren. Es natural que en esta última eventualidad todo esfuerzo de voluntad parece vano. Al contrario, en el caso de prurito moderado, el enfermo tiene interés en resistir la necesidad de rascarse, pues el prurito ocasiona inevitablemente el prurito, y cuando el enfermo haya rascado la región pruriginosa, no tardará en sentir la comezón en el mismo punto (mnemodermia prurígena), o en un punto más o menos alejado, como si los reflejos simpáticos o parasimpáticos se desencadenasen a distancia, según el mecanismo a que

JACQUET ha llamado «las metástasis sensitivas». Hay que saber también que el prurito con el calor se aumenta, así como con el uso de ropa interior de lana y al ponerse y quitarse la ropa. Es verosímil que estas causas se combinen entre sí con las causas provocadoras del prurito y totalicen sus efectos (suma prurígena). Al acostarse el enfermo y en las primeras horas de la noche aumenta el prurito.

Entre las lesiones elementales la más común es el eritema. Se llama así a un rubor anormal de los tegumentos, tanto si este cambio de color es difuso como circunscrito. Se llama activo cuando es determinado por una congestión activa debida a la repleción excesiva de los capilares arteriales subcutáneos; es pasivo cuando la dilatación pasiva de los capilares venosos constituye la base anatómica. Dado el substrato anatomopatológico del eritema, se comprenderá que la compresión con el vitropresor haga desaparecer por completo, a lo menos momentáneamente, las lesiones eritematosas vaciando temporalmente los vasos subyacentes.

Por el contrario, cuando ha habido ruptura de los capilares y extravasación de los glóbulos rojos en la dermis, la compresión es ineficaz, el eritema es indeleble. Esto es lo que se produce en los casos de *púrpura*.

Se llama *telangiectasias* a las pequeñas dilataciones vasculares que serpentean más o menos y que, una vez constituidas, duran indefinidamente.

DARIER da el nombre de *máculas* a las modificaciones cicatrizales que persisten des-

pués de la desaparición de los elementos eruptivos. Preferimos dar a este término un sentido más comprensible, aplicándole sobre todo una significación morfológica. Llamaremos mácula a toda modificación de coloración de la piel, con tal que su forma sea redondeada, de dimensiones pequeñas y de contornos regulares. Se podrán observar también las máculas eritematosas, purpúricas, pigmentarias y cicatrizales.

El término de *pápula* se refiere a los elementos más o menos redondeados eritematosos, pero sobresaliendo del tegumento cuando se mira contra luz o se pasa por encima la yema del dedo. Además, si se aprieta con fuerza sobre una pápula, pasando el dedo por la superficie para aumentar las sensaciones táctiles, se siente la impresión de una resistencia subyacente que termina en seco en las partes vecinas del tegumento. Este fenómeno se explica fácilmente por el hecho de que la pápula responde a un proceso inflamatorio epidérmico y dérmico caracterizado por la extravasación de glóbulos blancos y por la proliferación *in situ* de células conjuntivas inflamatorias; en otros términos, hay infiltración. Esta sensación debe ser familiar al médico, pues le permitirá en más de un caso hacer el diagnóstico entre dermatosis de gran parecido aparente y que, sin embargo, son esencialmente diferentes. La infiltración dérmica correspondiente a la pápula es temporal y en vez de organizarse se reabsorbe completamente sin dejar cicatrices.

Los *tubérculos* responden a las neoplasias inflamatorias que asientan en la dermis como

las pápulas, pero más voluminosas que aquéllas y sobre todo tienen por característica desorganizar la dermis y dejar siempre después de su desaparición cicatrices más o menos aparentes. Además, los tubérculos pueden reblandecerse y ulcerarse. Desde luego este término indica un aspecto clínico que corresponde a un proceso histológico especial y no tiene nada que ver con el bacilo tuberculoso.

Pápulas y tubérculos residen en la dermis. Cuando la infiltración patológica reside en la hipodermis, el tejido celular subcutáneo, constituye *nudosidades* que son diferentes de las pápulas y tubérculos por su asiento y sus mayores dimensiones. Las dermatosis que la caracterizan así, se llaman *nudosas*. Algunos de estos nódulos pueden desaparecer, ya sea sin dejar cicatriz, como las pápulas, o determinando un proceso cicatrizal más o menos aparente, como los tubérculos. Otros, muy importantes, se necrosan, se abren y acaban en úlceras tórpidas que tardan más o menos en cerrarse: éstos son los *gomas*.

En cierto número de dermatosis la epidermis se levanta a trechos, conduciendo a la formación de pequeñas cavidades rellenas de serosidad y cubiertas por una especie de cubierta epidérmica. El proceso anatomopatológico es variable; en ciertos casos hay acumulación de serosidad en las células malpighianas que se libran de sus conexiones: esto es «la alteración cavitaria» de LÉLOIR; otras veces la serosidad se infiltra entre las células y rompe los filamentos de unión,

uniendo las células del cuerpo mucoso: esto es el «estado esponjoso» de UNNA. De todas maneras, los elementos anatómicos, que son la base de estos diversos procesos, llevan el nombre de *vesículas*. Éstas generalmente contienen serosidad. Algunas veces su contenido es purulento; entonces se llaman *pústulas*. Cuando las vesículas son muy voluminosas, se les da el nombre de *ampollas*; pero es necesario saber que al lado de las ampollas llamadas acantolíticas, muy raras y debidas a la ruptura de los filamentos de unión de las células malpighianas, hay ampollas debidas a la ruptura de la epidermis, sea parcial por conmoción de la capa córnea bajo la acción de la serosidad exudada, sea total por rechazamiento en masa de la epidermis empujada por el líquido subyacente. En estas dos últimas eventualidades, hay ampollas superficiales o subcórneas profundas o subepiteliales, en las cuales el proceso generador es muy diferente de éste, dando lugar a las vesículas.

La *flictena*, que las más típicas se encuentran en las quemaduras de segundo grado, no merece una descripción especial y no da autonomía a las dermatosis en las cuales se encuentra. Las flictenas son sencillamente ampollas de grandes dimensiones.

La *escama* raramente constituye una lesión elemental; es en general un simple elemento del cuadro clínico. En ciertos casos, sin embargo, se puede ver dermatosis que son únicamente escamosas. De todas maneras, la escama, muy variable según los casos, no es más que

un fragmento de epidermis ligeramente engrosado, a menudo seco y muy quebradizo, que salta por láminas más o menos grandes (descamación pitiriásica, furfurácea, laminosa, descamación en fragmentos). Conduce a la evolución epidérmica normal, pero puede, por su exageración patológica, dar lugar a modalidades clínicas útiles de conocer.

Las modificaciones de la capa córnea de la epidermis, tanto si conducen como no a una descamación excesiva, son la base de las *queratosis*, tanto si se trata de *hiper* como de *disqueratosis*.

Cuando los cuerpos papilares de la dermis o los cuerpos mucosos de Malpighio producen súbitamente una hipertrofia patológica, se producen *vegetaciones*, que pueden ser *planas* cuando la capa córnea se adelgaza, o *verrugosas* cuando hay hiperqueratosis al mismo tiempo. Cuando hay solución de continuidad de los tegumentos, sea de la dermis o de la epidermis, se trata de una *ulceración*, que, mientras es superficial, no pasando de la dermis, lleva el nombre de exulceración. Las grietas y las fisuras no son más que designaciones morfológicas de la ulceración, tal como la hemos definido.

Las modificaciones de coloración de los tegumentos en el curso de las dermatosis son a menudo secundarias a elementos anteriores. No obstante, hay discromías primitivas y hay que saber que existen *hipercromías* o *pigmentaciones* esenciales, lo mismo que hay *acromías* primitivas. Estas dos lesiones se pueden combinar como en el vitíligo. Son debidas a un tras-

torno de pigmento melánico en la capa generadora y en el cuerpo mucoso de Malpighio.

Las otras lesiones cutáneas que se pueden encontrar no merecen la clasificación de lesiones elementales. Son casi siempre consecutivas a una dermatosis anterior. Así ocurre con las *atrofias* cutáneas caracterizadas por el adelgazamiento y ciertas modificaciones estructurales del tegumento, las *hipertrofias* cutáneas caracterizadas por el proceso inverso, la *esclerosis* cutánea a menudo con engrosamiento, algunas veces con adelgazamiento, pero siempre con pérdida de la flexibilidad y la elasticidad de la piel; la *liquenificación* siempre consecutiva al rascado y caracterizada por el engrosamiento de la piel, la exageración de su cuadrículado normal y la constitución de pseudopápulas ligeramente salientes, brillantes y algunas veces ligeramente escamosas, *costras* que no son otra cosa que serosidad, pus o sangre seca, *cicatrices* que traducen procesos reparadores de las lesiones cutáneas y en las cuales el carácter particular puede, en ciertos casos, revestir un valor diagnóstico.

Desde otro punto de vista, una localización especial no podrá dar a tales lesiones cutáneas el valor de lesiones elementales; estas lesiones pueden, sin embargo, entrar en el cuadro de otras lesiones elementales ya clasificadas. No se podría atribuir a las lesiones de los pelos, de las uñas, de las glándulas sudoríparas, la significación de lesiones elementales propiamente dichas.

Hemos terminado este estudio de las lesio-

nes elementales. ¿No se podría, basándose en él, como punto de referencia, hacer un cuadro de diagnóstico de las lesiones dermatológicas, como las floras en botánica? La cosa es infantil. En todo caso arriesgaremos que sea convencional. Desde luego el hecho está generalmente admitido. Las floras, preciosas para un botánico entendido, llevan al principiante a grandes errores; «una flora dermatológica», si se nos quiere perdonar este neologismo, puede conducir al médico poco al corriente de la infinita variedad de dermatosis a diagnósticos erróneos. Creemos, en definitiva, que por útil que sea una excelente clasificación, suponiéndola exacta, no podrá jamás reemplazar una observación minuciosa y correcta y una experiencia suficiente. Hágase lo que se haga, hay que resolver en dermatología, como en otras ramas de la Medicina, los errores de diagnóstico que, al fin y al cabo, serán provechosos al médico apoyado por la experiencia que ellos le proporcionan. Abandonemos, pues, la idea de levantar un cuadro general de diagnóstico dermatológico.

## INDICACIONES TERAPÉUTICAS

---

En la tercera parte de esta obra, que llamaremos *Indicaciones terapéuticas*, pasaremos revista a las diferentes dermatosis, estudiándolas desde un punto de vista tan práctico como sea posible, sobre todo fijando para ellas las terapéuticas especiales a las que son justificables y para el detalle de las cuales podrá consultarse con provecho la primera parte de este libro. Siguiendo el plan que hemos adoptado para este resumen, hemos evitado repeticiones que no hubieran tenido por resultado más que alargar y aumentar el texto. Para el estudio de las diferentes dermatosis hemos tomado por guía ante todo las lesiones elementales, ya que ciertas localizaciones conceden algunas veces a las dermatosis una autonomía especial, y para algunas de entre ellas, su etiología, cuando es conocida y es susceptible de darle en sus aspectos, algunas veces muy diversos, un *cachet* característico.

## NEURODERMIAS. — PRURITOS URTICARIA. — PRURIGOS

---

El *prurito* es, como hemos dicho en las lesiones elementales, un síntoma trivial en dermatología. Siempre, al lado del *prurito provocado* que se presenta siempre que el tegumento es sometido a una irritación anormal, tanto si ésta es debida a parásitos que pican (pulgas, piojos, chinches, ácaros), o al contacto de substancias irritantes de origen animal, vegetal o mineral (pelos de oruga procesionales, picaduras de pelos de ortiga, etc.), al lado del *prurito secundario* que acompaña la mayor parte de las dermatosis, existe un *prurito llamado primitivo*, donde parece evidente que el prurito constituye el único síntoma y siempre el síntoma inicial. A estos hechos se reserva el nombre de neurodermias o neurodermatosis.

Este prurito, cuando es el único síntoma clínico sin modificaciones cutáneas apreciables, no es, propiamente hablando, del dominio del dermatólogo. Sin embargo, es con frecuencia a éste a quien se llama; así es que no puede ignorar una cuestión tan importante y para la cual

será muy a menudo consultado. En fin, los pruritos primitivos introducen frecuentemente modificaciones tegumentarias que acaban por crear tipos clínicos, mereciendo entonces el nombre de dermatosis. Así se constituye la urticaria, los prurigos, la liquenificación con su forma más individualizada, «el liquen simple crónico». Estamos en presencia de dermatosis netamente clasificadas, teniendo toda su individualidad, pero relacionándose unas con otras por el prurito que ha marcado su comienzo y que ha desencadenado los síntomas ulteriores.

### PRURITO PRIMITIVO

Hemos visto ampliamente las diversas modalidades clínicas del prurito y las causas desencadenantes de las crisis prurígenas; por lo tanto, no volveremos a insistir sobre ello. En cambio, enumeraremos aquí las causas predisponentes que favorecen el prurito. Para la exposición de estas causas pondremos a contribución nuestros conocimientos actuales, ya que en definitiva ignoramos las verdaderas causas del prurito.

**Etiología.** — Se sabe que el prurito es más frecuente en ciertos países (Estados Unidos), en ciertas razas (israelitas), y que la herencia nerviosa o artrítica tiene relación en su génesis. Ateniéndose a las causas dependientes del enfermo, se describen los pruritos *tóxicos*

(intoxicación crónica por la belladona, el arsénico, el opio y sus derivados como la morfina, la cocaína y la cafeína), los pruritos *autotóxicos* (prurito de los artríticos, de los pletóricos, de los que hacen excesos de comida, de los urémicos, de los diabéticos, de los ictéricos), pruritos *nerviosos* (prurito de los tabéticos, de los neurasténicos, de los agotados), pruritos *hematógenos*, en las leucemias, en las enfermedades de la sangre. Acerca de estos últimos, llamaremos la atención del médico sobre la linfogranulomatosis o enfermedad de Hodgkin, que los alemanes designan con el nombre de granuloma maligno, y M. FAVRE, de LYÓN, llama «adenia eosinófila prurígena.» En los muy interesantes e importantes trabajos que él les ha dedicado, tanto desde el punto de vista histopatológico como hematológico, FAVRE ha dado un cuadro definitivo de esta afección. Las hipertrofias ganglionares, a veces electivas, la fiebre, las manifestaciones viscerales, la polinucleosis y la eosinofilia sanguínea con débil hiperleucocitosis, constituyen los rasgos dominantes. Además, y esto es lo que más debe interesar al dermatólogo, esta enfermedad va acompañada de un prurito difuso, muy intenso, sin más reacciones cutáneas que lesiones de rascado. Por este prurito es por lo que el enfermo irá a consultar y, a menudo, es al dermatólogo a quien llamará. Éste deberá pensar en esta afección y buscarla.

La mayor parte de los pruritos de que hemos hablado son pruritos difusos. Los hay parciales, y es conveniente tener la noción

de que un prurito parcial puede generalizarse en cualquier momento, así como un prurito difuso puede a veces localizarse y fijarse en un punto determinado.

**Síntomas y complicaciones.** — El prurito, como ya hemos hecho notar, puede determinar, por el rascado, una serie de reacciones cutáneas; se puede producir una eczematización más o menos intensa; a menudo se ven excoriaciones en estrías lineales con localización electiva al nivel de los folículos pilosos congestionados; en fin, la constitución de pápulas verdaderas, así como la liquenificación, dan lugar a pruritos complicados de los cuales hablaremos más adelante. En cambio, hay que saber que las lesiones por rascado en la gente en que la higiene corporal es dudosa, se pueden infectar y convertirse en verdaderas piодermis. El médico debe saber también que la pigmentación de los tegumentos no es rara en las regiones constantemente traumatizadas por el rascado; que el aumento de volumen de los ganglios satélites se puede encontrar sin ninguna infección cutánea, bajo la simple acción del rascado frecuentemente repetido, y que el desgaste de las uñas que se vuelven brillantes, es la regla y permite a menudo hacer el diagnóstico de prurito antes de la exploración de los tegumentos.

**Formas clínicas y diagnóstico.** — Si bien poseen rasgos comunes, los diferentes pruritos que hemos designado presentan algunos ca-

racteres especiales. Los pruritos autotóxicos o discrásicos (diabetes, uremia, ictericia) son difusos y se ven más a menudo en personas de edad, se hacen intensos por la noche y precipitan a un rascado tal en que las excoriaciones profundas son frecuentes.

Los pruritos nerviosos atacan más a menudo a los adultos o los adolescentes, son parciales y conducen frecuentemente a la liquenificación.

Los pruritos llamados hematógenos no son más que elementos en el cuadro clínico y serán identificados por el examen de la sangre.

Antes se hacía un capítulo aparte para el prurito llamado senil, en el cual figuraban todos los pruritos de los ancianos. Parece que no se puede conservar esta forma etiológica, pudiendo ser las causas del prurito senil muy diferentes según los casos. Tal vez haya un prurito verdaderamente senil ocasionado por las modificaciones estructurales de la piel en los viejos. En este caso hay que recordar que en los viejos la piel resiste un rascado enérgico y no presenta nunca ni reacción de urticaria, ni excoriaciones, ni las modificaciones más complejas como pápulas o liquenificación.

Los pruritos localizados son sin duda preparados por una de las grandes causas que hemos citado a propósito de los pruritos difusos; pero parecen desencadenados y sostenidos por una lesión local. Así es como la base del prurito anal en los hombres, a cierta edad, son a menudo los oxiuros, hemorroides, fisuras anales o simple irritación, y M. FAVRE, de Lyon, ha

insistido con los dermatólogos bordelenses sobre la frecuencia, en estos enfermos, de las dermoepidermitis micósicas; se trata evidentemente en este caso, no de neurodermias, pero sí de pruritos secundarios. De todas maneras, estos hechos es útil conocerlos. Las lesiones cutáneas pueden ser interpretadas como dependientes del rascado, cuando lo son del prurito. En el hombre, el prurito de la región genital debe ser achacado a una enfermedad discrásica, como la diabetes, o a una afección génitourinaria (prostatitis, blenorragia crónica, estrechez uretral). El prurito vulvar, muy frecuente en las mujeres, sobre todo en la menopausia, muy tenaz, y por su intensidad, capaz de conducir a la enferma al suicidio, después de haberla llevado a un onanismo desesperante, encuentra su razón de ser en una enfermedad del aparato genital (vagina, útero, anexos). En el mismo orden de ideas, las corizas crónicas, las lesiones nasales o faríngeas, las gingivitis, podrán producir un prurito nasal o peribucal. Hacemos notar el prurito bucal propiamente dicho, que se asocia frecuentemente a la neuralgia de la lengua llamada glosodinia y que puede existir sin una causa aparente o coexistir con las modificaciones de la mucosa, como la glositis exfoliatrix marginada o la lengua escrotal fisuraria. Se conocen también los pruritos tenaces en las regiones palmar y plantar, que se exacerban por las noches, comunes en los muy nerviosos y los intoxicados.

Esta enumeración de las causas más corrientes del prurito, no es inútil al médico

que desea hacer un diagnóstico exacto y prescribir una terapéutica útil, y éste debe tenerla siempre presente.

El primer cuidado del médico, al encontrarse en presencia de un prurito, será eliminar de antemano el prurito vulgar de las dermatosis pruriginosas. Aun en este caso, el prurito no es más que un elemento del cuadro clínico, y la dermatosis que el médico tiene ante sus ojos es suficiente para justificar el prurito. Si por el interrogatorio y el examen clínico el prurito parece primitivo, habrá que eliminar todos los pruritos provocados, sobre todo los parasitarios. Volveremos a hablar del diagnóstico a propósito de las dermatosis parasitarias. Insistiremos sobre la utilidad de una investigación minuciosa en este sentido. Es un caso de los difíciles. Como ejemplo, citaremos el caso de un enfermo atacado de un prurito muy antiguo y complicado de albuminuria. El diagnóstico era de prurito urémico y el enfermo sometido a regímenes depauperantes, sin resultado. Consultado un dematólogo, éste descubre, afortunadamente para el enfermo, una sarna de las más discretas y cura de ésta en pocos días, así como del prurito y de su albuminuria escabieica. Asimismo los pruritos de la región anogenital deben hacer pensar en una micosis cutánea, sobre todo si se suman las lesiones tegumentarias más o menos características, de las que hablaremos más tarde. De todas maneras, una investigación microscópica de los esporos o del micelio, un cultivo de las escamas, así como un tratamiento local de prueba,

en los casos negativos, de tintura de yodo, permitirán diferenciar esta cuestión. En conclusión: no se debe hablar de prurito primitivo más que cuando toda causa local de irritación parasitaria u otra pueda ser descartada definitivamente.

Habiendo hecho el diagnóstico de prurito primitivo, hay que buscar la causa. Dada la multitud de factores etiológicos que pueden, según los casos, intervenir, se comprenderá que este trabajo no es fácil. Si, por ejemplo, el prurito de un icterico, de un diabético o de un albuminúrico, en los cuales la lesión renal ha sido reconocida de antemano, se achaca fácilmente a esta causa, los pruritos de etiología menos clara, como la de los intoxicados, los artríticos y los nerviosos, acarrearán problemas más difíciles de resolver. Hay también pruritos hematógenos en los que pasa lo mismo, si el médico no piensa en su posibilidad. Por un interrogatorio minucioso, por un examen de los diferentes aparatos y funciones del organismo del enfermo se podrá llegar a formar una opinión. En lo que concierne a los pruritos locales, hay que pensar siempre en una causa de irritación local, cuya naturaleza y existencia deberán ser cuidadosamente determinadas.

La cuestión del diagnóstico etiológico es de mucha importancia, puesto que domina toda la terapéutica causal de los pruritos, la única verdaderamente eficaz.

**Tratamiento.** — No examinaremos aquí la terapéutica del prurito provocado, que con-

siste en la supresión de la causa, ni la de los pruritos secundarios, que se confunde con el tratamiento de la dermatosis pruriginosa.

En lo que concierne al prurito primitivo, la terapéutica ideal es la etiológica. Es necesario, pues, buscar y encontrar la causa de los pruritos siempre que sea posible. Se buscarán las intoxicaciones exógenas y se suprimirán; las autointoxicaciones serán combatidas; y así es como un prurito a veces hará descubrir una azoemia ignorada, una diabetes latente, una tabes incipiente, una leucemia en su principio, afecciones todas que traen consigo un tratamiento general que se sale del objeto de nuestro trabajo. No hablaremos del prurito de los ictericos; la ictericia capaz de determinar el prurito es casi siempre muy intensa para no ser diagnosticada en el examen. Hay que recordar que el prurito es debido, en este caso, a las sales biliares y que existen ictericias disociadas donde son retenidos los ácidos biliares sin los pigmentos; se comprende así cómo la ictericia pueda faltar y pasar inadvertida la causa del prurito si no se hace sistemáticamente un examen de orina para buscar la retención de sales.

Los pruritos locales son sostenidos, si no provocados, por causas locales que hay que descubrir para combatirlos. No insistiremos sobre el prurito anal, cuyo origen frecuentemente es micótico; hay una causa importante en ello, y si las investigaciones de laboratorio son negativas, se está autorizado a intentar un tratamiento de prueba de tintura de yodo alcohólica por poco que el aspecto de la región pruriginosa

inspire dudas. Los oxiuros, las hemorroides, las fisuras anales, el estreñimiento, serán tratados y combatidos, lo mismo que las prostatitis, blenorragias antiguas, las estrecheces de uretra en el caso de prurito anogenital; las lesiones vaginales o úteroanexales en caso de prurito vulvar.

No siempre la investigación, por minuciosa que sea, permite encontrar una causa evidente a los pruritos primitivos. Hay que hacer, en este caso, un tratamiento patogénico general y un tratamiento sintomático local.

Se reducirá la alimentación a proporciones regulares. La polifagia y taquifagia se combatirán con severidad. El régimen será poco cárneo, lactofrutovegetariano o simplemente vegetariano. Se someterá al enfermo a un reposo intelectual y moral. Se podrán prescribir, en la medida que se toleren, los medicamentos sedantes del sistema nervioso, como la valeriana y los bromuros.

Localmente, se evitará la hidroterapia, que es más perjudicial que útil cuando se trata de pieles irritadas como en este caso. En cambio, las lociones avinagradas o alcoholizadas darán buenos resultados y se aplicarán durante las crisis pruriginosas. En los intervalos, los tegumentos serán espolvoreados, prefiriendo los polvos de talco a los de almidón, por ser éstos susceptibles de fermentación. Por la noche se podrán utilizar las cremas calmantes y antipruriginosas, de las que ya hemos dado algunas recetas, cremas estovainizadas, pomadas mentoladas, glicerolados con los tres ácidos.

En los casos rebeldes, si las medicaciones anteriores fracasan, se podrá probar la autohemoterapia, que a veces da muy buenos resultados. Desde este punto de vista, se seguirán algunos principios esenciales necesarios para seguir este método. Hay casos raros donde la autohemoterapia aumenta el prurito. Las inyecciones de sangre serán entonces inmediatamente suprimidas. Algunas veces, después de una mejoría momentánea, el prurito se estaciona; otras, aumenta nuevamente. Son dos casos de contraindicación para seguir el tratamiento. Por el contrario, cuando el prurito cede, aunque sea lenta y progresivamente, a la autohemoterapia, no hay que parar la cura hasta doce, quince o veinte inyecciones las que sean necesarias, teniendo cuidado de consolidar la cura por algunas inyecciones después de la desaparición del prurito. Hemos dicho, hablando de este tratamiento, que no parece sensibilizar el sujeto. Se podrá, pues, reanudar después de un reposo más o menos largo si el alivio no ha sido suficiente o si vuelve un nuevo ataque de prurito. THIBIERGE y RAVAUT han obtenido a menudo, la mejoría del prurito por medio de la punción lumbar.

Los pruritos locales no necesitan tratamiento terapéutico especial, salvo en lo que concierne al tratamiento local. En estos casos hay que prescribir con preferencia las lociones avinagradas o alcoholizadas, que serían irritantes para las dermomucosas donde residen estos pruritos, las lociones calmantes de cocimientos vegetales (flor de manzanilla, hojas

de malva, raíces de malvavisco). Insistimos en que los baños de asiento, a los cuales los enfermos son muy aficionados, son generalmente contrarios al fin deseado. Espolvoreados durante el día y pomadas por la noche, será mejor. En los casos de prurito anogenital se obtienen buenos resultados con embadurnados diarios con solución de nitrato de plata, de concentración progresiva, según ya hemos indicado.

Se puede probar también la alta frecuencia. Es a veces muy calmante, pero no es raro verla fallar, y hay que recordar que cuando después de ocho o diez sesiones no se ha llegado a suprimir el prurito, es inútil insistir.

La radioterapia a débil dosis, sea en la región pruriginosa o mejor aún en la zona de emergencia de las raíces raquídeas correspondientes, es la terapéutica a la que hay que acudir en definitiva. Calma siempre y cura en apariencia los pruritos regionales; desgraciadamente, éstos recidivan y el médico en este caso duda curar al enfermo y teme producir una radiodermatitis. Sólo el radioterapeuta puede decidirlo.

Antes se aconsejaba un tratamiento heroico en el prurito vulvar; que es la sección de los nervios pudendos internos. La dermatología repugna a estas intervenciones. No obstante, cuando el estado mental de la enferma esté muy perturbado por su prurito, es únicamente el caso en que la oportunidad de la operación puede ser discutida.

## URTICARIA

Por experiencias muy interesantes, JACQUET nos enseña que los elementos cutáneos de la urticaria no aparecen bajo una cura oclusora. Ésta es la mejor prueba que aquí, como en las afecciones precedentes, el prurito es primitivo. No obstante, en el caso de urticaria, el prurito se complica de reacciones cutáneas de un tipo especial que le dan una individualidad indiscutible.

Si quisiéramos dar una definición de la urticaria, diríamos que se trata de una dermatosis esencial y primitivamente pruriginosa, a veces proteiforme y que puede manifestarse por erupciones diversas, pero donde la lesión elemental característica es una congestión aguda y paroxística de la dermis o de la hipodermis, de la piel o de las mucosas, lesión esencialmente repentina y fugaz, que depende de una perturbación de la inervación vasomotriz realizada por una predisposición innata o adquirida, despertada en el momento de los brotes por tres órdenes de causas, intoxicaciones, irritaciones reflejas, conmoción nerviosa con desequilibrio, en fin, para tener en cuenta las concepciones modernas más recientes, afecciones que entran, a lo menos en algunas de sus formas, en el cuadro, cada día más grande, de las manifestaciones clínicas de estos procesos humorales, que se llama la anafilaxia y la coloidoclasia.

**Estudio clínico.** — Empieza por un prurito intenso con sensación de calor y tensión que anuncian la salida de la urticaria. Después, rápidamente, aparecen las eflorescencias cutáneas características. Acostumbran a empezar en la cara, cuello, los hombros, las rodillas, la región lumbar, la cara interna de los brazos y de los muslos; crecen sucesiva y progresivamente.

En el *período de estado*, la «roncha de urticaria» se presenta bajo el aspecto de placas ligeramente abultadas, de contornos irregulares, oscilando entre milímetros y varios centímetros, de color rosado o rojo, a menudo sin color, porcelánicas, a veces un poco hundidas en el centro. Ordinariamente discretas y diseminadas, las placas de urticaria pueden ser confluentes (urticaria conferta). Según el agrupamiento y aspecto evolutivo local del habón se describe una urticaria discoidea, una urticaria anular, una urticaria figurada, una urticaria lineal. La morfología individual de los elementos permite distinguir la urticaria aporcelanada o porcelánica caracterizada por elevaciones blancas, urticaria maculosa o urticaria congestiva, en las cuales sus elementos son representados por manchas congestivas de un rojo más o menos vivo.

Uno de los rasgos característicos de la urticaria es su fugacidad. Su desaparición es casi tan súbita como la aparición. Cada mancha dura minutos u horas. Los elementos cutáneos pueden desde luego desaparecer de un sitio para aparecer en otros.

El *prurito* que, como hemos dicho, precede a la erupción, queda como satélite en el período de estado. Da sensación de picazón, quemazón, hormigueo, recordando la picadura de la ortiga; a veces hay una tensión dolorosa de la piel. Este prurito se aumenta durante la noche y al aire libre.

Hay que saber que la urticaria puede localizarse en las mucosas, sobre todo en el caso de urticaria intensa, en los labios, en la lengua, en el velo del paladar, en la úvula, en la faringe, la epiglotis y la laringe, dando lugar a placas de un rojo vivo con sensación de relieve y prurito. La úvula puede aumentar de volumen. Puede haber edema de la epiglotis.

Puede sobrevenir disfagia, disfonía y disnea. Se trata, en este caso, de urticaria edematosa, que describiremos más tarde. Algunas veces las localizaciones mucosas se encuentran en la urticaria común.

Antes se admitía que la urticaria se podía localizar en las mucosas profundas. Así, la urticaria servía para explicar ciertas manifestaciones gastrointestinales agudas, la albuminuria transitoria, los dolores esofágicos fuertes, ciertas afecciones congestivas de la nariz, de la laringe y de los bronquios. No hay nada que nos permita continuar creyéndolo. Desde luego, las manifestaciones de este orden pueden coexistir, sucederse o alternarse con la urticaria cutánea, que tanto unas como otras atacan a los individuos de la misma clase patológica, neuroartríticos de nutrición lenta, de reflectividad exagerada, de sistema vasomotor hiper-

sensible. Pero nada nos autoriza a suponer y mucho menos a afirmar que hay una urticaria profunda, visceral en el sentido anatomopatológico o, mejor aún, nosológico de la palabra.

Hay que saber, sin embargo, que fuera de la regla, *los síntomas generales* no son raros en el curso de la urticaria: agitación e insomnio, dependientes de los fenómenos cutáneos y del prurito; trastornos gastrointestinales, lasitud, elevación de temperatura (fiebre urticariana), dependientes más bien de los trastornos humorales más o menos misteriosos que ha desencadenado el brote de urticaria.

#### Formas evolutivas de la urticaria común.—

Se puede distinguir:

Una forma ACCIDENTAL, que provoca momentáneamente una irritación externa.

UNA FORMA AGUDA. — Aquí la erupción se compone de un brote o varios consecutivos o subintrans. Pero, en definitiva, al cabo de algunas horas o días, el proceso se acaba sin que el enfermo guarde ninguna predisposición permanente a la urticaria, cosa que caracteriza la urticaria crónica.

Hay formas simples, conocidas por la poca confluencia de los elementos eruptivos y por la ausencia de fenómenos viscerales y generales, y formas graves donde la erupción es confluyente, los trastornos digestivos intensos (diarreas y vómitos), los accidentes generales muy marcados (vértigos, lipotimias, náuseas). Esta forma grave se presenta después de haber comido moluscos, crustáceos, alimentos averia-

dos. En estos casos hay que hablar de intoxicación grave o de urticaria que reviste únicamente el valor de un síntoma en el cuadro clínico. Esta forma no tiene un interés descriptivo.

UNA FORMA CRÓNICA. — La urticaria aguda, como hemos visto, es un accidente que depende de una perturbación vasomotriz transitoria. La urticaria crónica es un hábito morboso, subordinado a una alteración funcional persistente, de donde se deduce que los brotes urticarios se repitan con una frecuencia desesperante, a veces todos los días e incluso varias veces por día, espontáneamente o bajo la influencia de causas sin importancia, y ello durante meses y años. La forma crónica se observa en los adultos, así como en edad avanzada. En los niños reviste casi exclusivamente la forma papulosa, llamada «estrófulo», que citaremos más adelante. La urticaria crónica del adulto es sucesiva a un ataque agudo que ha desencadenado las perturbaciones vasomotrices; pero puede aparecer en la forma crónica. Desde ahora debemos señalar que esta forma es ocasionada a menudo por un desequilibrio nervioso y por funcionamiento defectuoso del tubo digestivo.

A veces es generalizada, y con mayor frecuencia parcial, tomando la forma común, raramente el tipo de urticaria tuberosa o edematosa; la urticaria crónica, por su purito incesante, perturba el sueño de los enfermos, los aniquila y se convierte en suplicio, sin hablar de las perturbaciones tróficas profundas del te-

gumento, que, con el rascado constante, se cubre de ulceraciones, de costras y de pigmentaciones, produciendo en definitiva el prurigo vulgar difuso, del que hablaremos después.

**Formas crónicas.** — **URTICARIA DE LA INFANCIA.** — *La urticaria papulosa y pápulo-vesiculosa* se ve en los niños, raramente en los adultos. Se caracteriza por pápulas rosadas, vesiculosas en el centro, que persisten muchos días en forma de relieves más o menos marcados, con frecuencia coronados por una pequeña corteza debida a la abertura espontánea o provocada de la vesícula que corona los elementos papulosos y a la desecación consecutiva de la serosidad que contenía.

Estos elementos proceden por brotes paroxísticos con prurito intenso; llevan consigo un proceso edematoso y congestivo inicial. A veces coexisten con elementos urticariados, todo lo cual permite clasificarlos mejor con la urticaria que con los prurigos. Esto es el *estrófulo* de la infancia.

Generalizado o localizado este proceso se localiza preferentemente en el tronco, en la cara externa de los miembros y algunas veces en la cara. Los elementos son aislados o se agrupan en corimbos.

El estrófulo se ve sobre todo en los dos primeros años de la vida, en el momento de la primera dentición, algunas veces en la segunda y más raramente de 15 a 30 años. Los trastornos digestivos y la alimentación poco higiénica son la causa.

Se admite que esta forma de urticaria, pasando al estado crónico, puede evolucionar hacia esta forma grave del prurigo de la infancia que se llama el prurigo de HEBRA.

El diagnóstico debe hacerse con la sudamina, que no siempre da reacción urticariada, y, en los casos intensos, con la varicela, que se reconocerá por su polimorfismo y en las reacciones generales que le acompañan.

La URTICARIA AMPOLLOSA es poco frecuente en los niños y se encuentra raramente en los adultos. Aquí, la vesiculación es más intensa y llega hasta la ampolla. Si ésta se infecta secundariamente, se ven verdaderas pústulas. En esta forma se puede equivocar el diagnóstico en el sentido de una sarna o varicela; pero el principio, en forma de picadura de ortiga, permitirá hacer el verdadero diagnóstico. Se debe apartar la tendencia de la escuela de BROCO, que considera esta variedad de urticaria en el vasto cuadro de las dermatitis polimorfas.

URTICARIA TUBEROSA. — Se ve generalmente en la urticaria crónica. Las placas urticadas son aquí salientes y profundas, dérmicas y epidérmicas, duras al tacto, algunas veces equimóticas, constituyendo verdaderas tuberosidades que recuerdan las del eritema nudoso y pueden ser del tamaño de una nuez al de un huevo de pava. Estas tumefacciones pasajeras, pruriginosas, algunas veces dolorosas, residen sobre todo en los brazos, piernas y la región lumbar. Se reproducen, cosa que permite equipararlas a la urticaria crónica.

URTICARIA HEMORRÁGICA. — La congestión

edematosa urticada llega hasta la hemorragia por ruptura de los capilares. La sangre infiltrada en la piel sufre las transformaciones que se encuentran en los hematomas traumáticos, en la hemofilia y en la púrpura. Se encuentran diferentes tintes que van del rojo al amarillo pasando por el violeta y el verde llegando a veces a la persistencia de máculas pigmentadas que constituyen, si se quiere, una nueva variedad de urticaria, la *urticaria pigmentada*, que hay que distinguir de la verdadera urticaria pigmentada de BROCO, de la «urticaria pigmentosa», de la urticaria pigmentada de DARIER, de la cual se hablará más adelante. Aguda o crónica, procediendo de las mismas causas que la urticaria común, más frecuente en los debilitados, la urticaria hemorrágica es muy parecida a la púrpura acompañada de prurito la *purpura urticans* de los dermatólogos.

Todos estos hechos de transición de unas dermatosis a otras no deben sorprender al médico y son muy frecuentes en dermatología.

Consideraremos, pues, la urticaria más que como un síndrome como una reacción cutánea especial que se puede manifestar en las dermatosis más diversas.

URTICARIA GANGRENOSA.—Es muy excepcional. Pueden necrosarse algunos elementos. Hay que acoger con reservas esta forma, pues los casos publicados deben ser objeto de una revisión.

URTICARIA PERSTANS.—Está caracterizada por su larga duración y por los elementos cutáneos que la constituyen. Se ven aquí las ronchas persistir días y hasta semanas, des-

apareciendo la rubicundez que las circunscribe en su comienzo. Aparte de su larga duración, no tiene esta forma ningún carácter diferencial.

URTICARIA EDEMATOSA.—URTICARIA GIGANTE.—EDEMA AGUDO CIRCUNSCRITO (ENFERMEDAD DE QUINCKE).—La fluxión edematosa paroxística que es únicamente dérmica en la urticaria, es en esta forma dérmica e hipodérmica. La cara, las extremidades, los órganos genitales, es decir, las regiones ricas en tejido celular subcutáneo presentan tumefacciones momentáneas y transitorias, de dimensiones a veces considerables, desde el volumen de una avellana al de una naranja, bien limitadas, duras, rosadas en el centro, y que se acompañan de una sensación de tensión y de quemadura y siempre de prurito intenso. El brote, a veces precedido de ligeras molestias y de una ligera hipertermia, puede empezar sin ningún pródromo. Las crisis duran de dos horas a dos días, repitiéndose a intervalos. Pueden localizarse también en las mucosas. Las mejillas, la lengua y la laringe pueden estar interesadas. El edema de la glotis es una de las complicaciones serias de esta afección. La enfermedad de QUINCKE dura mucho tiempo, casi siempre años. Su asociación frecuente con la urticaria crónica, la existencia de casos intermedios entre el edema angioneurótico o enfermedad de QUINCKE y la urticaria común, y la identidad de factores etiológicos que coinciden en ambas afecciones permiten considerar la enfermedad de QUINCKE como una forma clínica especial de la urticaria vulgar.

**URTICARIA FICTICIA O DERMOGRAFISMO.** — La urticaria ficticia es algo distinta de la urticaria común. El dermatografismo está caracterizado por la predisposición que presentan algunos sujetos a producir, bajo la acción de una irritación cutánea ligera o de un roce insignificante, reacciones de urticaria en el punto traumatizado y que pueden persistir durante horas. La elevación urticariana que se produce en esta forma no es nunca pruriginosa. En la urticaria común, los enfermos pueden presentar dermatografismo en el momento de los brotes agudos. Hay una relación indudable entre estos dos estados, cuyo origen es la exaltación del reflejo vasomotor. Sin embargo, los enfermos que tienen dermatografismo constitucional no acusan nunca prurito a nivel de las lesiones cutáneas, no presentan nunca urticarias verdaderas y parecen pertenecer a un tipo morboso especial. Se presenta sobre todo en neuropatas, pitiáticos, epilépticos, idiotas, dementes precoces o intoxicados (saturinos o alcohólicos).

**URTICARIA PIGMENTARIA.** — Los dermatólogos encontrarán ilógico que estudiemos aquí la urticaria pigmentaria. En efecto, DARIER, basándose en la anatomía patológica, que demuestra en las lesiones cutáneas una verdadera infiltración de la dermis por los mastzellen, coloca la urticaria pigmentaria como una variedad de los tumores névicos. NICOLAS, dando menos importancia a los hechos anatomopatológicos y dando como argumento la frecuencia en estos enfermos de dermatografismo o urticaria verda-

dera, considera la urticaria pigmentaria como una variedad de la urticaria común.

Sea lo que fuere, esta afección, que empieza a menudo poco después del nacimiento, a veces más tarde, se caracteriza por la presencia de manchas (forma maculosa) o de elevaciones poco salientes (forma nodular), pigmentadas, de color tostado, que se presentan con frecuencia secundariamente en placas de urticaria típicas, presentándose ya silenciosamente o por brotes congestivos con prurito, pero teniendo siempre la propiedad de hacerse pigmentadas, duras, turgentes, urticariadas por el rascado. Este síntoma patognomónico permite eliminar las lesiones cutáneas susceptibles de presentar un aspecto objetivo análogo (liquen plano, psoriasis, sífilides, tubercúlides). Hemos dicho que el dermatografismo y los elementos francamente urticariados pueden coexistir con las lesiones de urticaria pigmentaria. Estas últimas, si bien pueden estar diseminadas, se presentan generalmente en el tronco y las extremidades. Esta afección una vez constituida, no tiene tendencia ni a la extensión ni a retroceder.

**Etiología.** — En la urticaria accidental hay que invocar causas externas: picaduras por los pelos de ortiga, picaduras de mosquitos, chinches, piojos, contacto con los pelos de las erugas procesionales, con las medusas y diversas plantas tóxicas.

En la urticaria verdadera, aguda o crónica, hay que pensar en las causas internas. Se ha

hecho desempeñar un papel al *desequilibrio del sistema nervioso*, sea cual fuere la causa de éste (*surmenage* cerebral, neurastenia, afecciones debilitantes, emociones vivas). *Los trastornos digestivos* son también posibles en estos enfermos: dispepsias, trastornos digestivos de origen hepático, estreñimiento habitual. Desde luego, una simple indigestión, la absorción de tal bebida o alimento puede ocasionar una crisis de urticaria; entre los alimentos y bebidas nocivos, se señalan los pescados de mar, los crustáceos, las almejas, sobre todo los moluscos, la carne de cerdo, la caza, los huevos, las conservas, los quesos fermentados, los helados, las frambuesas, grosellas, fresas, los vinos, el café y el te. Los sueros de animales empleados con un fin terapéutico, así como toda una serie de medicamentos, como la antipirina, pueden producir la urticaria. La reacción cutánea es tan rápida y el tiempo de incubación tan corto que se puede hablar a veces de reflejos de origen gustativo o gástricos. Al lado de estas intoxicaciones exógenas, se ven las auto-intoxicaciones reivindicar su parte en la etiología de la urticaria (fermentaciones intestinales anormales, insuficiencia renal o hepática, gota, embarazo). Incluso las enfermedades infecciosas (ciertas fiebres eruptivas) o parasitarias (paludismo, quistes hidáticos) y hasta las enfermedades de la sangre (leucemias) han podido ser consideradas como susceptibles de provocar la urticaria.

Pero, en definitiva, todas las causas que hemos visto, tanto si son provocadas como

preparatorias, necesitan, para conducir a la constitución de la urticaria, un terreno especial que habrá podido contribuir a preparar y poner en juego un mecanismo humoral que son susceptibles de producir. Éste es el terreno y mecanismo que los trabajos recientes han aclarado. Abandonando el término vago de idiosincrasia, los autores recientes y sobre todo WIDAL y sus discípulos, basándose en la existencia en los brotes urticarianos de los fenómenos vasosanguíneos que caracterizan la crisis hemoclásica, se puede hacer entrar la urticaria, a lo menos en la mayoría de casos, en el cuadro de la anafilaxia o ya de su hermana menor la coloidoclasia. En cuanto al terreno donde se desarrolla el mecanismo del *choque* anafiláctico o coloidoclásico, parece determinado por los desórdenes del sistema nervioso vegetativo, vago o simpáticotonía, o mejor distonía neurovegetativa. No podemos extendernos más en estos hechos; pero merecen ser citados, dada la nueva dirección que han imprimido a la terapéutica de la urticaria.

**Tratamiento.** — En presencia de un brote de urticaria, es importante enterarse si no procede de una causa externa, parasitaria u otra.

URTICARIA AGUDA. — Dar en seguida un purgante, de preferencia salino (sulfato sódico 30 gramos). Someter al enfermo a un régimen severo, con preferencia lactovegetariano estricto, en todo caso simplemente hipotóxico. Se someterá al enfermo a una medicación

susceptible de asegurar la desinfección y ejercer sobre la lesión cutánea una acción vasoconstrictiva. A ese fin, se podrá dar al paciente, a razón de dos por día, las tomas siguientes:

|   |   |             |
|---|---|-------------|
| Magnesia . . . . .                        | } | aa 0'10 gr. |
| Salol . . . . .                           |   |             |
| Sulfato de quinina . . . . .              | } | aa 0'05 gr. |
| Polvos de cornezuelo de centeno . . . . . |   |             |

(Para una toma.)

**URTICARIA CRÓNICA.** — Recordando las nociones enumeradas en el capítulo de la etiología, se combatirá, cuando se hayan descubierto, todas las hetero o autointoxicaciones susceptibles de provocar la urticaria. En regla general, la higiene nerviosa será severa, el régimen estricto, hipotóxico, lactofrutovegetariano, lácteo, o dieta hídrica absoluta temporal. En la urticaria crónica hay que combatir cuidadosamente la poli y la taquifagia.

Las terapéuticas generales que se aconsejan en la urticaria son numerosísimas; tanto, que uno teme siempre la ineficacia habitual. Recordaremos las sales de calcio (cloruro de calcio), los fermentos, las levaduras, el ictiol, los salicilatos, los alcalinos en los dispépticos, las lavativas en los estreñidos, el nucleinato sódico (WEILL), la sangría, las inyecciones de suero artificial. No queda gran cosa a recordar de estas terapéuticas.

Parece que la adrenalina, a la dosis de XX gotas de la solución al 1/1.000 atenúa la intensidad de las crisis, sea por una acción vaso-

constrictiva o por su acción fármacodinámica estimulante del simpático.

De otra parte, se han obtenido buenos resultados ya de la autosueroterapia o de la autohemoterapia, ya del cacodilato sódico intravenoso (RAVAUT). No insistiremos sobre la técnica de la autosueroterapia ni sobre la técnica de la autohemoterapia, ya vista en la primera parte de esta obra. El cacodilato sódico se inyecta cada día a dosis crecientes y progresivas de 10 centigramos 15, 20, 25, etc., hasta 1,50 gramos por día. Esta medicación es generalmente bien soportada, produciendo solamente un olor aliáceo del aliento. En caso de presentarse trastornos digestivos, cosa muy rara, habrá que interrumpir el tratamiento. Estos medicamentos obran determinando un *choque* humoral atenuado.

Queda la última terapéutica esencialmente patogénica, el método desensibilizante. Consiste, una vez descubierto el alimento generador de la urticaria, en dar, una hora antes de la comida, una cantidad infinitesimal de este alimento (PAGNEZ y PASTEUR-VALLERY-RADOT). En la imposibilidad de descubrir la albúmina heterogénea causante, cosa corriente, se puede substituir por la peptona tomada en dosis de un sello de 0,50 gr. una hora antes de cada comida. Tanto si se trata de desensibilización verdadera o que el mecanismo de acción se pare, debido a la producción de un *choque* atenuado protegido contra un *choque* más violento, poco importa. Esta medicación inofensiva es, en ciertos casos, muy útil.

**Tratamiento local.** — Están contraindicados los baños, las duchas y las pomadas. Se podrá emplear durante las crisis de prurito lociones emolientes de cocimientos vegetales, lociones avinagradas, alcohólicas, fenicadas, mentoladas y timoladas. Durante el intervalo de las lociones, se espolvoreará abundantemente la piel con polvos inertes. Se recomendará a los enfermos que la ropa interior no sea de lana y que tenga poco contacto con la piel.

Para el dermatografismo, se tratará el desorden nervioso que, casi siempre, lo condiciona.

En la urticaria pigmentaria se impone un régimen alimenticio severo y una higiene correcta. La hidroterapia fría y caliente, la radio y la fototerapia, como la electrólisis, han dado resultados muy inconstantes.

En la urticaria de la infancia o estrófulo, habrá que vigilar sobre todo la alimentación. Se trata casi siempre de niños mal alimentados. Los purgantes y laxantes se emplearán con frecuencia. Las lociones avinagradas o alcohólicas con el empolvado y en el intervalo de la noche, las cremas o glicerolados con los tres ácidos, calman bien el prurito. La autohemoterapia da resultados inconstantes.

## PRURIGOS Y LIQUENIFICACIÓN

La definición de este término nosológico y la delimitación de las dermatosis, que pueden ser catalogadas en este grupo, han dado lugar a múltiples controversias. Desde el punto de

vista puramente descriptivo, los prurigos están caracterizados por su lesión elemental que se llama pápula de prurigo; por esta razón los prurigos podrían clasificarse en el grupo de dermatosis papulosas. Pero aquí, como en la urticaria, parece que el prurito es primitivo y que la pápula es la lesión secundaria consecutiva al rascado. Esto parece razón suficiente para considerar los prurigos como neurodermitis complicadas.

Parecerá raro que aquí no se encuentre descrito el prurigo simple agudo de la infancia y de la adolescencia, o estrófulo. Esta afección se caracteriza tanto por las reacciones de urticaria como por las pápulas de prurigo, elementos que muchas veces se confunden. Por esto hemos descrito el estrófulo como una variedad de urticaria. DARIER describe en el grupo de los prurigos, bajo el nombre de prurigo vulgar circunscrito, el liquen simplex de WIDAL, la neurodermitis circunscrita o prurito circunscrito con liquenificación de BROCO. Consideramos más racional describir esta dermatosis aparte, considerando la liquenificación como una complicación de los pruritos, completamente diferente de los prurigos. Por otra parte, los términos de transición son numerosos. Describiremos al final de las neurodermitis el prurigo vulgar difuso, como lo comprende DARIER magistralmente.

Nos concretaremos a la descripción del prurigo de Hebra, que constituye la forma más pura y más característica de los prurigos.

La pápula de prurigo, que alcanza desde el

tamaño de un grano de mijo al de un guisante, es ligeramente abultada, hemisférica y muy raramente plana; sus contornos son redondeados u ovalados y mal delimitados. De color de la piel, rosado o rojo y a veces pardusco y dura al tacto; su superficie es lisa, un poco saliente, escamosa a veces, excoriada otras y centrada por una costra pequeña sanguínea de un color obscuro o negruzco.

**PRURIGO DE HEBRA.** — Ordinariamente empieza en la primera infancia y a menudo en el primer año de la vida. Frecuentemente es la urticaria o el estrófulo el que abre la marcha, caracterizándose por la intensidad del prurito y de las reacciones cutáneas secundarias. No es raro ver el prurigo de Hebra presentarse con su fórmula dermatológica especial, consecutivamente a un prurito generalizado y muy marcado. Sea como fuere, en un año o dos la enfermedad va progresando hasta constituir el período de estado. En este momento el enfermo presenta un aspecto muy especial. No insistimos sobre el prurito frecuente e imperioso y que sobreviene por crisis sumamente molestas. La piel está cubierta de lesiones por rascado, de excoriaciones más o menos costrosas, ya lineales constituyendo la marca de un uñazo, ya localizadas en los folículos pilosebáceos que han sido decapitados por el rascado. Estas lesiones vulgares pueden infectarse y dar lugar a verdaderas piodermitis, o pueden también repararse, constituyendo cicatrices. Los tegumentos crónicamente irritados se eczematizan o forman

vastas superficies liquenoides. Además, las pápulas de prurigo típicas son siempre más o menos numerosas, según los períodos, y más marcadas durante los brotes agudos.

La localización es muy particular, interesando frecuentemente la cara externa de los miembros, mucho menos el tronco y muy raramente la cara. Casi siempre respeta la cara interna de los miembros y los pliegues articulares.

Los tegumentos afectos presentan un tinte térreo, obscuro, anserino, sobresaliendo los folículos pilosos. Los pelos se destruyen, acabando por desaparecer.

Los ganglios linfáticos, axilares e inguinales están siempre aumentados de volumen e incluso se notan fácilmente antes de toda exploración. Hay siempre eosinofilia sanguínea, como hay eosinofilia a nivel de las lesiones cutáneas. Las uñas gastadas por el rascado son cortas, lisas y brillantes. Los enfermos están nerviosos y presentan versatilidad de carácter que es consecuencia de los sufrimientos.

De larga duración, el prurigo de Hebra presenta siempre alternativas. Frecuentemente se atenúa con la pubertad, pero no desaparece más que con la edad madura o la vejez.

**Formas clínicas.** — Se han descrito tipos diversos de esta enfermedad que se diferencian únicamente por la localización e intensidad de los elementos eruptivos. El tipo *de Hebra Kaposi* da lugar a lesiones cutáneas que tienen gran importancia. El tipo llamado *francés* presenta lesiones predominantes en los miem-

bro superior y en la cara, respetando el tronco y las extremidades inferiores. Según la intensidad de la dermatosis, se ha descrito el prurigo *mitis*, que representa la forma ligera, y una forma grave de mucha cronicidad que se podría identificar con el prurigo *ferox*. En esta forma, las pápulas de prurigo más o menos diseminadas o agrupadas, de preferencia en las extremidades, algunas veces en el tronco y hasta en la cara, son voluminosas, llegando al tamaño de media avellana. Muchas veces se excorían, formándose una costra sanguínea, siendo a veces vesiculosas en su centro. Las placas de liquenificación son raras y el prurito es terrible. Esta afección dura indefinidamente.

Basándose en el comienzo de la afección, se han descrito *prurigos de principio lento*. Parece ser que la mayoría de ellos no tienen individualidad propia y que deben ser considerados como variedades de leucemias sub o aleucémicas (prurigo linfadenico de DUBREUILH).

La etiología del prurigo de Hebra puede reivindicar para sí varios factores de los cuales hemos ya hablado en los pruritos primitivos. La herencia nerviosa o artrítica, las enfermedades de la nutrición de los padres, como la obesidad, la gota o la diabetes, tienen una gran importancia. No hay que olvidar que la mala alimentación de los niños es casi siempre la base del estrófulo y que éste interviene en la constitución del prurigo de Hebra, que sucede muchas veces al prurigo agudo de la infancia. Durante estos últimos años se han

invocado los trastornos o desequilibrios humorales de orden anafiláctico o coloidoclásico, y al mismo tiempo las distonías del sistema nervioso vegetativo que muy a menudo condicionan estos desórdenes humorales. Llevando todavía más lejos las investigaciones etiológicas, se ha sospechado que ciertas infecciones crónicas, como la tuberculosis y la sífilis hereditaria, podrían tener acción sobre el terreno en que se desarrolla el prurigo de Hebra. Estas concepciones modernas que, a lo menos en ciertos casos, parecen verdad, necesitan una terapéutica especial sobre la cual insistiremos más tarde.

LIQUENIFICACIÓN. — Hemos descrito, aunque muy brevemente, en la segunda parte de esta obra, las modificaciones tegumentarias, a las cuales se da el nombre de liquenificación. La piel liquenificada está casi siempre pigmentada, engruesada y ha perdido su elasticidad y flexibilidad. Pero lo que caracteriza ante todo la liquenificación es una exageración muy marcada de las estrías normales de la piel. Estas estrías, marcadas y profundas, dibujan un cuadrículado perfectamente visible. En las mallas que constituyen este cuadrículado, la piel es lisa y brillante, constituyendo lo que se llama pseudopápulas brillantes. El liquen plano por el agrupamiento de sus lesiones elementales puede presentar un aspecto análogo; pero en éste se encuentra siempre alrededor de las placas o muy cerca elementos aislados que hacen hacer el diagnóstico; por eso, las estrías de WICKHAM, características del liquen plano,

no se ven jamás en la liquenificación. Se han descrito estados liquenoides en ciertas dermatosis como el eczema, las paraqueratosis psoriasisiformes y la psoriasis; aunque se trate de diferencias sutiles, estos estados liquenoides pueden presentar muy exagerado el emparillado de que hemos hablado, pero las pseudopápulas brillantes no existen. Hemos llevado la diferenciación un poco lejos queriendo separar de la liquenificación las modificaciones cutáneas de las regiones génitocrurales que se ven en la mujer atacada de blenorragia crónica; el aspecto de la piel en este caso es muy parecido al de la liquenificación tal como lo hemos descrito.

Sea como fuere, la liquenificación, consecuencia del rascado y de la irritación crónica de la piel, se ve ya sea *secundariamente* en el curso de ciertas dermatosis como el liquen, el eczema, las paraqueratosis, ya sea *primitivamente* sobre un tegumento absolutamente indemne en un caso de prurito localizado y por el rascado que éste produce.

Se ha buscado una explicación de la liquenificación. Es un hecho que el rascado no produce este estado, puesto que en el prurito senil, por ejemplo, no se ve nunca acompañado de liquenificación. Prescindiendo de esta comprobación, se ignora totalmente por qué el tegumento se liquenifica en ciertos casos.

La *liquenificación primitiva* constituye lo que BROCOQ llama el *prurito circunscrito con liquenificación* o *neurodermitis circunscrita*, que DARIER individualiza con el nombre de forma

circunscrita de prurigo vulgar. Esta afección, más frecuente en las mujeres, obedece a las mismas causas provocadoras que el prurito primitivo; no hablaremos más de ello. Por regla general, es una manifestación que se produce entre los 40 y 50 años, y que queda como herencia en los nerviosos, intoxicados y agotados de todas clases. Aunque es susceptible de localizarse en cualquier parte, escoge con preferencia la nuca, huecos poplíteos, región perigenital, pliegue interglúteo, en la parte superior de la cara interna de los muslos, en las caras posteriores de los brazos y piernas. A veces todo se reduce a una placa más o menos extensa, pero generalmente se ve en varios sitios. Cuando se ve la afección en sus comienzos y se interroga al enfermo, se nota que el prurito ha sido el primero en salir, al principio ligero e intermitente, después más intenso y manifestándose en forma de verdaderas crisis, sobre todo por la noche, que conducen al rascado violento y a excoiaciones importantes que el enfermo prefiere a su prurito. Con los repetidos rascados, los tegumentos se modifican y se constituye una placa de neurodermitis. La superficie liquenificada, que los dermatólogos franceses designan con el nombre de *liquen simplex crónico*, presenta el aspecto que ya hemos descrito. Como disposición general, se recordará que esta placa, comúnmente de contornos muy bien delimitados, redonda u ovalada, presenta lesiones cuya intensidad crece a medida que se acerca al centro. Las lesiones centrales son las más antiguas y, por lo tanto,

las más típicas, y las externas constituyen la zona de extensión. La duración de esta afección es larga. Dura meses y a veces años. A veces una placa cura, mientras otras aparecen. Después de la curación persiste una pigmentación anormal de los tegumentos.

Se podrá dudar en el diagnóstico entre el liquen plano y el liquen obtusus; pero ya hemos dicho las diferencias esenciales que permitirán aclarar la cuestión.

**PRURIGO VULGAR.** — Se trata de un tipo clínico mal individualizado. Las lesiones cutáneas que lo caracterizan no permiten incluirlo entre los pruritos primitivos simples; su aparición en la edad adulta, así como en la madura, aleja a ésta del estrófulo y del prurigo de Hebra. La difusión de lesiones y la existencia de pápulas típicas de prurigo, hacen del prurigo vulgar un tipo dermatológico muy diferente de la liquenificación verdadera o neurodermitis. A falta de poder hacer entrar el prurigo vulgar en uno de los cuadros precedentes, lo describiremos aparte como tránsito entre las varias dermatosis de vecindad que hemos estudiado.

Su etiología no se diferencia de la de los pruritos primitivos. Empieza en la edad adulta, de los 20 a 30 años de preferencia. En apariencia, a veces se produce por una emoción, una sacudida moral, aparece en la forma de un prurito un poco marcado, después más intenso, procediendo por crisis más fuertes de noche. Bajo la acción del incesante rascado, los tegu-

mentos se modifican y no tardan en presentar, sin localización de elección, un conjunto de lesiones difusas y anárquicas, liquenificación en placas mal limitadas, pápulas de prurigo poco determinadas y poco voluminosas, pigmentación cutánea, eczema traumático, exco-riaciones, cicatrices y piodermitis. En resumen, no hay nada que distinga este cuadro desde el punto de vista de las lesiones dermatológicas de los otros tipos de neurodermias complicadas ya descritas. Como dejamos entender, se trata de un tipo caracterizado de hecho de tránsito dermatológico. Esta afección es muy larga y puede alternar con otras manifestaciones patológicas (asma, asma del heno, enteritis, etc.).

El prurigo hiemalis que DÜHRING ha descrito y que se presenta en la estación fría, y el prurigo de verano señalado por J. HUTCHINSON no constituyen formas clínicas bien marcadas.

Lo que hay que recordar es que cuando existen pápulas pequeñas y aplastadas, hay que pensar en el liquen plano. Por otra parte, la intensidad de las lesiones eczematosas puede hacer difícil el diagnóstico con el eczema, de los cuales, como veremos luego, ciertas formas como el eczema pápulo-vesicular, se parecen mucho al prurigo.

**Tratamiento.** — La terapéutica en los prurigos encuentra donde poder utilizar todas las fuentes de que dispone. Tanto es así, que no hay un tratamiento especial para estas der-

matosis. Se sobrentiende que el interrogatorio y examen del enfermo debe conducir a un estudio serio de los diversos aparatos. El ideal es descubrir el punto flaco del organismo que es la causa de la dermatosis que hay que tratar. La tarea no siempre da resultado, y entonces el dermatólogo se ve precisado a emplear prescripciones generales susceptibles de dirigirse a la causa ignorada.

Una higiene general correcta; una vida tranquila, sin inquietudes ni preocupaciones morales; una alimentación arreglada y muy sencilla, sin requisitos culinarios ni substancias tóxicas, absolutamente por el mismo estilo que en el caso de prurito primitivo o de la urticaria.

Como terapéutica general se han ponderado mucho los sedantes del sistema nervioso, valeriana, bromuros; quedan indicados en la cantidad que se toleren. Las dificultades etiológicas han hecho prescribir el aceite de hígado de bacalao y el arsénico en los individuos debilitados y susceptibles de ser considerados como impregnados de tuberculosis. Ciertos autores dudan si la sífilis hereditaria es la base del prurigo de Hebra y aconsejan la terapéutica antisifilítica, ya sea en su forma clásica (novarsenobenzol en inyecciones intravenosas a dosis corrientes, bismuto en inyecciones intramusculares), ya sea a muy pequeñas dosis a título de terapéutica desensibilizante (narsenol *per os*, RAVAUT). Sin querer poner en duda el papel posible de la heredosífilis en la génesis del prurigo, nos pregun-

tamos, después de ciertas observaciones, si los resultados inconstantes y temporales, a veces, del tratamiento antisifilítico, tienen el carácter demostrativo que se les ha dado o si bien no obran por choque en vez de obrar como medicamento específico. Pasa lo mismo con respecto a la autohemoterapia, que no tiene una eficacia constante, pero tiene la ventaja de ser inofensiva. Este método proporciona a veces grandes éxitos, que son suficientes para justificar su empleo.

El fracaso de estos tratamientos, desgraciadamente muy frecuente, podrá poner en plan una cura termal. Se escogerán con preferencia las aguas calmantes de Nérís, arsenicales de La Bourboule o sulfurosas débiles de Saint-Gervais. Sin poner en duda el valor curativo de estas aguas, es cierto que el descanso forzado físico y moral, produce a los enfermos un efecto curativo en parte, y todos hemos podido comprobar que los enfermos hospitalizados se han visto libres del prurigo, a veces temporalmente, por el simple hecho del reposo a que se han sometido.

Localmente, se evitarán los baños y los tópicos irritantes. Las crisis de prurito se calman generalmente con lociones avinagradas o alcohólicas, o con cocimientos vegetales calmantes si la piel no es tolerante. Corrientemente los tegumentos serán empolvados con polvos minerales de preferencia. Durante la noche se podrán probar las pomadas antipruriginosas, cremas mentoladas, glicerolados con los tres ácidos, etc. El aceite de hígado de bacalao

puro o en pomada podrá también emplearse. Se podrán ensayar asimismo en las neurodermitis las curas oclusivas, que aíslan las lesiones, disminuyen el prurito y hacen imposible el rascado. La cola de UNNA llena perfectamente este objetivo. Los efluvios de alta frecuencia producen una sedación del prurito y una mejoría de las lesiones cutáneas; pero esta acción es inconstante y a menudo momentánea. La radioterapia es más activa, pudiendo conseguir hacer desaparecer las placas de neurodermitis con dos o tres sesiones de 3 ó 4 H repetidas cada 15 días. Se presentan a veces recidivas, y entonces puede ser peligroso repetir las aplicaciones. En los casos antiguos y resistentes, NICOLAS y MOUTOT han obtenido buenos resultados con escarificaciones locales seguidas de cauterizaciones de cloruro de cinc al 1/10. Las duchas filiformes, como se hace en algunos balnearios, como la Bourboule, dan buenos resultados.

Resumiendo, como hemos dicho antes, no hay una terapéutica segura para todos los casos, y el dermatólogo se puede ver obligado a seguir varios tratamientos.

## ERITEMAS. — PÚRPURAS

### ERITEMAS

El eritema es una rubicundez congestiva de la piel, circunscrita o más o menos difusa, casi siempre temporal, que desaparece momentáneamente a la presión y que es debida a la dilatación de los vasos del cuerpo capilar y de la dermis. Este fenómeno es corriente en dermatología; por esto el eritema no debe ser considerado como entidad nosológica más que cuando constituye toda la dermatosis o a lo menos el elemento primordial y predominante de la misma.

Las manchas rojas debidas a materias colorantes, la púrpura cuyas manchas debidas a la extravasación de los glóbulos rojos no desaparecen por la presión, los nevus vasculares congénitos y de duración indefinida, las manchas eritematopigmentarias no cicatrizales que dejan ciertas lesiones cutáneas, y que DARIER llama máculas, las atrofiás cutáneas que se acompañan de destrucción del *stratum granulosum*, cuya eleidina detiene

los rayos luminosos, y que por este hecho dejan traslucir la capa vascular subyacente, los eritrodermias primitivas o secundarias caracterizadas por un eritema generalizado y persistente serán fácilmente distinguidas del eritema verdadero.

Hay dos clases de eritemas: el eritema pasivo y el eritema activo. El primero es debido a una estasis venosa y se traduce por una congestión pasiva. Los tegumentos están violáceos y la temperatura local disminuída. El eritema activo es debido a una fluctuación arterial; los tegumentos están rojos y la temperatura aumentada.

### ERITEMA POR ESTASIS ERITEMAS PASIVOS

Son los menos importantes; algunos de ellos, sin embargo, merecen ser citados.

**ERITEMA PERNIO. — SABAÑONES.** — El primer grado es el eritema pasivo, tal como lo hemos descrito, con sitios de predilección, partes descubiertas y expuestas al frío, como extremidades, manos, pies, orejas y nariz. En un estadio más adelantado, los tegumentos violáceos y edematosos se fisuran y agrietan, y como las infecciones secundarias vienen a asociarse en las puertas de entrada producidas, se ven a menudo pequeñas pústulas que se sobreponen a las lesiones precedentes. El frío es la causa inmediata de los saba-

ñones. De todos modos, no hay que descuidar el terreno. Es sobre todo en los sujetos hipotensos, linfáticos, en los asfícticos, en los que sufren adenitis crónicas, en suma, los que presentan lo que se llama hábitos escrofulosos, en donde los sabañones se encuentran. Ciertos autores se inclinan a hacer del eritema pernio una variedad típica de tuberculide. El lupus, sabañón de HUTCHINSON, el «chilbrain lupus», o lupus pernio, que evoluciona hacia el lupus eritematoso y que puede ser considerado como una tuberculide especial, podría dar valor a esta apreciación.

El tratamiento se debe inspirar en esta concepción. Se cuidará de levantar el estado general con una alimentación abundante y rica en principios nutritivos; se modificará el terreno por medicaciones tónicas y reconstituyentes, como, por ejemplo, el aceite de hígado de bacalao, el jarabe yodotánico, las preparaciones arsenicales; se aconsejará, siempre que se pueda, temporadas en un clima marítimo. Localmente se aconsejará al enfermo protegerse del frío preventivamente, con guantes y bufandas, los tegumentos expuestos. Un medicamento eficaz, sobre todo cuando la piel lo tolera, son las unturas durante la noche y diarias de la mezcla siguiente:

|                        |        |
|------------------------|--------|
| Acido clorhídrico..... | 10 gr. |
| Glicerina.....         | 20 —   |

Las fricciones con aceite o alcohol alcanforado, los baños muy calientes, los cocimientos

tánicos persiguen el mismo resultado, pero no se obtiene con ellos tan buenos resultados.

Cuando los sabañones ya han aparecido, se deben tratar con aplicaciones calmantes, linimento oleocalcáreo, cremas estovainizadas, etcétera. Cuando las lesiones están resquebrajadas o fisuradas, los toques con soluciones de nitrato de plata al 1/10, las curas con balsamo del Perú puro, o creosotado al 5/100 ayudarán a cicatrizar de las lesiones. Si vienen a complicar a los sabañones las piodermitis, habrá que recurrir a la medicación local antiinfecciosa, en particular a los lavados de agua de Alibour al 1/10, seguidos de unturas de pomada de óxido amarillo de mercurio al 1/100.

**ACROASFIXIA Y LÍVEDO.** — La *acroasfixia*, que se define ella misma, se caracteriza por la coloración habitualmente violeta de las manos y los pies, cuya temperatura local está disminuída.

El *lívado*, que se localiza en los miembros, está constituido por un eritema pasivo que forma una verdadera redecilla que encierra entre sus mallas porciones cutáneas de coloración normal. Para explicar este dispositivo, se supone que el eritema pasivo, que condiciona el *lívado*, se localiza en las zonas de circulación reducida situadas en la periferia de las áreas circulares de distribución vasocutánea.

Acroasfixia y *lívado* son manifestaciones distintas de un mismo grupo patológico. Se trata casi siempre de sujetos hipotensos, de circulación defectuosa, y contra estos defectos

circulatorios la terapéutica deberá luchar con una higiene correcta y con medicaciones generales apropiadas.

**ROSÁCEA.** — Se ve sobre todo de los 40 a los 50 años. Las mujeres están más predispuestas, especialmente en la época de la menopausia.

A menudo precedida de congestión activa de la cara (eritrosis facial), la rosácea parece desarrollarse con preferencia en lo que DARIER llama «el terreno *querósico*», es decir, sobre las pieles gruesas, ricas en glándulas sebáceas o de grandes poros. Entre las causas que la preparan y facilitan, hay que citar el estreñimiento habitual, los trastornos digestivos crónicos, el abuso de toda clase de excitantes, la poli y la taquifagia. Con frecuencia existe en los enfermos trastornos del aparato genital, dismenorrea, metritis, salpingoovaritis. Las causas locales no tienen más que una acción provocadora; el frío, el viento y el calor excesivo desarrollan un brote o lo exageran.

Al principio el cuadro clínico se constituye por un eritema pasivo, telangiectasias, y la piel engruesada con hipertrofia de las glándulas sebáceas. Localizadas en la cara, de preferencia en los pómulos y barba, a veces en la frente, en ciertos casos situadas en una de estas regiones, estas lesiones, por su agrupamiento, constituyen la cuperosis clásica. Con el tiempo el cuadro se completa. Aparecen pequeñas foliculitis u ostiofoliculitis (pápulopustulosas miliares de BROcq); son poco numerosas, apa-

reciendo siempre en grupos de 3 ó 4, a veces de 10 que evolucionan por su propia cuenta, pasando por el estado de pustulitas, costras, después cicatrices más o menos marcadas. Estas foliculitis proceden por brotes, de una manera caprichosa, pero generalmente producidas por una emoción o un exceso de comida o un simple cambio de alimentación. Importa grandemente no confundir estas foliculitis con las lesiones de acné vulgar, que no aparecen a la misma edad y no tienen ni los mismos caracteres ni la misma localización. Esta distinción no tiene más que un interés terapéutico local diferente totalmente en cada caso. Con el tiempo los brotes de foliculitis son más intensos y frecuentes. La piel subyacente participa de estos procesos inflamatorios constantemente renovados, se engruesa y deforma, y así se llega a las deformaciones tan antiestéticas que vemos a veces por la calle y que ciertos cuadros célebres han reproducido. El rinofima es una de las terminaciones lejanas de la rosácea. En esta afección, la nariz hinchada, cubierta de tuberosidades y elevaciones que separan los surcos, de color violeta, con telangiectasias a veces enormes, con piel gruesa y acribillada de poros grandes, parece un verdadero tubérculo pegado a la cara como un apéndice monstruoso.

Con su aspecto especial, su evolución característica, el terreno sobre que se desarrolla, la rosácea, que no se puede confundir con el acné vulgar, será distinguida de ciertos *yódides* y brómides, del lupus pernio, del lupus eri-

tematoso, de las sífilides terciarias en sábana.

El tratamiento se inspira en los factores etiológicos que hemos puesto de relieve. Por esto hay que someter al enfermo a un examen general completo. Se tratarán los trastornos digestivos, el estreñimiento, los trastornos de orden genital. Los desórdenes que se achacan a la menopausia podrán justificar una opoterapia prudente. De todas maneras, un régimen severo sin especias ni alimentos tóxicos, bebidas alcohólicas ni excitantes como el te y el café y sobre todo una alimentación bien reglamentada con las comidas a horas fijas, despacio y masticando bien los alimentos, son indispensables. Los temperamentos sedentarios, serán corregidos. Como terapéutica interna, se dará de cuando en cuando un laxante y desinfectante del intestino, por ejemplo sulfato sódico (una cucharada de las de café cada dos o tres días) o el benzonaftol.

Localmente, el enfermo protegerá la cara contra los agentes atmosféricos. Por la mañana y durante el día, lociones hechas con agua hervida o con cocimiento de manzanilla, de hojas de malva o raíces de malvavisco. En el intervalo de las lociones, se empolvarán los tegumentos con polvos minerales. Por la noche recomendamos la loción siguiente:

|                        |   |    |      |     |
|------------------------|---|----|------|-----|
| Agua de rosas .....    | } | aa | 50   | gr. |
| Agua de lechugas ..... |   |    |      |     |
| Glicerina .....        |   |    | 5    | —   |
| Mentol .....           |   |    | 0,05 | —   |

(NICOLAS.)

Algunos autores aconsejan las pomadas o las pastas ictioladas o azufradas. Creemos que estas preparaciones deben ser sistemáticamente desechadas en la terapéutica de la rosácea, siendo la piel de los enfermos muy irritable y acomodándose mal a los tópicos irritantes.

La biocinética facial, según el método de JACQUET, constituye un coadyuvante de mucha utilidad.

Cuando la inflamación se ha calmado, ha desaparecido la foliculitis y el eritema está en regresión, se podrán combatir, a lo menos en las mujeres, las telangiectasias poco estéticas por escarificaciones superficiales que, seccionando los vasos neoformados, evitan un proceso de esclerosis cicatrizal destruyendo la vascularización intempestiva.

En el rinofima esta terapéutica es insuficiente. Hay que recurrir al galvanocauterío o a las escarificaciones modificadoras. En los casos muy rebeldes, se podrá practicar la decorficación de la nariz, que da excelentes resultados estéticos.

### ERITEMAS ACTIVOS

Hemos definido antes lo que hay que entender por eritema activo. Se trata casi siempre de una simple vasodilatación; pero ésta puede acompañarse de una exudación serosa, transformándose entonces el eritema de maculoso en papuloso.

El eritema puede ser monomorfo o polimorfo.

### Eritemas puros. — Monomorfos

Basándose en la topografía y en el aspecto objetivo de los elementos eruptivos, podemos adoptar la clasificación siguiente:

### Eritemas localizados circunscritos

Las causas susceptibles de determinar estos eritemas son de diversas clases.

### Causas mecánicas

El simple roce de la piel determina un eritema momentáneo, simple reflejo de la reacción vasomotora consecutiva a la irritación cutánea. La raya vasomotora, paralítica o meníngea, no es más que una exageración de este fenómeno.

Cuando el roce es más intenso y repetido, el eritema se hace persistente. Es así como se constituye el **INTERTRIGO**. Esta afección, que tiene particularmente predilección por las personas gruesas, se encuentra a nivel de los pliegues axilares, inguinales, génitocrurales, pliegue interglúteo y regiones submamarías; es decir, en los sitios donde las superficies cutáneas rozan durante los movimientos o la marcha. A la acción mecánica se añade el sudor

local y la maceración y fermentaciones. El intertrigo se manifiesta bajo la forma de un eritema de contornos mal delimitados, de un color rojo vivo y con sensación de quemadura. Con el tiempo, la afección, si no se trata, produce eczematizaciones secundarias.

Este intertrigo se puede ver en los niños de pecho, sobre todo en los pliegues del cuello. *El eritema glúteo de los niños de pecho* no es más que una variedad del anterior. Este, provocado por el contacto de la piel con las deyecciones, puede extenderse por las piernas y espalda. Este eritema puede eczematizarse e infectarse, dando lugar a verdaderas piodermitis. A veces se producen erosiones cutáneas que pueden hacerse vegetantes o hipertróficas y secretantes, constituyendo lo que SEVESTRE y JACQUET llaman eritema pápulo-lenticular o «sífilide posterosiva». El diagnóstico es difícil en estos casos con las lesiones de la sífilis hereditaria. Se basará en los antecedentes, signos concomitantes, busca del treponema, serosidad exudada y hasta en la reacción de WASSERMANN, de los padres y del niño. De todos modos, el diagnóstico es difícil. Será interesante, tomando las precauciones necesarias para evitar el contagio, ensayar el tratamiento de la piodermitis antes de asegurar una sífilis. El tratamiento preventivo del intertrigo consiste, en el adulto, en tener en estado de limpieza rigurosa las regiones amenazadas y en empolverar abundantemente los tegumentos; en el niño, cambiarlo todas las veces que sea necesario y utilizar de preferencia pañales esteri-

lizados y hacer uso de polvos minerales. Cuando el intertrigo se ha constituido, se suprimirá el uso de agua fría no hervida y del jabón. Se prescribirá lavados repetidos dos o tres veces por día, con lociones vegetales calmantes, y empolvados abundantes a continuación. Si existen fisuras, serán prescritos algunos toques con solución de nitrato de plata al 1/15. Se podrá igualmente usar de noche pastas y cremas, estovainizadas o no, descartando las pomadas, que son muy irritantes. En la sífiloide posterosiva de los recién nacidos, es el tratamiento de las piodermitis el que se debe instituir.

#### Causas físicas

**EL ERITEMA SOLAR O ACTÍNICO** se observa después de una prolongada exposición a los rayos solares, en los sujetos de piel delicada o que no están acostumbrados a ellos, y particularmente cuando hay reverberación (paseo a la orilla del mar, o excursiones sobre la nieve).

Se presenta en forma de un eritema rojizo muy vivo, a veces con hinchazón de la piel, prurito y sensación de calor muy fuerte. Al cabo de algunos días el color desaparece y hay descamación más o menos completa, terminando la dermatosis, que deja a veces una pigmentación de larga duración.

Este eritema, desde luego, se localiza al nivel de las partes descubiertas, cara, cuello, pecho, brazos y piernas.

Como tratamiento preventivo, untar las partes expuestas al sol con la crema siguiente:

|   |       |
|---|-------|
| Vaselina.....                                   | 5 gr. |
| Lanolina .....                                  | 10 —  |
| Solución de bromhidrato de quinina al 1/15..... | 15 —  |

después empolverar con:

|                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| Sulfato básico de quinina..... | 1 gr.     |
| Talco.. .....                  | 15 —      |
|                                | (DARIER.) |

Cuando la quemadura del sol está constituida, se usan las cremas calmantes estovainizadas y empolvados con talco.

Parece que en las quemaduras del sol son los rayos químicos del espectro mucho más que los rayos calóricos los que intervienen. La mejor prueba es que la lámpara de arco puede producir, en ciertos casos, un eritema llamado *eritema eléctrico*.

Sin embargo, el calor puede producir un eritema. Hay que conocer el *eritema llamado «de las estufas»*. Esta afección se observa exclusivamente en las personas que usan este sistema de calefacción. El calor, escogiendo preferentemente las piernas mal protegidas por las medias, determina un eritema especial, afectando a menudo una disposición en forma de red con ligera descamación de los tegumentos, de donde se deduce el nombre de eritema agrietado (*craquelé*). El diagnóstico, difícil para el médico que no está al corriente, se hará después

de la localización y el aspecto objetivo de las lesiones.

**RADIODERMITIS.** — Los rayos X, sobre todo cuando se repiten con frecuencia, aun débilmente, determinan además del eritema precoz y fugaz, que es una reacción sin importancia, un eritema tardío, doloroso y pruriginoso, que a veces es de una duración desesperante. Se trata, en este caso, de una radiodermatitis de primer grado. Cuando las lesiones son más intensas, se puede constituir una dermatitis eczematiforme o úlceras poco profundas, pero muy dolorosas, de evolución rápida, pero difíciles de curar. Estas úlceras pueden, en un momento cualquiera, degenerar en epitelioma. Además, las placas cutáneas donde ha habido la radiodermatitis crónica presentan una atrofia de los tegumentos, perdiendo la flexibilidad y tomando un color marfil con consistencia de pergamino. Estas placas acrónicas pueden lindar con zonas hiperpigmentadas. A menudo los vasos neoformados surcan los tegumentos bajo la forma de finas y numerosas telangiectasias. El conjunto de estas lesiones constituye un cuadro especial y que se parece mucho al del xeroderma pigmentosum.

La radiodermatitis impone al dermatólogo la abstención de toda terapéutica local intempestiva. Se tendrán los tegumentos atacados al abrigo de los traumatismos, de los choques y de las irritaciones, sean las que fueren. Empolvados con polvos inertes y unturas con una pomada o pasta con óxido de cinc simple, ligeramente

estovainizado, es suficiente. En el caso de radiodermatitis crónica, hay que pensar en una degeneración neoplásica y obrar en consecuencia según el caso.

**PELAGRA.** — Aunque la etiología de la pelagra se ha prestado a numerosas discusiones, se puede admitir, con la mayoría de autores, que los rayos solares intervienen sobre el tegumento, tal vez sensibilizado por las privaciones, según las concepciones recientes, para determinar el eritema pelagroso. NICOLAS y JAMBON sostiene que no hay lugar a admitir una pelagra debida a la intoxicación por el maíz y estados pelagroides condicionados por causas diferentes, y que no hay más que una pelagra, cuya etiología se debe buscar en las privaciones alimenticias. La opinión actual sobre las privaciones en la pelagra ha confirmado esta manera de ver. No queremos estudiar aquí la pelagra, cuya descripción se encontrará en el volumen de esta colección dedicado a enfermedades infecciosas. De todas maneras, recordaremos que el eritema pelagroide se localiza en el dorso de las manos y en la cara dorsal de las primeras falanges, así como en el cuello. Es de un color rojo oscuro y a veces negruzco. Es poco pruriginoso y a veces produce una sensación de calor muy especial. El diagnóstico se hace después por la localización, el aspecto objetivo y los signos concomitantes (estomatitis y vulvitis, trastornos gastrointestinales, signos de depresión física). El tra-

tamiento se reduce a una alimentación abundante y un empolvado local.

**PICADURAS DE INSECTOS.** — Los epizoarios, como las *pulgas* y *chinchas*, producen eritemas localizados. Las picaduras de pulga se presentan como una mancha roja, de bordes bien limitados y con una mancha purpúrica en el centro. En ciertos sujetos, más sensibles, se ve una verdadera reacción urticada. Este síntoma es constante en las picaduras de chinche.

Las *abejas*, los *abejorros*, las *avispas*, los *mosquitos* determinan con su picadura lesiones urticarianas más o menos intensas, siempre muy pruriginosas.

A veces, en eritemas localizados, habrá que buscar las picaduras ocasionadas por pelos de orugas procesionales o de ciertas plantas.

Esto es cuestión de interrogatorio. La localización en las partes descubiertas del cuerpo hará pensar en esta etiología.

Contra las picaduras de mosquitos se aconsejarán lociones con:

|                              |       |
|------------------------------|-------|
| Clorhidrato de amoníaco..... | 5 gr. |
| Agua.....                    | 100 — |

o

|                       |           |
|-----------------------|-----------|
| Formol al 40/100..... | 5 gr.     |
| Alcohol de 90° .....  | } aa 10 — |
| Agua.....             |           |

o también:

|                                |       |     |
|--------------------------------|-------|-----|
| Formol al 40/100. ....         | 15    | gr. |
| Acido acético .....            | 0,50  | —   |
| (o, mejor, acetona, 4 gramos). |       |     |
| Xilol .....                    | 5     | —   |
| Bálsamo del Canadá.....        | 1     | —   |
| Tintura de badiana .....       | c. s. |     |

Contra el prurito, glicerolado de almidón mentolado con los tres ácidos.

### Causas químicas

Todos los revulsivos determinan eritemas locales. No insistiremos sobre esta etiología tan fácil de descubrir.

### Eritemas generalizados. — Difusos

**ERITEMAS ROSEOLIFORMES.** — Constituido por pequeñas manchas redondeadas o irregulares, dejando entre ellas intervalos de piel sana, el eritema roseoliforme se presenta bajo la forma de máculas o pequeñas pápulas dúctiles al tacto, siendo la elevación del tegumento debida a la serosidad exudada, reductibles por la presión. Estos elementos son puntiformes o lenticulares, pudiendo ser, en ciertos casos, las manchas mayores.

Estas manchas desaparecen a la presión siempre que hay vasodilatación. A veces se juntan pequeñas hemorragias que son hechos de transición con la púrpura.

De duración variable, estos eritemas subsisten algunos días y hasta algunas semanas.

Los signos subjetivos casi nulos se reducen a un prurito inconstante o a un ardor local poco marcado. Los signos generales varían con la causa.

Se pueden dividir los eritemas roseoliformes de la manera siguiente:

**ERITEMAS PRIMITIVOS DE LAS ENFERMEDADES ERUPTIVAS, CONTAGIOSAS E INFECCIOSAS.** — Éste es el eritema del sarampión, de la roséola y de las roséolas estacionarias, que no tenemos que estudiar aquí.

**ERITEMAS SECUNDARIOS DE CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS.** — Se pueden hacer entrar en este cuadro el rash prevariólico, ciertos eritemas que se ven en la vacuna, el colera, la meningitis cerebroespinal epidémica, la neumonía, la difteria, ciertas anginas, la blenorragia, el tifus, las fiebres tifoideas y paratifoideas (manchas rosadas), la forunculosis, las piodermitis, ciertas septicemias o sépticopioemias (infección puerperal, endocarditis infecciosa). Conociendo la infección primitiva como el primer síntoma del cuadro clínico, en estos eritemas es fácil encontrar la causa verdadera del mismo en dicha infección.

La sífilis en sus diferentes períodos puede dar lugar a un eritema que, bajo el nombre de roséola, constituye un síntoma de la espiroquetosis. Se encontrará toda clase de detalles sobre los eritemas sifilíticos (roséola del período secundario, roséola tardía, llamada de retorno, que se ve en el curso del primero o del segundo año, eritema terciario) en el volumen de esta colección dedicado a la sífilis. Recordare-

mos que todo eritema roseoliforme sin causa evidente debe despertar la idea de sífilis y hacer dirigir la información clínica y suerológica en este sentido.

**ERITEMAS TÓXICOS.** — Son las erupciones o eritemas patogenéticos de BAZIN.

Ciertos *medicamentos*, los balsámicos como la copaiba, el sándalo, la trementina; el yodo la aspirina, la antipirina, que determina a menudo manchas eritematopigmentadas fijas; la quinina, el mercurio, el arsénico, los *sueros* animales, ciertos *alimentos*, pueden determinar eritemas roseoliformes.

Hay igualmente *eritemas autotóxicos*. Se han descrito en los anémicos, los gotosos, los diabéticos, los hepáticos, en los sujetos en que los emuntorios funcionan mal, y se ha invocado en este caso una sensibilización de los tegumentos.

Los eritemas tóxicos toman a veces una disposición marginada o figurada.

Todo eritema que no tiene una explicación clara, ha de hacer pensar en una intoxicación medicamentosa, por los sueros o por los alimentos, que casi siempre será confirmada.

**ERITEMAS NERVIOSOS O REFLEJOS.** — Los eritemas reflejos en su principio gastrointestinal, uretral, uterino, son discutibles. Pero existen eritemas nerviosos; el mejor ejemplo es el de la roséola emotiva (eritema emotivo, eritema «a pudore»), que aparece en el cuello y pecho, bruscamente, en los sujetos que sufren un examen médico.

**ERITEMAS ESCARLATINIFORMES.** — Esta segunda variedad de eritema está constituida por grandes manchas rojas sin intervalos de piel sana, generalmente generalizadas, presentando, sobre el fondo rosado o rojo del eritema, un punteado pequeño de rojo vivo. Estos eritemas principian bruscamente y pueden ir acompañados de reacciones generales, especialmente de fiebre. Su evolución es aguda y termina con descamación.

La ESCARLATINA realiza perfectamente este tipo de eritema.

Se puede encontrar igualmente en el rash prevariólico, en la blenorragia, la difteria, la fiebre puerperal y en ciertas infecciones de naturaleza indeterminada.

Ciertos medicamentos también pueden provocar (mercurio, quinina y opio).

Hay que reservar un lugar aparte, entre los eritemas escarlatiniformes, a la dermatosis llamada ERITEMA ESCARLATINIFORME DESCAMATIVO RECIDIVANTE. Esquemáticamente, este eritema presenta dos fases evolutivas. En la primera fase presenta el cuadro de la escarlatina con sus signos cutáneos y generales; a veces no hay angina o es poco marcada. Después la descamación empieza y el color rojo persiste. Se trata entonces de una erupción eritematoescamosa, constituyendo el primer grado de las eritrodermias exfoliantes. Esta dermatosis dura varias semanas y presenta una evolución subaguda. Se presentan recidivas. Las intoxicaciones, generalmente medicamentosas (mercurio sobre todo, cloral, bellado-

na, etc.), y las infecciones mal determinadas, parecen ser la base de esta afección. Según la opinión de algunos autores, no hay nada que permita considerar el eritema escarlatiniforme recidivante como una escarlatinoidea.

El *diagnóstico* de los eritemas escarlatiniformes se hará por el conjunto clínico y por el interrogatorio de los enfermos y de los que los rodean. No se dejará nunca de buscar las intoxicaciones o intolerancias medicamentosas.

La ausencia o poca intensidad de la angina y la fase eritematoescamosa especial, permitirán diagnosticar el eritema escarlatiniforme recidivante y distinguirlo de la escarlatina.

No hay *tratamiento* especial para instituir contra los eritemas generalizados difusos, roseoliformes o escarlatiniformes. Suprimir la causa, si se ha descubierto. Se podrá prescribir una purga, desinfección de los intestinos y aconsejar un régimen hipotóxico. Localmente, empolvados sólo. No hay nada mejor a hacer para el eritema escarlatiniforme descamativo recidivante.

### Eritemas polimorfos

Los diferentes eritemas que hemos estudiado son la manifestación clínica de una simple vasodilatación. El eritema polimorfo es, al contrario, un proceso anatomopatológico simple de exudación serosa, complicada a veces por una diapédesis más o menos marcada y pudiendo asimismo ir acompañada de un

agrietamiento de la epidermis. En los eritemas polimorfos, se podrá ver coincidir lesiones eritematosas, papulosas, vesiculosas y ampollas. Se trata de dermatosis inflamatorias de evolución aguda o subaguda.

El eritema polimorfo (eritema exudativo multiforme de Hebra) se caracteriza por el aspecto de las lesiones, su topografía y los signos funcionales y generales que lo acompañan.

Se trata generalmente de manchas rojas, que desaparecen por presión, más o menos regulares, a menudo bien circunscritas, redondeadas, con depresión y coloración a veces violácea de la parte central, cuyo aspecto es de escarapela característica. En las manos y pies, las lesiones toman un color lívido. Ciertos elementos tienen un carácter puramente purpúrico. Estas placas rojas son a veces y casi siempre de aspecto urticado; se produce, en este caso, una exudación de serosidad. Cuando a este último proceso se junta cierta diapédesis, los elementos pueden volverse duros y papulosos. Se trata entonces de lesiones eritematosas o eritematopapulosas. En algunos casos, las vesículas o ampollas, de contenido claro o hemorrágico, pueden aparecer en la piel sana o sobre los elementos eritematosos o papulosos. Este aspecto se ve especialmente en el hidroa vesiculoso de BAZIN o herpes iris de BATEMAN; en esta forma las lesiones se agrupan de la manera siguiente: En el centro se encuentra una vesícula o una ampolla sobre una pápula roja más o menos

urticada; en la periferia de ésta hay una línea de vesículas, alrededor de las cuales hay un nuevo redondel eritematoso realizando el verdadero tipo de «escarapela». Esta explicación demuestra el polimorfismo de las lesiones y justifica el nombre que se le ha dado al eritema exudativo multiforme.

La topografía de las lesiones del eritema polimorfo es muy particular. Es ordinariamente en las extremidades y particularmente en el dorso de las manos, en la cara dorsal de las muñecas y de los antebrazos, sobre el dorso de los pies, en la cara ánteroexterna de las piernas, donde los elementos cutáneos se localizan más. Se puede ver también en la frente y más raramente en la nuca. Estas localizaciones son muy características. La mucosa bucal puede presentar ampollas (hidroa).

Los signos subjetivos se reducen a una sensación de quemadura más o menos intensa, a veces un ligero prurito.

Los signos generales no son raros. Una ligera reacción febril, trastornos gastrointestinales y artralgias más o menos intensas.

La evolución dura entre una y varias semanas. La curación es la regla. Las recidivas son excepcionales.

### Eritema nudoso

Muy parecido al eritema polimorfo, afectando las mismas localizaciones y pudiendo coexistir con éste, se caracteriza por nudosi-

dades dérmicas y a veces subdérmicas, ligeramente dolorosas al tacto, de volumen variable, claramente eritematosas, a veces violáceas (eritema contusiforme). Los signos generales son claros y los dolores reumáticos a veces intensos. La evolución es sensiblemente la misma que en el eritema polimorfo. Las lesiones que lo caracterizan podrían legítimamente clasificar el eritema nudoso en las dermatosis nudosas subagudas. Su coexistencia con el eritema polimorfo nos ha parecido suficiente para justificar nuestra manera de proceder.

El diagnóstico de estas dos afecciones no ofrece grandes dificultades. El aspecto de las lesiones, su topografía, los signos generales que las acompañan, así como su evolución, servirán de guía.

Etiología. — La teoría reumática ha vencido. El reumatismo que acompaña muy frecuentemente la erupción, debe ser considerado no como la causa de los accidentes cutáneos, sino como una consecuencia del factor etiológico indeterminado que es la base del eritema polimorfo. El frío ha sido invocado sin razón. Ciertas intoxicaciones alimenticias o medicamentosas pueden determinar erupciones de este género. Pasa lo mismo con ciertas infecciones, como el reumatismo artrítico agudo, las anginas, la lepra (NICOLAS y FAVRE), la sífilis (NICOLAS), la tuberculosis (LANDOUZY). Estos datos, lo mismo que las investigaciones experimentales, no han permitido describir un agente

patógeno específico (1), tendiendo a considerar el eritema polimorfo como un síndrome dermatológico susceptible de ser determinado por intoxicaciones e infecciones muy distintas. Tal vez, con los autores contemporáneos (A. DUFOURT), se tendría una tendencia a dejar un lugar preferente a la impregnación tuberculosa en la patogenia de esta afección.

**Tratamiento.** — Estas consideraciones han de hacer buscar, ante un eritema polimorfo, la intoxicación o infección que puede ser la causa, y en su defecto hay que considerar al enfermo como sospechoso de impregnación tuberculosa y tratarlo luego con higiene correcta, una buena alimentación y los tónicos habituales. Inmediatamente la afección puede mejorar con una purga, un desinfectante intestinal ligero, un régimen hipotóxico y empolvados. Podrán emplearse las píldoras de Brocq, que ejercen sobre las lesiones cutáneas cierta acción vasoconstrictiva:

|                                   |       |                   |
|-----------------------------------|-------|-------------------|
| Bromhidrato de quinina: . . . . . | 0,05  | gr.               |
| Polvo de cornezuelo de centeno..  | 0,05  | —                 |
| Extracto de belladona . . . . .   | 0,001 | —                 |
| Glicerina . . . . .               | c. s. | para una píldora. |

Terminando este capítulo, indicaremos algunas formas raras: el *eritema circinado recidi-*

(1) Un trabajo reciente de LEVADITI, NICOLAU y POIN-CLOUX (*Presse médicale*, 17 de marzo de 1926), incrimina en ciertos casos de eritema polimorfo un agente patógeno especial, el «*streptobacillus moniliformis*», que estos autores han puesto en claro en la sangre y en la serosidad del rascado de las pápulas.

*vante*, que se ve sobre todo en las mujeres durante las reglas, y que se caracteriza por manchas rojas circinadas en forma de festón sobre los muslos, el tronco y los brazos, de una duración de tres a cinco días y recidivante generalmente; el *eritema anular centrifugo*, de DARIER, constituido por manchas urticadas de desarrollo excéntrico; el *eritema perstans o crónico*, que es esencialmente un eritema polimorfo localizado y crónico y que debía haber servido de etiqueta a numerosos casos de lupus eritematoso, de parapsoriasis, de lepra maculosa o de eritema premicósico desconocidos. Estas formas raras de eritema son poco conocidas y su etiología queda por aclarar. Su tratamiento, por lo tanto, no puede ser sintomático y deberá constar de higiene general y de una alimentación correcta.

## LAS PÚRPURAS

Seremos breves en lo que concierne a la púrpura, ya que esta afección es una enfermedad de la sangre más que una dermatosis propia-mente dicha. Se llama púrpura a una erupción de manchas hemorrágicas, espontáneas, debidas a la ruptura de capilares muy finos y a la extravasación de glóbulos rojos en las partes superficiales de la dermis o de la hipodermis. Según su volumen, a estas manchas se les da el nombre de petequias o equimosis; cuando son alargadas y lineales, constituyen lo que se

llama vibices. Estas manchas son temporales, lo que las distingue de los nevos vasculares; no desaparecen a la presión, cosa que permite distinguirlas fácilmente de las máculas eritematosas; se desarrollan espontáneamente cuando las equimosis de la hemofilia son provocadas y consecutivas al traumatismo, desde luego muy pequeño. No obstante, un traumatismo, una compresión localizada, favorecen la aparición de la púrpura (signo de WEILL). A veces los elementos purpúricos van acompañados de reacciones de urticaria; ésta es la «púrpura urticans», muy parecida a la urticaria purpúrica. También las lesiones purpúricas pueden coexistir con elementos eritematosos, constituyendo lo que se llama el eritema polimorfo purpúrico. Los elementos de púrpura pueden localizarse en todas partes, pero tienen tendencia a la simetría y tienen predilección por los miembros inferiores. Frecuentemente coexisten lesiones mucosas bajo la forma de ampollas llenas de líquido sanguíneo que se rompen produciendo hemorragias. La evolución se hace por brotes de duración variable según los casos.

El estudio de las púrpuras comprende las púrpuras primitivas y las púrpuras secundarias.

### PÚRPURAS PRIMITIVAS

Existen muchas formas.

### Púrpura reumática o exantemática

Es la peliosis reumática de SCHÖNLEIN, la púrpura mielopática de FAISANS.

Después de los pródromos más o menos marcados, cefalea, trastornos digestivos, astenia general y ligera, elevación térmica, el cuadro sintomático se precisa en la forma siguiente:

*Erupción purpúrica, dolores y trastornos digestivos.*

Los elementos purpúricos, casi siempre pequeños, aparecen sobre todo en los miembros inferiores, donde afectan una disposición metamérica o radicular. Van a veces asociados al eritema papuloso, nudoso o urticado. Las hemorragias se presentan raramente; sin embargo, es posible ver presentarse epistaxis.

Los dolores reumatoideos se localizan principalmente en las rodillas o el empeine del pie. Pueden ir acompañados de mialgias, neuralgias y hasta un verdadero derrame sinovial.

Los trastornos gastrointestinales se reducen a dolores epigástricos y a vómitos. Las reacciones térmicas pueden presentarse también.

A veces los dolores intestinales de la púrpura pueden ser tan intensos que simulen la peritonitis, hasta el punto que se citan casos de haber sido indicada la operación. Esta forma se llamaseudoperitoneal.

Esta enfermedad se presenta por brotes más o menos largos que duran de semanas a

meses, más o menos repetidos. Parece que la posición de pie los favorece. Esta es la púrpura ortostática. Los elementos cutáneos siguen siempre una evolución parecida, traduciendo las modificaciones de la sangre extravasada que se reabsorbe progresivamente, viendo pasar las manchas del rojo al violeta, al amarillo y al verde.

### Púrpura infecciosa

Esta forma viene caracterizada por la intensidad de los síntomas generales y la tendencia a las hemorragias.

Los elementos cutáneos son de gran tamaño y forman a veces grandes equimosis. Las hemorragias son frecuentes, a veces abundantes, hematemesis, epistaxis, estomatorragias, hematurias, hemoptisis, hemorragias cerebrales o meníngeas, pudiendo todas éstas invadir las serosas, produciendo hemotórax, hemartrosis y hemoperitoneo.

El estado general es grave y a veces ataxo-adinámico. La fiebre alta, la lengua seca, orina escasa con albúmina y el hígado y bazo aumentados de volumen. El cuadro recuerda algo, aparte de la erupción, una fiebre tifoidea grave que es el tipo angiohemático de LANDOUZY y GOMOT.

Son muy corrientes las gastralgias que se acompañan de derrames hemorrágicos en la sinovial.

Esta forma es de pronóstico grave, termi-

nando casi siempre por la muerte, que sobreviene en dos o tres semanas. La curación es posible, pero la convalecencia es larga. Las hemorragias frecuentes y abundantes agravan el pronóstico.

Señalamos solamente la *púrpura gangrenosa* en la que se presenta mortificación de los tejidos, y que es siempre grave.

La *púrpura fulminante de Henoch*, que se ve sobre todo en el niño y que hoy día hay la tendencia a poner al lado de la meningococemia, se caracteriza por su evolución rapidísima que a veces no pasa de las cuarenta y ocho horas.

### Púrpura equimótica o enfermedad de Werlhof

Esta enfermedad se caracteriza por la extensión y volumen de los elementos purpúricos que invaden todo el cuerpo y que dan la impresión de que éste ha sido golpeado. Las hemorragias son frecuentes. No hay nunca fiebre. Esta forma, que ataca preferentemente a los niños, puede poner sobre el tapete problemas medicolegales. Mencionaremos el *escorbuto esporádico*, muy raro, cuya etiología es la privación, y que se acompaña de un estado particular de las encías; el *escorbuto infantil* o *enfermedad de BARLOW*, en el cual las hemorragias y las equimosis de las mucosas coinciden con lasseudoparálisis dolorosas; los casos que se llaman *púrpuras crónicas*, que deben distinguirse de la hemofilia y que tal

vez son púrpuras secundarias bajo la dependencia de una autointoxicación o de una infección crónica, como la tuberculosis.

MAJOCHI ha descrito con el nombre de *púrpura anular telangiectásica* una curiosa enfermedad constituída por manchas primeramente telangiectásicas, después hemorrágicas, simétricamente dispuestas sobre los miembros inferiores y tomando una forma anular debida a una lenta extensión centrifuga.

### PÚRPURAS SECUNDARIAS

Se llaman así las púrpuras que aparecen como síntomas durante el curso de diferentes estados patológicos. Pueden acompañarse de hemorragias y también carecer de ellas.

#### Púrpuras mecánicas

Pueden presentarse después de presiones prolongadas en el curso del edema de las flebitis o de las cardiopatías, en los accesos de coqueluche y en los ataques de epilepsia.

#### Púrpuras tóxicas

Se presentan después de la absorción de medicamentos como la antipirina, la quinina, salicilato sódico, la belladona, el cloral, los balsámicos; el yoduro potásico (púrpura yó-

dica), después de inyecciones de sueros anti-tóxicos y después de mordeduras por serpientes venenosas. Hay que hacer un capítulo aparte para el arsénico y sobre todo los arsenobenzoles, susceptibles de determinar una púrpura que es a menudo la primera manifestación de una insuficiencia hepática que puede llevar consigo una forma mortal (NICOLAS, GATÉ y LEBEUF).

#### Púrpuras secundarias a enfermedades infecciosas

Se han encontrado en la difteria, las estreptococias, las estafilococias, los neumococias, la fiebre tifoidea y la blenorragia.

Es un síntoma clásico de la endocarditis infecciosa; pero a veces la causa es el meningococo, ya se trate de meningitis cerebroespinal con septicemia concomitante, ya de una meningococemia. Habrá, pues, que buscar el meningococo, sea por hemocultivo, sea por cultivo de sangre obtenida por escarificación de los elementos purpúricos. La sanción terapéutica en este caso es la sueroterapia específica.

#### Púrpuras de las afecciones crónicas o caquetizantes

Se incluyen aquí la púrpura de la insuficiencia y de la cirrosis hepáticas, de los cánceres, del mal de Bright, de la tuberculosis, de

las leucemias y particularmente de la leucemia aguda o de la anemia perniciosa.

Se ha descrito también esta púrpura en la *tabes*, *las neuritis*, en la *hemiplejía* y en *el zona*.

La *púrpura senil*, de evolución crónica, carece de individualidad fuera del terreno sobre el cual evoluciona.

El **diagnóstico** deberá hacerse teniendo en cuenta todas estas nociones, y no estaremos autorizados a hablar de púrpura primitiva más que después de haber eliminado todas las causas anteriores.

Sin querer entrar en detalles sobre la patogenia de la púrpura, hay que recordar las alteraciones sanguíneas características que P. E. WEILL llama síndrome hemogenético. Hay disminución del número de los hematíes, pero sobre todo está disminuído el número de hematoblastos, no hay retracción del coágulo y está aumentado el tiempo de la hemorragia. Estas alteraciones sanguíneas son testimonios y no causa de la púrpura, no dando la clave de la etiología de esta afección. También se ha creído que el hígado y más raramente el riñón, el intestino, las glándulas endocrinas y el bazo, inhibiendo la función hematopoyética de la medula ósea, podían determinar la púrpura. La fragilidad de los capilares (signo de WEILL) y el sistema nervioso mismo han sido también considerados como culpables. El problema no está resuelto. Es indudable que estos órganos y sistemas intervienen en la constitución de la púrpura; pero la causa inicial

queda sin resolver, si bien los trabajos recientes han demostrado el papel que poseen ciertas infecciones o intoxicaciones.

**Tratamiento.** — Se empleará la sueroterapia antimeningocócica siempre que haya dudas respecto a la existencia meningocócica.

La esplenectomía, basada en ciertas concepciones patogénicas, será una terapéutica de excepción.

Se han recomendado los agentes opoterápicos, como el *extracto de hígado*, el *cloruro de calcio*, a la dosis de 2 a 5 gramos por día, *las inyecciones de suero fresco* o de *suero sérico* (DUFOUT y LE HELLO), es decir, suero de animal en estado de anafilaxia, que determina una hipercoagulabilidad sanguínea, y *las inyecciones de propeptona de White*.

La *auto* o *heterohemoterapia* han sido preconizadas como medicaciones de choque.

La *transfusión* está indicada en casos de anemia intensa.

El tratamiento local es inútil y se concretará a evitar los traumatismos, la marcha, la estación de pie y, en suma, todas las causas susceptibles de alterar la circulación.

## DERMATOSIS ERITEMATOESCAMOSAS

---

Clasificamos en este grupo diversas dermatosis cuyas lesiones elementales son a la vez eritematosas y escamosas, según el momento de su evolución.

### PITIRIASIS ROSADA DE GIBERT

Esta afección se caracteriza por una erupción en que los elementos y su evolución presentan caracteres especiales.

Algunos elementos se presentan bajo la forma de manchas rosadas de contornos irregulares, más o menos cubiertas de escamas finas, furfuráceas y pitiriásicas.

Otros, menos numerosos, pero más característicos, afectan la forma de medallones redondeados u ovalados, de bordes netamente circunscritos, ligeramente elevados, eritematosos y escamosos en el centro, de color de café con leche, de aspecto de piel de gamuza, finalmente arrugada, como achagrinada.

Hay casi siempre un medallón más voluminoso que los otros, que es la placa inicial de BROCO.

Estos elementos cutáneos se localizan en el tronco y las extremidades, respetando siempre la cara y el cuero cabelludo. Son a menudo simétricos y presentan una progresión descendente.

La afección evoluciona siempre sin trastornos generales. No hay casi nunca prurito, salvo en ciertos sujetos predispuestos. La evolución se hace en seis semanas a dos meses. Son rarísimas las recidivas.

**Diagnóstico.** — Hay que distinguir esta afección de las seborreides cutáneas, de la psoriasis y de los eritemas tóxicos o infecciosos. Basaremos el diagnóstico en la presencia de los medallones y en la simetría de los elementos cutáneos, en la topografía que respeta siempre la cara y el cuero cabelludo, en la progresión descendente de los elementos y en su evolución cíclica. Todos estos elementos de diagnóstico hacen imposible, para un médico que esté al corriente, la confusión. Ésta ha tenido lugar muchas veces con la roséola sifilítica, que no es nunca escamosa y que lleva siempre consigo accidentes mucosos y adenopatías más o menos generalizadas.

**Etiología.** — La pitiriasis rosada se ve de preferencia en los sujetos jóvenes, las muchachas y las mujeres en particular. Es más frecuente en primavera y otoño. Esta noción y el carácter

cíclico de su evolución han orientado las investigaciones en el sentido de un exantema, tal vez infeccioso. Hasta ahora no se ha dado ninguna prueba cierta.

**Tratamiento.** — Es muy importante no perjudicar. Hay que saber prácticamente que toda medicación local intempestiva, los baños sulfurosos en particular, pueden agravar una afección que curaría sola y transformar una erupción sin importancia en un eczema agudo.

Un purgante, un régimen sin tóxicos y limitado naturalmente en el período de la erupción, una desinfección ligera intestinal con benzonaftol, constituirán toda la terapéutica interna. Localmente, se prescribirán baños simples, prohibiendo los enjabonados. Serán indicados polvos inertes para el empolvado.

Si la afección no fuera muy pruriginosa, se podrán autorizar baños con almidón o baños de salvado cortos y, además, una crema calmante.

## PSORÍASIS

Es una dermatosis muy frecuente en la práctica y desesperante por su tenacidad. La psoriasis se caracteriza por lesiones elementales muy típicas.

Se trata de manchas rojas, muy bien circunscritas y cubiertas de escamas secas, de un blanco nacarado, que se presentan fácilmente en forma de láminas y que se caracterizan

por su espesor y su abundancia. Cuando han sido levantadas las escamas, la mancha subyacente no presenta *ninguna infiltración*. Cuando se rasca con la uña un elemento de psoriasis, toma un aspecto blanco mate y las escamas forman, bajo la acción de este rascado, un fino polvo blanco (*signo de la gota de cera*). Cuando se hace el rascado metódico de una placa psoriática con cucharilla, según la teoría de BROCO (tesis de Clément SIMON), se ven desprender las escamas finas características, llegando después a las escamas más adherentes que ceden de una sola vez (escámula epidérmica de DUNKAN-BULKLEY).

Debajo se ve la dermis rojo vivo, sembrada de pequeñas gotas hemorrágicas: es el *signo de Auspitz*. No hay prurito apreciable, salvo en los predisuestos, intoxicados y nerviosos.

Redondas u ovaladas, más o menos grandes, cubiertas de escamas más o menos espesas, reposando a veces sobre un tegumento liquenificado, las placas de psoriasis pueden presentar distintas modalidades objetivas; psoriasis *punctata*, psoriasis *nummularis*, psoriasis *en discos*, psoriasis *en placa*, psoriasis *figurada*, psoriasis *inveterada* y psoriasis *ostrácea*.

La psoriasis puede asentar en cualquier sitio de la piel; de todas maneras, hay regiones de predilección donde se hace más intensa y donde se acantona fuera de los brotes agudos (reductos de la psoriasis). Estas regiones son los codos, las rodillas, cuero cabelludo y sacro. Las mucosas no son invadidas nunca. En el *cuero cabelludo*, la psoriasis se presenta en escamas o en

elementos cubiertos de escamas muy espesas coherentes, entre las cuales aparecen los pelos que no están afectados ni en su solidez ni en su adherencia al folículo de implantación.

En las *regiones con tendencia a la maceración*, pliegues articulares, submamarias, región anal y génitocrural, se presenta con muy pocas escamas con fondo rojo vivo, presentando a veces una fisonomía secretante y eczemati-forme, que puede desviar el diagnóstico si faltan los elementos característicos.

Entre las formas clínicas de la psoriasis, hay que hacer un capítulo aparte a la *psoriasis artropática*. Esta forma, rara, se caracteriza por las manifestaciones articulares concomitantes, que pueden ser desde simples artralgiás hasta el reumatismo nudoso, deformante, con lesiones óseas o fibrosas.

Las *uñas* son frecuentemente atacadas por la psoriasis y presentan a menudo, fuera de los brotes, estigmas reveladores de la dermatosis anterior. Estos estigmas se presentan en forma de erosiones cupuliformes, dando a la uña un aspecto de dedal. Otras veces se presentan en forma de estrías longitudinales o transversales y también puede sobrevenir el desprendimiento de la uña.

**Evolución.** — Se presenta por brotes más o menos intensos, de duración variable, separados por remisiones durante las cuales no quedan más que algunos elementos en los sitios de elección. Con el tiempo, la psoriasis se atenúa, pudiendo en algunos casos, por la

intensidad de la erupción y por la transformación de ésta, evolucionar hacia la eritrodermia secundaria.

**Diagnóstico.** — Muy sencillo en las formas típicas, puede presentar dificultades en ciertos casos. Sobre todo no hay que clasificar con la psoriasis ciertas sífilides psoriasiformes secundo-terciarias o terciarias. Éstas reposan sobre una base infiltrada, se localizan en las regiones palmares o plantares, y dan, por su rascado metódico, signos diferentes; los principales son el punteado purpúrico y no hemorrágico, así como la exudación de un rosado seroso.

**Etiología.** — No contagiosa, a veces hereditaria o familiar, más frecuente en ciertas razas y particularmente en los israelitas, la psoriasis no tiene etiología definida. La teoría *parasitaria* no se ha probado, y los argumentos que alegan en su favor, en particular la aparición de los elementos cutáneos al nivel de los puntos de presión, los traumatismos cutáneos, las pústulas vacunales, explicables por una deficiencia tegumentaria local, no pueden desbancar las investigaciones en la piel y en la sangre, siempre negativas, de un agente patógeno específico. La teoría *nerviosa*, basada en la sistematización frecuente de los elementos eruptivos, en la aparición posible de la dermatosis después de un *choque* moral, una emoción, y la coexistencia del reumatismo en ciertos casos, no es convincente. Incluso acha-

cando a los trastornos digestivos, a la falta de higiene alimenticia, la parte que le corresponde en la producción de los brotes, no nos atreveríamos actualmente a decir que la psoriasis es una dermatosis *diatésica* debida únicamente a una *autointoxicación*. Teorías recientes incriminan ciertas infecciones crónicas. La *sífilis hereditaria* explicaría tal vez la eficacia relativa del tratamiento antisifilítico; de otra parte, la *tuberculosis* puede ser considerada como un factor etiológico posible (analogía de la psoriasis artropática y del reumatismo tuberculoso de PONCET y LERICHE, reacciones humorales con frecuencia en favor de una impregnación tuberculosa, como resulta de las investigaciones hechas por NICOLAS y LEBEUF, aún no publicadas). Es posible que estas diversas concepciones etiológicas se apliquen cada una a ciertos casos de psoriasis y que ésta no sea más que una reacción cutánea según la fórmula de BROCO.

**Tratamiento.** — Naturalmente, la terapéutica se resiente de la ignorancia en que estamos sobre la etiología.

El tratamiento local se dirige a los agentes detergentes y queratolíticos.

Los baños alcalinos (250 gramos de carbonato sódico para un baño), las aplicaciones de vaselina salicilica al 1/40 ó 1/20, hacen caer las escamas y preparan la acción de los tópicos reductores.

Éstos comprenden el aceite de enebro y el ácido crisofánico. El primero se emplea en la

forma de glicerolado oxicedrico según las fórmulas siguientes:

**Glicerolado oxicedrico débil:**

|  |         |
|--|---------|
| Oxicedro puro de enebro. ....                      | 100 gr. |
| Glicerolado de almidón. ....                       | 900 —   |
| Esencia fluída de Panamá c. s., alrededor de 2 gr. |         |

**Glicerolado oxicedrico fuerte :**

|  |         |
|--|---------|
| Oxicedro puro de enebro. ....                      | 500 gr. |
| Glicerolado de almidón. ....                       | 500 —   |
| Esencia fluída de Panamá c. s., alrededor de 5 gr. |         |

Estos glicerolados ensucian mucho y deterioran la ropa. Hay que avisar al enfermo. Se comienza primero por el glicerolado débil, y, si la tolerancia cutánea es perfecta, se pone el glicerolado oxicedrico fuerte.

El ácido crisofánico es más fuerte que el enebro; pero produce automáticamente un eritema en los puntos donde se aplica, eritema que parece es la base de su acción; por otra parte, es muy irritante para las conjuntivas, por lo que habrá que advertir al enfermo, cuando se emplee para el cuero cabelludo. La crisarrobina se emplea en pomada:

|                         |        |
|-------------------------|--------|
| Acido crisofánico. .... | 10 gr. |
| Vaselina. ....          | 90 —   |

o en barniz :

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| Acido crisofánico. .... | 5 gr. |
| Traumaticina. ....      | 45 —  |

El «Procuta» constituye también una buena preparación. El ácido pirogálico en pomada al 1/20 es menos empleado.

Para el cuero cabelludo se recomiendan los lavados con cocimiento de palo de jabón y jabones sulfurosos o salicílicos. Se combinarán estos lavados con aplicaciones de pomadas salicílicas o de la pomada siguiente :

|   |             |
|---|-------------|
| Acido salicílico.....                                     | 5 gr.       |
| Oxicedro de enebro.....                                   | 45 —        |
| Glicerolado de almidón.....                               | 50 —        |
| Extracto flúido de Panamá, cantidad suficiente para ..... | emulsionar. |

En las formas muy extendidas y rebeldes, se recomiendan los baños diarios oxicedricos:

|                                 |                    |
|---------------------------------|--------------------|
| Oxicedro.....                   | 50 gr.             |
| Yema de huevo.....              | n.º 1.             |
| Extracto flúido de quilaya..... | 10 gr.             |
| Agua.....                       | c. s. para 250 cc. |

(Mezclarlo con el agua del baño, que será de una hora de duración).

En las localizaciones con tendencia eczematiforme, lo mismo que en las psoriasis inflamadas, se será prudente y nos contentaremos con aplicar cremas calmantes o pastas aislantes del tipo de la pasta de LASSAR.

Como tratamiento interno, se ha ensayado todo sin un resultado constante. El arsénico se ha empleado mucho y aún se emplea. El licor de Fowler, a la dosis constante de VIII gotas « pro die » o a dosis progresivamente creciente y decreciente de VI a XXII gotas y después de XXII a VI, ha sido muy empleado. Lo mismo que el arseniato sódico a la dosis de 5 miligramos a 1 centigramo por día.

Actualmente se emplea el novarsenobenzol intravenoso a dosis débiles (15 a 30 centigramos). Estas medicaciones a veces dan buenos resultados, y otras fracasan. De todas maneras, habrá que reservar el arsénico para los períodos de calma, pues empleado en los brotes agudos puede producir una verdadera eritrodermia (NICOLAS).

El calomel en inyecciones intramusculares de 1 centímetro cúbico cada 8 días hasta ocho o diez inyecciones de la fórmula siguiente:

|                         |          |
|-------------------------|----------|
| Calomel al vapor.....   | 0,50 gr. |
| Vaselina.....           | } aa 5 — |
| Aceite de vaselina..... |          |
| Guayacol.....           | 0,30 —   |
| Alcanfor.....           | 0,20 —   |

da a veces buen resultado.

El salicilarsinato de mercurio (enesol) en inyecciones intravenosas, tres veces por semana, de 2 a 5 centímetros cúbicos hasta 12 ó 15 inyecciones se inspira en las dos medicaciones precedentes.

Los aceites azufrados, el neoemetinol (sal compuesta de emetina y antimonio) no son de gran eficacia.

La autohemoterapia casi siempre es ineficaz. Citaremos los ensayos de sensibilización *per os* que se han intentado (RAVAUT) con el calomel o el novarsenobenzol (narsenol). Estos métodos, inspirados en una concepción humoral y etiológica de la psoriasis, o el estado coloido-clásico y la impregnación sifilítica, están aún en estudio.

En definitiva, no habiendo un tratamiento activo, la terapéutica, recordando los casos ya citados, deberá ante todo prescribir a los enfermos una vida tranquila, una alimentación correcta en que se excluyan la polifagia, la taquifagia y los tóxicos, sin que sea necesario instituir un régimen prohibitivo. Si se supone una impregnación bacilar, se indicará una alimentación reconstituyente, preparaciones yodóticas y el aceite de hígado de bacalao.

Las estaciones sulfurosas fuertes, como Uriage, permiten a veces un blanqueo de los enfermos, en las formas agudas.

### PARAPSORÍASIS

Citamos para recordarla únicamente esta variedad de dermatosis, muy rara, caracterizada objetivamente por manchas eritematoescamosas, no pruriginosas, que recuerdan la psoriasis y toman aspectos y agrupaciones variadas (psoriasis en gotas, psoriasis liquenoides, psoriasis en placas), de cuya etiología se ignora todo y tal vez también su individualidad nosológica. Ciertos autores han visto en ella una forma de eritema sifilítico terciario; otros las consideran como tubercúlides. Se tratará, en este caso, de un diagnóstico excepcional. Los elementos cutáneos son de duración indefinida y resisten a todos los tratamientos locales y generales.

### SIFÍLIDES PSORÍASIFORMES

Esta variedad se estudia en el volumen de esta colección dedicado a la sífilis. Verdaderamente, las sifilides psoríasisiformes son pápuloescamosas y no eritematoescamosas. Aquí no nos interesan más que para diagnóstico de la psoriasis. Hemos indicado ya los elementos de este diagnóstico diferencial, que son muy importantes.

### DERMATOSIS ERITEMATOESCAMOSAS DE NATURALEZA MICÓTICA

Existen una serie de epidermomicosis (eritema, herpes circinado, eczema marginado de Hebra, microsporias cutáneas, favus herpético) que toman un aspecto eritematoescamoso. En las dermatosis parasitarias se encontrará la descripción de esta afección.

### ECZEMÁTIDES O SEBORREIDES ECZEMAS SEBORREICOS PARAQUERATOSIS PSORÍASIFORMES

Éste es uno de los capítulos que ha dado lugar a más controversias. La terminología particularmente rica para las dermatosis de este grupo y los numerosos sinónimos que tienen, son una prueba de que no están resuel-

tos todavía los problemas concernientes a este grupo de dermatosis. Es necesario, sin embargo, mantener este grupo como una clasificación de espera donde figuran individualidades dermatológicas mal caracterizadas y hechos de transición según la fórmula de BROCO.

En su forma más atenuada, las seborreides se localizan corrientemente en las regiones preesternal e interescapular, el límite del cuero cabelludo, las regiones retroauriculares y en los surcos nasogenianos. Toman una forma figurada. Es la dermatosis figurada mediotórácica de BROCO, el eczema flanelar de la escuela de San Luis, la pitiriasis esteatoide de SIBOURAUD, las *eczemátides figuradas* de DARIER. Se presentan en forma de manchas rojas, relucientes, de bordes rosados y elevados, cubiertas de escamas o costras de un blanco amarillento y de consistencia grasa muy bien delimitadas, como trazadas con compás, y en forma de círculos o de fragmentos circulares. El centro está casi borrado, ligeramente rosado y presenta escamas menos espesas que los bordes. No hay vesiculación ni prurito; el rascado no da más que una débil púrpura con pequeñas gotas de serosidad. Esta afección, si no se trata, es de larga duración. El diagnóstico es fácil y hay que hacerlo únicamente con algunas sífilides circinadas. La forma que acabamos de describir podemos considerarla como tipo de esta variedad de dermatosis. En las formas que vamos a ver ahora, la erupción tiende a tomar síntomas de la psoriasis o de los eczemas. Las *eczemátides psoriasiformes*, *paraqueratosis*

*psoriasiformes* de BROCO presentan el aspecto de elementos de un rojo vivo o tostado, cubiertas de escamas blancas bastante espesas. Con el rascado con cucharilla se consigue una púrpura bastante marcada y depresiones que dejan salir un poco de serosidad. Localizadas o más o menos generalizadas, las paraqueratosis psoriasiformes deberán distinguirse de las psoriasis. El diagnóstico se hará por los caracteres del rascado y por las localizaciones. No obstante, es muy posible existan analogías de estas dos afecciones, puesto que no es raro ver una paraqueratosis psoriasiforme transformarse en una psoriasis verdadera.

Al lado de esta forma encontramos las seborreides a las cuales DARIER llama *eczemátides pitiriasiformes*, y que son las paraqueratosis psoriasiformes diseminadas en placas de BROCO. Las lesiones recuerdan las de las *eczemátides figuradas*. Se trata de elementos redondeados, más o menos regulares, rosados o amarillentos, cubiertos de escamas finas, secas o ligeramente untuosas, que se localizan preferentemente en las regiones de las *eczemátides figuradas*, pero que a veces se generalizan y hacen pensar en la pitiriasis rosada de GIBERT. El diagnóstico se apoyará en la integridad de la cara, la evolución cíclica, la extensión progresiva y descendente de los elementos, los medallones y la placa inicial de esta última afección.

Las *eczemátides pitiriasiformes*, y a veces las paraqueratosis, pueden evolucionar hacia un estado más complejo que responde al an-

tiguo *eczema seborreico*. Se caracteriza éste por la producción de grandes placas de un rojo más o menos vivo cubierto de escamocostras, constituidas por una descamación epidérmica exagerada y patológica, pero también por la serosidad desecada. Cuando se levantan las costras, se encuentran superficies rojas irritadas y secretantes, sembradas de depresiones cupuliformes de donde mana serosidad, y que pueden ser consideradas como verdaderos focos de eczema. A pesar de estas diferencias esenciales que les separan, hay una analogía entre el eczema seborreico y el eczema vulgar o eczema verdadero. El eczema seborreico aparece en el cuero cabelludo y alrededor de la frente, va seguido de la caída del cabello y de una rarefacción del mismo. Puede extenderse a las orejas e incluso a la cara, el tronco y los miembros, en los cuales se localiza en los pliegues y caras de flexión.

No citamos más que las *seborreides peripilares*, difíciles de distinguir de las sifíldes peripilares, y que se caracterizan únicamente por sus pequeñas dimensiones y su localización al nivel de los orificios pilosebáceos.

Las localizaciones habituales de las eczemátides en las regiones donde predomina la secreción sebácea y donde se encuentra el máximo del estado tegumentario especial que DARIER llama la querosis, justifican el nombre de seborreides que se les ha dado y recuerdan la relación íntima entre éstas y la seborrea.

En el grupo dermatológico que hemos estudiado, ésta es la única noción etiológica

verdadera. Es cierto que los agentes microbianos que se han encontrado en las escamocostras son numerosos; pero los morococos de UNNA, el esporo de MALASSEZ, el bacilo botella de UNNA, el estafilococo cutis común descrito por SABAOURAUD, no se han probado como agentes específicos de la afección que nos ocupa, y nada hay que pruebe que no se trata de simples saprofitos. No obstante, quedamos convencidos que puedan existir dermoepidermitis microbianas susceptibles de realizar el cuadro clínico del eczema seborreico (FAVRE).

**Tratamiento.** — Creemos que no hay ventaja en someter a los enfermos a un régimen determinado. La experiencia enseña con respecto a las eczemátides, que se trata no de reacciones cutáneas, sino de manifestaciones tegumentarias independientes y autónomas. La terapéutica general será sobria de medicamentos. En ciertos casos hay un interés en determinar las insuficiencias endocrinas latentes, a veces causa de la seborrea, y en tratar o en modificar la nutrición general por los fosfatos, el aceite de hígado de bacalao y arsénico, en ciertos casos.

Localmente, para las eczemátides van bien los tópicos enérgicos, los detergentes, los queratolíticos y los reductores. Las pomadas salicílicas, resorcinadas, ictioladas, con enebro dan buenos resultados solas o con enjabonados de jabones salicilados o sulfurosos.

En el eczema seborreico del cuero cabelludo se harán caer las costras con aceite de almen-

dras dulces o vaselina. Después se harán lociones durante el día con :

|   |         |
|---|---------|
| Agua de cal .....                             | 250 gr. |
| Yemas de huevo batidas en el excipiente. .... | N.º 3.  |

Por la noche se aplicará una pomada ictiolada al 1/10 o una de las pomadas siguientes :

|                 |               |
|-----------------|---------------|
| Resorcina ..... | } aa 0,30 gr. |
| Brea .....      |               |
| Vaselina .....  | 30 —          |

|                        |       |
|------------------------|-------|
| Resorcina .....        | 1 gr. |
| Acido salicílico ..... | 2 —   |
| Ictiol. ....           | 4 —   |

|                        |           |
|------------------------|-----------|
| Aceite de enebro ..... | 10 gr.    |
| Óxido de cinc. ....    | } aa 12 — |
| Lanolina. ....         |           |
| Vaselina .....         | 16 —      |

Ciertas preparaciones como el bálsamo Baissade y el bálsamo Blancard, dan también buenos resultados.

En el eczema seborreico en vías de generalización y en las eczemátides pitiriasiformes o psoriasisiformes muy extendidas, hay que ser prudentes ; limitarse a tópicos anodinos, cremas calmantes, pastas ocluseras, pasando a los tópicos más activos si la piel lo tolera.

Hay un momento en que el eczema seborreico en evolución se parece cada vez más al verdadero y donde la terapéutica debe inspirarse en los mismos principios que para este último. Por nuestra parte, hemos tenido muchas

veces que contentarnos con curas húmedas en ciertas formas de eczemas seborreicos muy intensos.

En este caso no nos atreveríamos a decir que el régimen no tiene importancia, y la prudencia aconseja proceder como en un eczema verdadero.

Los mismos tópicos locales que en la psoriasis se aconsejara, pueden usarse para las paraqueratosis psoriasisiformes, con la prudencia que la posible eczematización requiere.

## DERMATOSIS PAPULOSAS

---

En la segunda parte de este libro, se encontrará la descripción de la pápula dermatológica típica.

Hemos descrito los *prurigos*, a propósito de los pruritos. Las *sifilides papulosas* se estudian en el volumen de esta colección dedicado a la sífilis. El *liquen escrofulosorum*, que es una variedad de tuberculide de forma papulosa, se estudiará con la tuberculosis cutánea. No estudiaremos aquí, pues, más que las verrugas planas juveniles y el liquen plano.

### VERRUGAS PLANAS JUVENILES

Se presentan bajo la forma de pequeñas elevaciones epidérmicas, que tienen las dimensiones de una lenteja de contornos redondeados o ligeramente poligonales, cuya superficie tiene el color de la piel sana o un poco moreno, a veces ligeramente descamativo. Se ven a menudo en la cara o en el dorso de las manos. Pueden alternar o coexistir con las verrugas vulgares. Más frecuentes en el sexo femenino,

se ven muy a menudo en la adolescencia. A veces duran mucho tiempo, desapareciendo espontáneamente. Son autoinoculables.

La terapéutica local queratolítica da buenos resultados. Las aplicaciones de pomadas salicílicas al 1/40, las fricciones con lociones salicílicas, eteroalcohólicas van bien. Cuando las verrugas no son muy numerosas, la fulguración, con el aparato de alta frecuencia, volatiliza los elementos. Las opiniones están divididas en lo que concierne a la radioterapia; es probable que los resultados sean variables, y se ha de reconocer que a veces una sola aplicación las hace desaparecer enteramente. Se ha usado con éxito la sugestión en esta afección.

### LIQUEN PLANO

La lesión elemental del liquen plano es una pequeña pápula de las dimensiones de una cabeza de alfiler negro. Los bordes son limpios, poligonales. La superficie es seca, plana, brillante y a veces ligeramente umbilicada en el centro. El color es rosado, con poca diferencia al de la piel sana; no obstante, en las formas agudas, los elementos pueden tener un color rojo vivo. Al tacto, la consistencia de estos elementos es fuerte, dando la impresión clara de una infiltración subyacente.

Estas pápulas iniciales se unen y constituyen placas redondeadas e irregulares cuya superficie está cubierta de escamas finas muy

adherentes. Cuando caen, se puede ver en la epidermis un punteado blanco lechoso, que a menudo se prolonga bajo la forma de estrías arboriformes, constituyendo una verdadera reddecilla: es el signo de la estría de WICKHAM, muy característico. Responde, desde el punto de vista anatomopatológico, a un trastorno de la eleidina del estrato granuloso de la epidermis. Ésta, en lugar de estar repartida uniformemente, se condensa en ciertos puntos, desapareciendo en otros, de donde toma este aspecto especial de las estrías de WICKHAM.

El líquen plano se desarrolla particularmente en la cara anterior de las muñecas, en el antebrazo, en las piernas; se puede ver también en los flancos, en el abdomen y en el cuello. No ataca la cara más que en las formas agudas.

Al nivel de las dermomucosas genitales, glánde, región vulvar, el líquen toma una forma marginada, anular.

En la mucosa bucal se forman manchas blanquecinas, opalinas, que parecen superficiales, pero que están profundamente incrustadas en el epitelio. Otras veces se presenta bajo la forma de manchas lineales más o menos arboriformes, en forma de red con puntos nudosos más visibles, recordando los nervios de las hojas. Estas lesiones se ven en la lengua, en la cara interna de los labios, en las mejillas y en los puntos de roce de los dientes.

Las lesiones genitales y las localizaciones mucosas pueden existir solas, creando a veces un problema de diagnóstico difícilísimo.

Al nivel de la región palmar o plantar, donde el líquen es raro, los elementos se presentan bajo las capas córneas, como pequeñas manchas blanco amarillentas, puntiformes y parecidas a vesículas. En el caso de pápulas confluentes, hay una gran descamación, dejando luego una superficie rojiza. Muchas veces hay que buscar la ayuda de las lesiones elementales vecinas para hacer un diagnóstico.

El agrupamiento de las pápulas típicas puede producir una forma *anular*, una variedad *marginada* o *circinada* o un líquen *zoniforme*. Otras veces las lesiones elementales son *atrópicas*. Así es que en la *forma atrófica*, el proceso atrófico cicatrizal forma parte integral de los elementos eruptivos. En el líquen *acuminado*, las pápulas son córneas en su centro y acuminadas. El líquen *obtusos*, caracterizado por pápulas globulosas, hemisféricas, a veces del volumen de un guisante, de superficie pulida, sin escamas, de color rojizo y poco pruriginosas, no tiene más que un lejano parecido con el líquen plano y debe ser considerado como un prurigo atípico. En el *líquen córneo atrófico*, afección muy larga y que ataca sobre todo al sexo masculino con localización en la parte anterior de las piernas, se ven placas irregulares, más o menos voluminosas, de coloración parda u obscura, constituida por masas córneas muy adherentes y acribilladas a veces de pequeños orificios reproduciendo moldes de los conos córneos eliminados. Esta afección produce un prurito intenso. Algunos autores, como PAUTRIER, hacen una forma especial

de liquenificación. El liquen córneo puede coexistir con el liquen plano auténtico (NICOLAS y GARÉ), y cabe preguntarse si hay parentesco entre estas dos afecciones.

El liquen plano puede mostrarse bajo una forma indolente. Muy a menudo va acompañado de prurito a veces muy intenso.

El liquen plano corrientemente es crónico y dura de meses a años con alternativas de calma y brotes agudos; pero también puede afectar una forma aguda, inflamatoria, muy difusa. Se pueden ver formas generalizadas evolucionar hacia la dermatitis exfoliante.

El liquen plano puede, en las formas crónicas, liquenificarse. Las manifestaciones ampollosas son raras.

El **diagnóstico** del liquen plano cutáneo puede ser dudoso con las diferentes liquenificaciones, la neurodermitis y las sífilides papulosas. Se basará el diagnóstico sobre las lesiones elementales típicas del liquen de WILSON y sobre las estrías de WICKHAM. El liquen de las mucosas recuerda la leucoplasia; pero en ésta la mucosa es más brillante y toma el aspecto de mosaico muy característico. El liquen obtuso es muy difícil de distinguir de ciertos prurigos y de ciertas sífilides papulosas. El liquen córneo hipertrófico recuerda el lupus escleroso y ciertas formas poco supurantes de tuberculosis verrugosa.

La **etiología** del liquen plano es absolutamente desconocida. Se han invocado las emo-

ciones y las sacudidas morales. Algunos casos de su historia clínica recuerdan los exantemas eruptivos; pero, a decir verdad, no tenemos ninguna noción precisa respecto a este particular.

**Tratamiento.** — El reposo, la tranquilidad moral, la supresión de todo cansancio intelectual, un régimen hipotóxico exento de bebidas y alimentos excitantes (alcohol, vinos generosos, te, café) son cosas todas ellas necesarias.

En casos de prurito intenso, se ha aconsejado la hidroterapia tibia, la punción lumbar, el baño estático y de alta frecuencia. Las curas termales en Nérís, Bagnères de Bigorre y Luxeuil están indicadas. Actualmente HUF-SCHMITT DE GOIN (de Brest) ha experimentado con éxito que la radioterapia aplicada sobre la medula de la primera dorsal a la quinta lumbar ha dado buenos resultados. Estas irradiaciones obran sobre los orígenes del simpático. La autohemoterapia no tiene ninguna eficacia.

El arsénico en las formas crónicas puede dar buenos resultados; pero en las formas agudas está contraindicado. La Bourboule llena las indicaciones de un tratamiento arsenical.

*Localmente* nos contentaremos, en las formas agudas, con empolverar con polvos inertes y untar con cremas anodinas o pastas aisladoras.

En las formas crónicas muy pruriginosas, se utilizan distintas pomadas calmantes con estovaína o con mentol (1/200 ó 1/100) y el glicerolado con los tres ácidos, cuya fórmula hemos ya dado.

En el liquen bucal se evitarán todas las causas de irritación: líquidos demasiado calientes y fríos, vinagres, ácidos, alcoholes, humo del tabaco, dentífricos irritantes. Los enjuagues con agua de Saint-Christau dan buenos resultados.

El liquen córneo hipertrófico debe ser tratado con queratolíticos fuertes (ácido salicílico al 1/30) y los reductores, como la crisarrobina en pomada. En los casos rebeldes se puede emplear la ducha filiforme.

## DERMATOSIS TUBERCULOSAS Y TUBÉRCULOULCEROSAS

---

El tubérculo ha sido ya definido con las lesiones elementales. Las dermatosis que están constituidas esencialmente por la producción y agrupación de tubérculos en el sentido dermatológico e histológico de la palabra, constituye un grupo nosológico importante. De todas maneras creemos que no hay por qué dedicarles un capítulo especial. Algunas de ellas, como las sífilides tuberculosas y los lepromas, están estudiadas en otros tomos de esta colección (sífilis, enfermedades infecciosas); otras, como el lupus y los sarcoides cutáneos, serán descritas con las tuberculosis cutáneas.

## DERMATOSIS NUDOSAS

---

El nódulo es a la hipodermis lo que el tubérculo es a la dermis.

Entre las dermatosis nudosas, las hay de evolución aguda, como es el eritema nudoso, del que hemos hablado, junto con el eritema polimorfo, en el capítulo de los eritemas, y nudosidades reumáticas que son del dominio del médico general. Otras tienen una evolución subaguda, como son los gomos sifilíticos y leproso, que no estudiaremos, y los gomos tuberculosos o esporotricósicos y sarcoides, que estudiaremos con las tuberculosis cutáneas y las micosis.

## DERMATOSIS ULCEROSAS

---

La ulceración es un fenómeno corriente en patología. Las ulceraciones debidas a traumatismos, agentes físicos y químicos cambian mucho en su forma según el agente productor; no merecen descripción aparte. Las ulceraciones consecutivas a las pústulas, a las ampollas, a las vesículas, a los tubérculos y a los nódulos corresponden a las dermatosis que les han dado origen. Quedan las dermatosis esencialmente ulcerosas. El chancro simple, el chancro mixto, el chancro sifilítico ulceroso y el fagedenismo quedan del dominio de las enfermedades venéreas; las úlceras tuberculosas serán estudiadas con la tuberculosis cutánea; el mal perforante plantar, como trastorno trófico debido a causa nerviosa. La úlcera fagedénica de los países cálidos es prácticamente una enfermedad inexistente en nuestro país y de la cual no tenemos que hacer una descripción aparte; las gangrenas constituyen un capítulo importante de la patología vascular. Nos concretaremos, pues, a la descripción de la úlcera varicosa y de algunas ulceraciones bucales y genitales de las que no hemos hablado en otro lugar.

## ÚLCERA DE LA PIERNA

Esta afección, desgraciadamente muy extendida, se ve sobre todo en el adulto y a veces en individuos muy jóvenes. Tiene como punto de elección la región anteroinferior de la pierna, es decir, una región de piel fina y mal vascularizada. Consecutiva a un traumatismo local o a la rotura de una pequeña varice, o un pequeño foco de infección local, se presenta como una ulceración atónica, de fondo mamelonado y sanioso, de bordes bien delimitados, poco despegados y cortados a pico, algunas veces elevados y duros como pasa en las úlceras callosas. De dimensiones variables, tiene tendencia a extenderse lateralmente, dando a veces toda la vuelta a la pierna, que queda en carne viva en una extensión más o menos grande. La piel de la zona limítrofe presenta a veces modificaciones importantes; adelgazada, apergaminada, lisa y reluciente, ha perdido su elasticidad y su consistencia; pigmentada de una manera difusa y más frecuentemente cubierta de una red pigmentaria, atestigua con este aspecto sus alteraciones hemorrágicas o purpúricas. Una dermatitis eczematoide y secretante, (eczema varicoso) completa el cuadro casi siempre. Otras veces, bajo la acción de linfangitis repetidas que marcan su evolución, la piel se edematiza e hipertrofia y toma un aspecto elefantásico. No es raro ver alrededor de la úlcera venas dilatadas, sinuosas, y que

dan la impresión, cuando se las palpa, de contener en sus paredes concreciones duras simulando verdaderos flebolitos. Los reflejos tendinosos faltan a veces; la evolución de estas úlceras es esencialmente crónica; la reparación de los tejidos, difícil y lenta, y las recidivas muy frecuentes.

La úlcera de pierna se distingue muy fácilmente del ectima, de focos múltiples, de evolución más aguda, de las sífilides ulcerosas y de los gomos sífilíticos que no tienen esta localización y que son casi siempre múltiples, de las úlceras tuberculosas muy raras y que tienen otro aspecto, y del eritema indurado ulceroso que se ve únicamente en los jóvenes.

Es frecuente en los varicosos, pero también se ve en individuos que no tienen varices aparentes. Hay, en este caso, tal vez achacado un poco hipotéticamente, varices profundas. Es cierto que la localización habitual de esta úlcera en un punto declive, sobre una piel mal vascularizada, inclina a hacer intervenir en la etiología un estado defectuoso de la circulación local. Pero hay más; los reflejos tendinosos faltan a menudo, la sensibilidad cutánea está modificada a nivel de la úlcera y hay también fenómenos de neuritis locales. Son hechos más fisiopatológicos que etiológicos. Hubo una época en que se consideraba la úlcera varicosa como una estreptococia cutánea crónica. Más recientemente, M. FAVRE, basándose en las lesiones de flebitis local que se encuentran y que pueden recordar, en parte, ciertas arteritis específicas, en las modificaciones constantes

de los tejidos vecinos, en la abolición de los reflejos, en la poliesclerosis visceral concomitante y algunas manifestaciones netamente sifilíticas de otros órganos, ha planteado la cuestión del origen sifilítico de las úlceras varicosas.

El tratamiento es difícil. El reposo es necesario en el decúbito horizontal con la pierna levantada. Muchos tratamientos locales han sido preconizados. Se prescribirán fomentos con vino aromático puro o diluído; cuando la inflamación haya calmado, se podrá alternar esta cura con bálsamo del Perú puro o creosotado al 5/100, substancia que tiene una acción queratoplástica innegable. Algunos toques con nitrato de plata servirán para activar la cicatrización y reducirán los mamelones exuberantes, si los hay. Tiras de esparadrapo sobre la úlcera dejadas durante días pueden determinar una cicatrización rápida en caso de úlceras tórpidas no inflamatorias. La inflamación o infección local obedecen al tratamiento de simples fomentos con agua hervida o con agua de Alibour. Cuando la cicatrización se haya verificado, habrá que ir con mucho cuidado con las recidivas. Se evitarán marchas largas, estación de pie, los traumatismos y se llevará medias de tejido de goma. A veces las precauciones son inútiles. En ciertos casos rebeldes se ha aconsejado el raspado de la úlcera y la incisión con la cucharilla de los bordes callosos, como la incisión circular de los tegumentos sobre la úlcera, que será susceptible de influir

sobre los vasomotores. Estos medios no siempre son radicales. Siempre hay que temer una sífilis ignorada, buscarla y aplicar un tratamiento antisifilítico correcto que, junto con el tratamiento local, dará buenos resultados.

## AFTAS

Son ulceraciones bucales muy frecuentes y que hay que conocerlas muy bien si se quiere evitar una confusión imperdonable con los accidentes sifilíticos. El afta se presenta como una pequeña vesícula gris, y por la cual raramente se consulta. La vesícula se rompe y deja en su lugar una pequeña ulceración, casi siempre no más grande que una cabeza de alfiler negro, pero puede en ciertos casos presentar mayores dimensiones; claramente redondeadas u ovaladas, de fondo amarillento rodeado de un ribete encarnado, rojo vivo. Estas ulceraciones son muy dolorosas. Se ven con preferencia en los nerviosos y los dispépticos, cuando se separan de su régimen. Están indicados los lavados de boca, con clorato de potasa en solución al 1/100 ó 1/50 y, si la ulceración persiste, toques de nitrato de plata en solución al 1/10. Todas las causas de irritación local serán eliminadas.

## ULCERACIONES GENITALES

Llamamos la atención aquí sobre algunos accidentes particulares de la región genital,

accidentes que no encuentran su descripción en otra parte.

### DIABÉTIDES GENITALES

La evacuación constante de orinas azucaradas crea un terreno de elección para las fermentaciones y supuraciones. En la mujer, se ve frecuentemente prurito, eritema, a veces una verdadera dermatitis eczematiforme rezumante, de bordes muy limpios, presentando a veces un semillero de pustulitas o un collar epidérmico muy especial. En el hombre, el glande y el prepucio son rojos, edematosos, erosivos y pueden presentar lesiones cicatrizales, bridas adherentes. Estas diferentes lesiones pueden a veces tomar un aspecto fisurario y ulceroso.

Ante todo hay que suprimir la glucosuria con la higiene, el régimen y la insulina. La limpieza será de rigor. Las lociones alcalinas, bicarbonatadas, débilmente antisépticas dan buenos resultados combinándolas con toques de solución de nitrato de plata débil a 1/100. La circuncisión no se debe practicar.

### ESTIÓMENO

Afección muy rara, caracterizada por una úlcera vulvar crónica, acompañada de elefantiasis local. La etiología no se conoce; es va-

riable según los casos, y es posible que ciertas úlceras tuberculosas, sífilíticas, chancrosas, neoplásicas, sean susceptibles de formar este tipo clínico y que puede ser en ciertos casos debido simplemente a excoriaciones vulgares crónicamente infectadas.

## DERMATOSIS VESICULOSAS ECZEMAS

Hemos hablado a propósito de las lesiones elementales de los diversos procesos anatomopatológicos susceptibles de llegar a la vesícula.

Entre las dermatosis vesiculosas, no trataremos ni del *herpes* ni del *zona*, que se estudian extensamente en el volumen de esta colección dedicado a las enfermedades infecciosas. En cambio, nos ocuparemos de un gran grupo de dermatosis, esencialmente vesiculosas, que son los *eczemas*.

El *eczema*, dermatosis esencialmente polimorfa en ciertos períodos de su evolución, está caracterizado, en general, por la presencia de vesículas objetivamente aparentes muy a menudo, que presentan siempre una verdadera morfología histológica, vesículas que responden a un proceso anatomopatológico especial, la espongiosis de los cuerpos mucosos de MALPIGHI. Este proceso se acompaña inmediatamente de lesiones cutáneas accesorias en las cuales las diferentes manifestaciones clínicas se agrupan alrededor de las vesículas iniciales

hasta transformar y cambiar la apariencia inicial de la erupción.

Hemos estudiado en el capítulo de las dermatosis eritematoescamosas las eczemátides, las seborreides eczematosas o que evolucionan hasta el *eczema* y constituyen el grupo importante del antiguo *eczema seborreico*. Nos queda por estudiar el *eczema vulgar*, el *eczema verdadero* de los autores clásicos que, da lugar a formas clínicas esencialmente variables y tiene a veces etiologías muy distintas y a menudo muy poco precisas. A decir verdad, no se ve muy claro sobre qué argumentos se puede basar actualmente la noción de la individualidad nosológica del *eczema*. Esta clasificación concierne a un verdadero « caput mortuum » de dermatosis muy diferentes y que no tienen de común más que el proceso vesiculoso que las caracteriza. A falta de mejor solución, cuando las lesiones se nos escapan, es necesario conservar este cuadro clínico.

**Estudio clínico.** — El *eczema* se caracteriza, ya lo hemos dicho varias veces, por vesículas. Estas aparecen ya sea en piel sana, en el caso de *eczema vesiculoso*, ya sea en un tegumento eritematoso de un rojo más o menos vivo, ligeramente edematizado. En esta última eventualidad se ven dos fases, *eritematosa* y después *eritematovesiculosa* del *eczema*. Estas dos fases, que se suceden rápidamente casi siempre en algunas horas, no son imprescindibles. Casi siempre, el brote eruptivo se acompaña de sensación de tensión, de calor local, tal vez más

que de prurito verdadero. Las vesículas, más o menos grandes, desde el volumen de una cabeza de alfiler negro o un poco mayor y a veces de gran calibre, se agrupan irregularmente, de una manera muy variable; estos grupos van acompañados de elementos aislados. Son al principio translúcidas, debido a la serosidad que contienen. A veces se revientan, la superficie se hunde y se seca. En seguida, espontáneamente, o casi siempre, bajo la acción del traumatismo y del rascado que ocasiona siempre el prurito, inseparable de todo brote de eczematoso, las vesículas, muy finas, se rompen, se vacían y dejan en su lugar erosiones puntiformes al nivel de las cuales se ve salir una serosidad; éstos son los *focos eczemáticos*. El eczema llega al período de rezumamiento, de duración variable. La serosidad, constantemente exudada por los focos eczemáticos, se deseca y forma costras más o menos espesas, amarillentas, a veces negruzcas dando lugar a pequeñas hemorragias subyacentes: éste es el *eczema costroso*. El prurito no falta nunca y siempre el rascado viene en seguida a complicar el aspecto de la erupción. Se presentan entonces placas rojas, más o menos inflamadas, cubiertas por lesiones de rascado formando grupos irregulares de vesículas no abiertas y de superficies secretantes de un rojo vivo y masas costráceas, más o menos adherentes. Es el aspecto más característico del *eczema vulgar* o *amorfo*. De duración esencialmente variable, según el carácter agudo o crónico del brote eruptivo, este período rezu-

mante y costroso se transforma en fase de *descamación*. El rezumamiento disminuye y desaparece, las costras se desprenden y la descamación empieza con la expulsión no solamente de las costras, sino de escamas más o menos grandes y la reparación de la epidermis alterada. Puede verse, e incluso es corriente, que estas fases coexistan, y se confundan en puntos próximos; la descamación se presenta cuando en otros puntos aparecen nuevas vesículas que a su vez rezumarán y se transformarán en costras. Al final del brote, el tegumento presenta, en las zonas eruptivas, un color rosa, una apariencia de fragilidad y finura que se explica con la presencia de una epidermis recién formada. Estas modificaciones locales del tegumento persisten a veces mucho tiempo. En los eczemas antiguos, las uñas a veces se deforman presentándose acanaladas transversal o longitudinalmente, con tendencia al desprendimiento y descamación de la uña. Las erosiones de las uñas son frecuentes.

Hemos descrito la forma más corriente del eczema. A veces, y se presenta en forma que interesa conocer, el eczema se caracteriza por la aparición de vesículas finas al nivel de los elementos eruptivos, ligeramente urticados y papulosos, que centran y coronan de tal manera, que, en este estado, no se diferencian mucho de las lesiones elementales del prurigo simple y del estrófulo. Cuando las vesículas rotas han formado las costras amarillentas o negruzcas, el aspecto eruptivo recuerda muchísimo el aspecto del prurigo vulgar. El diag-

nóstico podrá en muchos casos ser difícil, y es el agrupamiento en placas de los elementos y su topografía que no afecta la sistematización que se ve en el prurigo e incluso la coexistencia de placas de eczema vulgar, lo que permitirá hacer el diagnóstico; y aun habrá que hacer la salvedad de que los prurigos pueden eczematizarse y que no siempre es fácil determinar cuál ha sido la primera de las dos afecciones. No obstante, esta observación prácticamente no tiene una importancia capital, pues es lógico que existan grandes analogías entre los prurigos y la forma de *eczema pápulo-vesiculoso*, de que hemos hablado.

Además de estas dos grandes formas, el *eczema vesiculoso*, *eczema vulgar* o *amorfo* y el *eczema pápulo-vesiculoso*, se pueden ver otras formas clínicas, según las tendencias evolutivas, las complicaciones locales que les acompañan, o localizaciones especiales.

Existen formas agudas de eczema donde el brote, a veces intenso y casi siempre extendido, tiene una duración efímera, de algunos días a semanas. Es en el *eczema agudo* donde se encuentran las formas más inflamatorias del eczema. El *eczema rubrum*, que puede residir en todos lados, pero que muy a menudo se localiza en la cara, y a veces puede simular una erisipela, es una variedad. El *eczema crónico*, que frecuentemente se encuentra en las formas pápulo-vesiculosas, puede durar meses, a veces años. Una evolución tan larga lleva consigo brotes eruptivos con fases intercaladas en que la afección está latente, pero no deja

de manifestar su persistencia por ciertas manifestaciones más o menos rebeldes. Entre las formas más corrientes del eczema crónico, citaremos el *eczema numular*, que su nombre ya define, y que es de una cronicidad desesperante. El *eczema tricofitoide*, a veces crónico también, se distingue por sus bordes limitados; nos basaremos para eliminar la tricofitia cutánea en que, en el eczema que puede simularla, los bordes no tienen nunca la regularidad tan perfecta que tienen las placas de herpes circinado, y dejan rebasar por algún lado sus elementos.

El eczema del cuero cabelludo es poco más o menos un eczema seborreico y no entra en el eczema verdadero. Pondremos aparte el eczema del borde del cuero cabelludo susceptible de extenderse y generalizarse, y el eczema de los labios que se ve en los individuos que usan tinturas capilares (parafenildiamina) o dentífricos irritantes (salol). Se trata en este caso de dermatitis eczematiformes de causa externa. Las localizaciones, en todos los orificios naturales, sobre todo en la boca, tienen un aspecto atípico que se caracteriza por el color rojo y la descamación que las acompaña y una vesiculación más histológica que clínica; *la descamación recidivante y persistente de los labios*, clasificada por casi todos los autores en el grupo del eczema, es una afección mal conocida. Pasa lo mismo con la *descamación recidivante de las manos*, en que la causa invocada no es tal vez verdaderamente exacta. En todo caso, ciertos hechos de este orden son

francamente mejorados con tintura de yodo alcohólica, lo que permitiría suponer la posibilidad de un origen micótico en ciertos casos (FAVRE). Algunos eczemas de los pliegues, de los pliegues interglúteos y de los espacios interdigitales, pueden tener la misma etiología; volveremos a hablar de ello con las micosis. El eczema de la mama, que puede hacer pensar en la hipótesis de una enfermedad de PAGET, por su duración y por la ausencia posible de otra lesión de eczema, podrá ser una sarna ignorada, un embarazo o una lactancia.

En las regiones palmares y plantares, el eczema reviste una forma *hiperqueratósica* y *fisurada*; los tegumentos se engruesan, cubriéndose de una verdadera capa córnea, surcada de fisuras y de grietas muy dolorosas. Existe también en las manos y pies una afección muy curiosa, que hay que conocer: es la *dishidrosis*. Esta afección de las estaciones, que se manifiesta sobre todo en primavera y otoño, casi siempre recidivante, da lugar a vesículas más o menos voluminosas, tensas, brillantes, incrustadas en la dermis, resistentes y constelando los tegumentos como granos de salvado. Está formada por vesículas cuya abertura deja salir serosidad. El prurito es intenso; sus vesículas, que salen en piel sana, empiezan casi siempre en los espacios interdigitales, corriéndose luego a las manos y pies, constituyendo a veces los únicos elementos eruptivos. Pueden acompañarse también del color rojo más o menos vivo de los tegumentos y terminar por transformaciones insensibles, en

un eczema de los más típicos. Su duración es variable, las vesículas se secan y sigue una descamación fina o de grandes escamas. Se pueden presentar varios brotes. No es posible achacarlo a la obturación de los orificios de las glándulas sudoríparas y retención del sudor. Actualmente hay la tendencia a creer que la dishidrosis es un eczema, con la reserva de que en algunos casos puede tratarse de una micosis, a juzgar por los buenos resultados de la terapéutica local yodada.

El eczema puede complicarse ya sea por infección, *eczema impetiginoso*; ya sea con una modificación crónica de la piel del tipo de la liquenificación: *eczema liquenificado*.

Al revés, la *eczematización* se presenta como complicación de una dermatosis anterior. Un impétigo puede eczematizarse, y será muy difícil aclarar la cuestión entre un eczema impetiginoso y un *impétigo eczematizado*. Los prurigos también pueden determinar una eczematización secundaria. El diagnóstico de las lesiones iniciales es siempre difícil.

**Etiología.** — Las causas que intervienen en la génesis del eczema son múltiples. Después de mucho tiempo se ha buscado su origen *infeccioso*. UNNA ha encontrado en la serosidad y en las costras, en el período secretante, un microorganismo al que ha dado el nombre de morococo y que otros autores han clasificado como un estafilococo. Los microorganismos encontrados los podemos considerar como saprofitos, y la presencia del estafilococo en

la superficie de los tegumentos como agentes de infección secundaria, ya que las vesículas del eczema contienen líquido primitivamente aséptico. Sin embargo, la frecuencia de lesiones eczematosas alrededor de las heridas de guerra infectadas y focos de infección cutánea ha llamado nuevamente la atención de los dermatólogos (FAVRE). Se ha comprobado que existen lo que este autor ha llamado dermoepidermitis microbianas eczematiformes; sin embargo, no todos los eczemas tienen este origen y aun en casos de verdadero eczema microbiano falta encontrar la causa de una eczematización que no es siempre constante.

Asimismo, las *irritaciones físicas y químicas* pueden ser su causa. Conocemos el *eczema solar*, que en ciertos individuos se ve después de la exposición tegumentaria a los rayos solares a veces muy corta. La radiodermatitis puede tomar un aspecto eczematiforme. Ciertas profesiones exponen al eczema al individuo que las desempeña; así es que las lavanderas, los confiteros, los tenderos de comestibles, los albañiles y los que hacen el cemento tienen eczemas después del contacto con ciertas materias de su profesión o sencillamente después del lavado con agua y jabón. Estas *dermitis eczematiformes*, de causas externas, importa conocerlas, pues tienen un tratamiento terapéutico especial. No nos atreveremos a afirmar que esto aclare el problema de la etiología del eczema, pues esta sensibilidad a ciertas irritaciones físicas, o químicas, son especiales de ciertos individuos, y cabe preguntar

si la causa aparente no se ha contentado en estas circunstancias con determinar la oclusión de una dermatosis en actividad. En efecto, si bien corrientemente la afección queda reducida a las partes irritadas, manos y muñecas en particular, y muy a menudo cede con la supresión de la causa guardando, sin embargo, una tendencia indiscutible a reproducirse, como si el sujeto estuviese definitivamente sensibilizado, hay que notar que esta sensibilización de los tegumentos aparece siempre al cabo de cierto tiempo y cuando la irritación ha ejercido sus efectos durante un tiempo determinado. Por otra parte, estas causas de irritación no ejercen sobre todos los individuos que se dedican a una misma profesión un efecto parecido; en fin, no es raro ver una dermatitis eczematosa de causa externa generalizarse y tomar el aspecto de un eczema típico. Hay todavía un sin fin de consideraciones que podrían ponerse a contribución. Lo mismo podríamos decir de los eczemas que vienen a menudo a complicar una sarna, una pediculosis o una dermatosis cualquiera.

Aparte de los hechos que hemos visto, la etiología del eczema es un problema. Esta afección puede presentarse a toda edad. Hemos citado las formas crónicas con su desesperante tenacidad. Las formas agudas, muchas veces no son más que una señal de alarma, y el individuo que las sufre será atacado nuevamente y tal vez acabe en la forma crónica. En este caso se puede defender el concepto eczematoso por el cual DARIER caracteriza esta predispo-

sición especial de algunos sujetos que tienen eczema por cualquier cosa. La herencia no es rara en los enfermos, tanto si se trata de herencias similares u homólogas y cuando los ascendientes o colaterales han sido eczematosos o han tenido dermatosis llamadas diatésicas, como si se trata de una herencia humoral, siendo los padres del enfermo gotosos, reumáticos crónicos, litisiacos y artríticos, según la expresión de BOUCHARD. Es un hecho común encontrar en estos enfermos, alternando, alguna de estas afecciones y brotes cutáneos. Al lado de estos hechos que parecen solucionar el problema, hay otras circunstancias donde el eczema parece constituir una manifestación única. Muy a menudo en estos hechos se podrá notar insuficiencia hepática ligera (más de un eczema se mejora en VICHY), un funcionamiento defectuoso de los emuntorios, un estreñimiento pertinaz, una lentitud y anomalía en la digestión, así como la higiene de alimentación defectuosa o la taquifagia y polifagia y la ingestión de alimentos tóxicos o el exceso de alcoholes. Los sujetos nerviosos, que hacen vida sedentaria, o bien que llevan una vida de preocupaciones, de agotamiento físico, y sobre todo intelectual. Estos agotados del sistema nervioso pagan un gran tributo al eczema. En los niños eczematosos se encuentra la coexistencia de la dermatosis con la dentición y se descubren en los enfermos trastornos digestivos y defecto de alimentación. No es que esto sea la clave del problema; pero permite relacionar el eczema con las mani-

festaciones clínicas que lo acompañan o alternan con él, y hacer entrar la dermatosis en el cuadro de las enfermedades o trastornos de la nutrición. Esto no hace más que embrollar el problema. Ciertos investigadores, yendo más allá, hacen responsable a una sensibilización especial de los enfermos por una impregnación sifilítica o tuberculosa que obraría indirectamente sobre los tegumentos por intermedio de las glándulas endocrinas o del sistema nervioso vegetativo. Estas concepciones modernas tienen cierto interés, si bien los hechos observados y el análisis de su base científica son bastante frágiles. Sin embargo, son compatibles con las consideraciones anteriores.

**Tratamiento.** -- Desde luego se suprimirán todas las causas que sea posible y que puedan provocar el brote de eczema. Si existe una causa local, será combatida, así como las causas de irritación físicas y químicas. No hay que tener reparo en recomendar el abandono de su profesión a un eczematoso cuando suponemos que es la causa provocadora. Se pensará en la posibilidad de un eczema como complicación de una sarna o de una pediculosis, y el tratamiento antiparasitario será el corolario y en ciertos casos el prelude de la terapéutica antieczematosa. Tampoco se dejará de tratar el impétigo y el prurigo, que se puedan eczematizar, por los medios apropiados. No hablamos de ciertas micosis eczematiformes que no son eczemas propiamente dichos, en las que está indicada la medicación local yodada.

Quedan los eczemas llamados « diatésicos », de los cuales no conocemos la causa. ¿Qué terapéutica general se les debe aplicar? Con motivo de esto las escuelas de Viena y la escuela francesa, con BROCO, se han puesto frente a frente, la primera tendiendo a la terapéutica exclusivamente local, la segunda creyendo en la necesidad de un tratamiento general para modificar el terreno. Estos dos conceptos más o menos modernizados, el vienés por la noción de eczemas microbianos, el francés por las teorías humorales de sensibilización, continúan opuestos. Dejando aparte los eczemas microbianos, muy bien descritos por FAVRE, y que necesitan ante todo una terapéutica local, reconocemos que tenemos preferencias por la opinión francesa que defiende NICOLAS, en la que hemos podido apreciar varias veces sus fundamentos. Somos partidarios de la higiene general y del régimen en la terapéutica de los eczemas; pero no hay que exagerar la nota, no hay que exponer a los enfermos inútilmente a un régimen severo que les lleva a la inanición y que aumenta su dermatosis desesperadamente rebelde. Los que sistemáticamente rechazan la dietética en la terapéutica dermatológica no llevan tampoco razón, pues todo dermatólogo conoce casos de curación del eczema exclusivamente con un régimen. No insistiremos más sobre esta polémica y preferimos dar nuestra opinión sobre este asunto.

El eczema constituye una afección cutánea para cuyo tratamiento racional el dermatólogo

debe ser también un buen médico. El enfermo necesita un examen médico completo, con un interrogatorio muy serio de sus antecedentes personales, colaterales y hereditarios, una investigación minuciosa en lo que concierne a su género de vida, sus ocupaciones profesionales, la higiene de su alimentación y un estudio profundo del funcionamiento de los diversos aparatos de su organismo. De este balance resultarán las indicaciones terapéuticas. Un individuo con insuficiencia hepática, por ligera que sea, hay que cuidarlo en este sentido; otro en que la función renal es defectuosa, sacará mucho beneficio de una medicación apropiada a este estado. Los trastornos digestivos justificarán una higiene alimenticia severa, y el estreñimiento persistente será también combatido. Los niños eczematosos se vigilarán desde el punto de vista de la regularidad, del número de las tetadas, de las tomas de los alimentos, de la calidad de la leche. Cuando el interrogatorio médico no ha dado datos precisos o sólo revelado las perturbaciones ligeras de una vida algo agitada, se tendrá cuidado, en las prescripciones, de seguir los principios que ya hemos expuesto al principio de esta obra. Aconsejar a los enfermos el reposo físico y moral, proscribiendo la taqui y la polifagia, así como los alimentos tóxicos y las bebidas alcohólicas o excitantes, que traerá consigo, casi siempre, el adelgazamiento y será un bien indudable para el enfermo, que se encontrará en buenas condiciones para curar su eczema. Hay en este asunto

factores individuales que harán que el dermatólogo asocie los regímenes según sus observaciones y la intensidad de la dermatosis en cada caso. Desde el régimen simplemente hipotóxico hasta la dieta hídrica, siempre de corta duración, hay todos los intermedios pasando por el régimen lactovegetariano y lácteo.

Ya hemos dicho que hay una tendencia a considerar una impregnación tuberculosa o sífilítica latente en muchos casos. Esta concepción llevará ya una medicación reconstituyente y remineralizadora, ya un tratamiento anti-sifilítico, que podrá ser *per os* y a dosis débiles, tanto como terapéutica de desensibilización, como tratamiento específico.

RAVAUT aconseja para los eczemas crónicos y rebeldes el hiposulfito sódico por ingesta o por vía intravenosa y el cacodilato sódico intravenoso a altas dosis progresivamente crecientes. La autohemoterapia puede dar buenos resultados, si bien inconstantes.

Las curas termales constituyen un precioso recurso para los casos rebeldes y desesperados. Vichy será útil en los insuficientes hepáticos; en otros casos se dará la preferencia a las aguas sedantes como Nérís o Saint-Honoré, las arsenicales como la Bourbonle o las sulfurosas débiles como Saint-Gervais.

*El tratamiento local* variará según los casos.

En los eczemas agudos y secretantes, el tónico ideal es la cura húmeda tal como la hemos descrito, o en su lugar las pulverizaciones. Cuando haya pasado el período inflamatorio, se podrán usar las lociones repetidas de coci-

mientos vegetales calientes o fríos, secados después por el empolvado de polvos minerales, y por la noche unciones con una pasta oclusora (pasta de Lassar), con estovaína o sin ella, o bien con una crema cualquiera. Hay que prescindir en estas formas agudas de todo tónico irritante, lo mismo que de los agentes reductores. La dishidrosis se tratará de la misma manera, pudiéndose utilizar también los baños locales con agua almidonada, de 5 minutos de duración y repetidos mañana y tarde.

En los eczemas crónicos, eczema numular, eczema tricofitoide, eczema liquenoideo, podrán emplearse tópicos más activos, sobre todo el ictiol. He ahí una fórmula:

|                              |           |
|------------------------------|-----------|
| Estovaína. ....              | 0,80 gr.  |
| Ictiol. ....                 | 4 —       |
| Lanolina. ....               | } aa 10 — |
| Vaselina neutra. ....        |           |
| Oxido de cinc. ....          |           |
| Almidón. ....                |           |
| Aceite de almendras dulces.. |           |

En las formas muy localizadas, como en las placas de eczema numular, eczemas del pezón, pueden emplearse las pincelaciones con solución de nitrato de plata al 1/15 ó 1/10 seguidas de un barnizado con alquitrán de hulla puro que se deja colocado durante ocho días.

En los eczemas hiperqueratósicos palmares o plantares, se tratarán las fisuras por toques diarios de nitrato de plata al 1/10, combatiendo

la hiperqueratosis con pomadas salicílicas al 1/60 a 1/40. Las mismas indicaciones se seguirán en el período descamativo del eczema escamoso y en vías de curación, por ejemplo la siguiente fórmula de GAUCHER.

|                              |   |    |          |
|------------------------------|---|----|----------|
| Acido salicílico .....       | } | aa | 0,50 gr. |
| Azufre pulverizado .....     |   |    |          |
| Alcanfor pulverizado. ....   | } | aa | 10 —     |
| Aceite de enebro .....       |   |    |          |
| Aceite de almendras dulces.. | } | aa | 15 —     |
| Talco .....                  |   |    |          |
| Oxido de cinc. ....          |   |    |          |

Las fórmulas a emplear son incontables. Lo que hay que procurar es la prudencia en el uso de los medicamentos. Hemos indicado las reglas generales que hay que seguir. Sin embargo, éstas pueden fallar debido muchas veces a una sensibilidad individual de la piel. No hemos hablado tampoco de los eczemas complicados, en particular el eczema impetiginoso. Es evidente que hay que tratar esta complicación.

## DERMATOSIS AMPOLLOSAS PÉNFIGOS DERMATITIS POLIMORFAS

Clasificamos en este grupo todas las afecciones cutáneas formadas por ampollas.

### DERMATOSIS AMPOLLOSAS LOCALIZADAS

*LAS AMPOLLAS CONSTITUYEN UN  
EPIFENÓMENO EN EL CURSO DE  
UNA ENFERMEDAD INFECCIOSA  
O NERVIOSA CLASIFICADA.*

Se pueden encontrar ampollas en la siringomielia, en la lepra y en las infecciones purulentas; no nos detendremos en ellas.

### *LAS AMPOLLAS PUEDEN SER TRAUMÁTICAS*

Son bien conocidas las ampollas que se obtienen por vesicación. Se ha hablado mucho

de un pénfigo histérico caracterizado por una erupción ampollosa hemorrágica, pustulosa o a veces fisurada presentándose por crisis en las jóvenes o mujeres nerviosas. No obstante, la irregularidad de los elementos eruptivos, sus contornos geométricos, su residencia en las regiones accesibles por el individuo, han orientado las investigaciones hacia el lado de una dermatitis provocada. En estos casos una exploración bien llevada nos permite llegar a conocer los maníacos y descubrir la mitomanía y la patomimia. El histerismo no produce fenómenos tróficos de la piel.

#### DERMATOSIS ACCIDENTALMENTE AMPOLLOSAS

**TOXIDERMIAS AMPOLLOSAS.** — Existen antipirínides ampollosas cuyas localizaciones son la boca y los órganos genitales; las yódides ampollosas que afectan el cuello y los pliegues; las brómides ampollosas casi siempre vegetantes.

**PÉNFIGO SIFILÍTICO DE LOS RECIÉN NACIDOS.** — Verdadera sífilis ampollosa. Reside en las regiones palmares y plantares en los recién nacidos heredosifilíticos. Se presenta bajo la forma de manchas papulosas, violáceas o cobrizas, aisladas o confluentes, con la epidermis levantada por una serosidad oscura o sanguinolenta. Estos elementos son del

tamaño de un cañamón y puede aumentar su tamaño hasta el de una habichuela grande. Al cabo de dos o tres días se secan y dejan una exulceración cubierta de costras. Los trepone-mas se encuentran, en cantidad, en el líquido de las ampollas.

**ERITEMA POLIMORFO AMPOLLOSO.** — (Hidroa, herpes iris de BATEMAN) (v. Eritemas).

#### DERMATOSIS AMPOLLOSAS RARAS

##### **HIDROA VACUNIFORME DE BAZIN.** —

Afección rara que se presenta en los primeros años de la vida y desaparece a veces espontáneamente sobre los 30 años. Se caracteriza por vesículas que se umbilican en el centro, tomando así un carácter vacuniforme. Las ampollas se rompen dejando en su lugar una costra, que deja a su vez una cicatriz deprimida. Es una dermatosis de las estaciones, siendo más común en primavera y verano; reside exclusivamente en las partes descubiertas: nariz, orejas, mejillas, frente. Los síntomas generales son excepcionales, y los subjetivos, ligeros. Hay una constante hematóporfirinuria. Se admite actualmente el papel primordial que desempeñan los rayos solares sobre una piel sensibilizada por la hematóporfirina. No hay tratamiento general, y el tratamiento local será preventivo (protección contra los rayos solares) y paliativo (aplicación de tópicos calmantes y anodinos).

**IMPÉTIGO HERPETIFORME DE HEBRA-**

**KAPOSI.** — Afección rara, caracterizada por pequeñas pústulas miliares que imitan la agrupación del herpes y aparecen sobre manchas rojas anteriores. Muy rápidamente estas lesiones se juntan y forman grandes placas costrosas en el centro, pustulosas en la periferia. Partiendo de las regiones inguinocrurales, el ombligo, los lomos, las axilas, estas lesiones también pueden extenderse. Se ven en el embarazo o el puerperio. Estas lesiones no son pruriginosas. El estado general es siempre grave, con escalofríos, fiebre remitente, estado tífico, tetania y eclampsia. El pronóstico es fatal. Como el contenido de las ampollas parece aséptico corrientemente, se tiende a hacer una autointoxicación del embarazo, habiéndose propuesto inyecciones de suero de mujer embarazada normal.

**ACRODERMATITIS CONTINUA DE HAL-**

**LOPEAU.** — Flictenosis recidivante de las extremidades de AUDRY. Muy parecida a la enfermedad de Dühring, esta afección es una piodermitis que evoluciona sobre un terreno predispuesto por trastornos tróficos de origen nervioso. Principia bajo la forma de panadizo, después se producen verdaderas ampollas purulentas, que, de las extremidades, pasan a los dedos y manos. Las uñas presentan trastornos tróficos muy marcados. Hay dolor y prurito. La afección dura años y no cede más que momentáneamente con los tratamientos locales.

**DERMATOSIS AMPOLLOSAS  
MICROBIANAS EXTERNAS**

Generalmente localizadas, raras veces generalizadas.

**PÉNFIGO EPIDÉMICO DE LOS RECIÉN  
NACIDOS.** — Se ve en los niños y en los lac-

tantes, con preferencia en los asilos y hospitales. Ataca a los sujetos en plena salud tanto como a los atrépsicos. Se localiza en los pliegues del cuello, del tronco y de los miembros. Forma ampollas que aparecen sobre placas eritematosas y que dejan, después de su rotura y evacuación de su contenido, costras que desaparecen muy pronto. La afección es contagiosa y el líquido de las ampollas inoculable. Se ha incriminado al estreptococo y sobre todo al estafilococo dorado. El tratamiento curativo es el de las piodermitis. El tratamiento preventivo consiste en el aislamiento y uso de ropas esterilizadas (E. WELL).

**IMPÉTIGO AMPOLLOSO** del adulto, muy raro, afección idéntica a la anterior.

## DERMATOSIS AMPOLLOSAS GENERALIZADAS

### DERMATOSIS ACCIDENTALMENTE AMPOLLOSAS. — URTICARIA AMPOLLOSA

(Véase Urticaria)

### DERMATOSIS PRIMITIVAMENTE O RÁPIDA Y ESENCIALMENTE AM- POLLOSAS.

De evolución aguda

Monomorfas

#### PÉNFIGO AGUDO FEBRIL GRAVE. —

Afección muy rara (unos 20 casos conocidos). Se caracteriza por un principio rápido, una reacción febril intensa, una erupción de ampollas serosas o hemorrágicas y una terminación rápida por la muerte, casi nunca por curación.

La afección empieza como una enfermedad febril grave con escalofríos, malestar general, agujetas, dolores erráticos, anorexia, mucha sed, vómitos viscosos, después alimenticios, diarrea, astenia, cefalea, insomnio y agitación o delirio con postración, pulso rápido (100-120), temperatura elevada (39-40°). A veces se

encuentra en los antecedentes un rasguño o picadura en la mano; con mucha frecuencia se trata de individuos que desempeñan una profesión especial (matarife, tripero). Casi siempre, 24 ó 48 horas después del comienzo, los signos generales se mejoran. Entonces se producen uno o más brotes de ampollas. Son ampollas que aparecen en piel sana, no tan corriente sobre manchas rojas o edematosas, nunca inflamatorias. Estas ampollas tienen un contenido cetrino y a veces hemorrágico primitiva o secundariamente, pero siempre se oscurece rápidamente, y luego se hace seropurulento. Las ampollas se rompen y dejan en su lugar una superficie roja, sanguinolenta, rezumante y dolorosa, que cicatriza en ocho días y deja una mancha pigmentada. A veces, las ampollas se secan y dan lugar a costras amarillentas y a veces negruzcas, que caen y dejan pigmentada la epidermis nueva.

Estas ampollas pueden localizarse en el cuello, pecho, nalgas, miembros inferiores y superiores; pueden extenderse a todos los tegumentos. De momento son discretas, luego confluyen rápidamente, simulando quemaduras extensas, y se pueden extender a las mucosas, boca, nariz y faringe, determinando epistaxis y disfagia.

El prurito y picor son intensos cuando se abren las ampollas; el dolor es vivo en las exulceraciones.

Entonces los fenómenos generales tienen toda su intensidad. Se encuentra estreñimiento o diarrea de tipo infeccioso. La orina

es rara, albuminosa; la respiración, frecuente. La temperatura se mantiene alrededor de 40 y 41° con máximas nocturnas. Cuando la afección evoluciona hacia la muerte, los signos se agravan; el delirio y excitación se exageran, después evoluciona rápidamente hacia la depresión y el coma.

La afección dura de 6 días a 3 semanas. Casi siempre termina por la muerte; la curación es muy rara, pero posible, y NICOLAS ha constatado una vez este desenlace en un jockey.

La autopsia descubre a veces neumonía hipostática y congestión renal. No se encuentra nada en los centros nerviosos. Considerando la enfermedad como infecciosa, se ha buscado y encontrado en el líquido de las ampollas, gran variedad de microbios, así como en la orina y en la sangre de los enfermos. La afección se ve con más frecuencia en los individuos que tratan con los cadáveres de animales (matarifes, triperos, carniceros, curtidores y cocineros); frecuentemente la entrada se encuentra en forma de herida en la mano. Con NICOLAS Y MOUTOT, hemos publicado un caso análogo en un sifilítico que presentaba una estomatitis mercurial y que tenía estreptococos en las ampollas y en la sangre. Estas consideraciones permiten clasificar esta afección como una septicemia o sépticopioemia con reacción cutánea ampollosa de gérmenes variables. Lo que diferencia esta enfermedad, es su curso clínico de septicemia ampollosa de evolución rápida y grave.

El tratamiento será ante todo sintomático: quinina, colargol, electrargol, inyecciones de suero contra la infección; inyecciones de caféina contra la debilidad cardíaca; inyecciones de éter contra la adinamia; lavativas contra el estreñimiento. Localmente, grandes empolvados; después de la punción de las ampollas, unturas con linimento oleocalcáreo y envolver con gasas. En las mucosas, baños locales emolientes, alcalinizados, con borato o bicarbonato sódico.

### Polimorfias

#### DERMITIS POLIMORFA DOLOROSA AGUDA. — Antigua dermatitis herpetiforme de DÜHRING, la dermatitis polimorfa dolorosa de DÜHRING-BROCO se presenta en forma aguda o en una forma crónica recidivante, habiendo entre estas dos formas, formas intermedias. La primera de estas formas, que es la que nos interesa aquí, se parece mucho al eritema polimorfo ampoloso, del cual, sin embargo, BROCO la separa.

La dermatitis polimorfa aguda, al contrario de las formas crónicas, ataca con preferencia a los individuos jóvenes, particularmente a los hombres. La afección es estacionaria, presentándose más en mayo y junio, en septiembre y octubre.

Su etiología y su patogenia son completamente desconocidas.

Los signos subjetivos (quemazón, escozor

y prurito) son siempre anteriores a la erupción; a veces persisten y raramente subsisten a ella. Ésta está constituida por manchas rojas, a veces urticadas, sobre las que aparecen vesículas o ampollas que pueden también surgir en piel sana. Estos elementos se localizan primero en los miembros superiores (cara dorsal de las manos, muñecas), en los miembros inferiores, en el tronco, raramente en las orejas, labios o escroto. Después la erupción se extiende y generaliza, respetando generalmente la cara. Las mucosas (lengua y paladar) son casi siempre atacadas.

Lo que caracteriza la erupción en el período de estado, es su polimorfismo: los elementos eritematosos redondeados o circinados, las pápulas pruriginosas y las pápulo-vesículas, se parecen a vesículas, ampollas transparentes casi nunca hemorrágicas, pústulas que se presentan de repente, o que son debidas a la transformación purulenta del contenido de las ampollas, elementos todos situados en piel sana o sobre placas eritematosas y que se presentan diseminados o agrupados alrededor de un elemento central. Secundariamente a la abertura de las vesículas y ampollas y a la reparación de los tegumentos bajo la acción del rascado, se ven escamas, costras, lesiones de rascado y exco-riaciones.

La evolución es por brotes sucesivos y disminuyendo de intensidad, durando de 5 a 10 días. La duración total es de 20 a 30 días.

Los signos subjetivos, prurito, escozor,

sensación de calor y de quemadura existen siempre en el sitio de la erupción.

A menudo se presentan dudas con el eritema polimorfo ampolloso. En la forma aguda de la enfermedad de DÜHRING, hay mayor tendencia al agrupamiento de las lesiones, la evolución es por brotes sucesivos, las recidivas y las recaídas no son raras y los fenómenos dolorosos intensos.

El tratamiento combatirá a la fiebre, si la hay, con quinina a la dosis de 0,75 gramos por día en tres tomas. Si la temperatura es normal, BROcq recomienda los medicamentos vasoconstrictores:

Píldoras con:

|                       |                    |
|-----------------------|--------------------|
| Quinina .....         | 5 centigramos.     |
| Cornezuelo de centeno | 5 —                |
| Estricnina .....      | 2/10 de miligramo. |
|                       | (N.º 5 por día.)   |

Se sostendrán las fuerzas de los enfermos con tónicos. Se suprimirán todos los tóxicos de la alimentación. Localmente se harán unturas de vaselina pura, de coldcream fresco o linimento oleocalcáreo, protegiendo las partes enfermas con curas asépticas. En el caso de prurito intenso, se podrá incorporar al linimento un poco de mentol o ácido fénico. Si las ampollas están tensas y son dolorosas, se podrán abrir asépticamente y cubrirlas con una cura estéril.

## De evolución crónica

### Dermatosis de pronóstico variable

#### DERMITIS POLIMORFAS DOLOROSAS

**CRONICAS.** — Son escasas. Se ven en todos los países. Aparecen en los niños (hidroa puerorum de UNNA). Se ven más a menudo en los adultos de 16 a 30 años, a veces de los 47 a 62 años (formas graves). Pueden aparecer en los dos sexos. Casi siempre se trata de neurópatas, de agotados. Las emociones pueden favorecer los brotes, así como las vacunas. Se ha observado esta afección en los reumáticos, los linfáticos, los alcohólicos y los morfómanos. Ciertos medicamentos como el yoduro potásico, y ciertos alimentos, como la carne, determinan también esta afección.

El cuadro clínico se superpone al de la dermatitis polimorfa dolorosa aguda. La larga duración de la afección explica la tumefacción de los ganglios, la repercusión en las faneras (caída de cabellos y pelos), los trastornos digestivos, el adelgazamiento, la debilidad y el insomnio habitual. Es frecuente una ascensión térmica a 38 ó 39°, en el momento de los brotes. Lo que caracteriza esta forma es su larga duración, con brotes de 15 a 45 días separados por períodos de calma más o menos completa, de duración variable. Hay formas subagudas que duran varios meses

y formas crónicas que se prolongan durante años. En las formas graves la afección evoluciona al pénfigo foliáceo y viene la muerte por debilidad progresiva, diarrea y caquexia.

El *hidroa puerorum* que se ve en los niños no presenta ninguna particularidad. Se atenúa casi siempre en la pubertad. No se trata más que de una forma clínica de la enfermedad de DÜHRING.

Lo mismo sucede con el *herpes gestationis*, que se ve en las mujeres embarazadas y a veces provoca el aborto.

El pronóstico de la dermatitis polimorfa dolorosa crónica es generalmente benigno. Hay a veces formas graves; además, aun en los casos benignos, la existencia del enfermo es muy molesta.

BROCO pretendió encontrar en la eosinofilia de la sangre y del líquido de las ampollas un criterio de la afección. Actualmente el hecho parece menos cierto.

La teoría infecciosa no puede sostenerse. La hipoazouria ha hecho germinar la teoría de la autointoxicación. El papel que desempeña el sistema nervioso no está demostrado. Parece que debemos identificarnos, con BROCO, para la concepción de una reacción cutánea especial debida a causas variables.

El diagnóstico diferencial con otras dermatosis ampollosas depende del estudio de ésta y sus diferentes caracteres.

El tratamiento local es el mismo que en las formas agudas. Al interior, el yoduro po-

tásico, recomendado por algunos autores, exagera los brotes y hay que desecharlo. Pasa lo mismo con el arsénico. Se puede probar el método de RAVAUT (cacodilato sódico intravenoso a grandes dosis progresivamente aumentadas). Los medicamentos vasoconstrictores y los calmantes del sistema nervioso son útiles. La autohemoterapia nos ha dado buenos resultados en casos rebeldes, pero inconstantes. Están indicados el reposo, la cama y un régimen atóxico.

### Dermatosis benignas. — Pénfigo congénito

Afección cutánea, rara, familiar o hereditaria, congénita, a veces un poco más tardía. La consanguinidad de los padres puede ser su causa.

#### Monomorfo

**EPIDERMOLISIS AMPOLLOSA HEREDITARIA** o pénfigo hereditario traumático simple. Se caracteriza por la tendencia de ciertos individuos a la formación de ampollas serosas, a veces sanguinolentas, bajo la acción de un choque, de la simple presión de los vestidos, o del contacto del calzado. Las ampollas tensas, subcórneas se desarrollan en piel sana en un punto cualquiera del tegumento; pueden presentarse en la mucosa bucal; curan pronto y bien.

#### Polimorfo

**PÉNFIGO PROGRESIVO CON QUISTES EPIDÉRMICOS** o pénfigo congénito de tendencia cicatrizal. Se presenta en seguida o rápidamente después del nacimiento, bajo la forma de ampollas en apariencia espontáneas y que se manifiestan en diversos puntos. Estas ampollas se reproducen incesantemente en las regiones expuestas a la presión: rodillas, codos, orejas, extremidades y mucosas. El tegumento donde residen las ampollas, toma un aspecto atrófico, cicatrizal; la piel es delgada, de rojo violáceo o pardo. Las mucosas atacadas presentan las mismas modificaciones y se pueden ver estenosis laríngea y ectropión más o menos marcado. La piel presenta pequeños granos blancos y opacos que son los quistes epidérmicos. Las uñas se deforman y caen. El signo de NIKOLSKY (desprendimiento de la capa córnea de la epidermis bajo la acción de una simple presión) se encuentra frecuentemente. Esta afección se puede atenuar con la edad o localizarse.

El tratamiento consiste en evitar los traumatismos, cubrir las lesiones con curas protectoras y dar medicamentos tónicos. La opoterapia está indicada, pues estos enfermos son generalmente insuficientes endocrinos. FAVRE ha visto en casos sospechosos de heredosifilis la acción beneficiosa del tratamiento específico.

## Dermatosis graves

## Monomorfia

**PÉNFIGO CRÓNICO VULGAR GRAVE.** —

Dermatosis ampilosa rara, poco dolorosa, de evolución progresiva, y que termina casi siempre por la muerte.

El comienzo es insidioso. La afección se ve con preferencia en los debilitados y enfermos de nefritis y en los eczematosos. Los elementos cutáneos aparecen primeramente en el tórax, después al nivel de la cavidad bucal, generalizándose más tarde. Los signos subjetivos son nulos o insignificantes.

Las ampollas aparecen rápidamente sobre la piel sana y se llenan de una serosidad cetrina y transparente. A veces las ampollas poco tensas o flácidas contienen un líquido espeso; no hay aréola inflamatoria. Los elementos alcanzan el volumen de un guisante a un huevo. Al principio los elementos son escasos, pero en seguida se multiplican por brotes sucesivos. Las ampollas se rompen y dejan una excoiación, a lo cual sigue una epidermis pigmentada. Cuando las ampollas presentan una transformación purulenta con aréola inflamatoria y no se rompen, se forma una costra amarilla que, al desprenderse, deja una epidermis pigmentada. Se describen variedades hemorrágica, ulcerosa, gangrenosa y difteroiide. Al principio la ampolla evoluciona en ocho o diez días;

más adelante, con más lentitud. Cuando hay confluencia de los elementos cutáneos, se presenta el cuadro clínico de la dermatitis exfoliante generalizada. En el mismo sujeto se puede ver un polimorfismo evolutivo: ampollas transparentes, ampollas seropurulentas, ampollas abiertas con exulceraciones, costras y manchas oscuras en los intervalos de la piel sana. Las lesiones son casi siempre simétricas, invadiendo el tronco, los miembros y las mucosas. El signo de NIKOLSKY no falta casi nunca.

Los signos subjetivos son ligeros: escozor, hormigueo, prurito, y aun a veces no existen. Luego se presentan dolores muy fuertes y complicaciones, como ulceraciones y escaras.

Casi siempre la afección evoluciona en meses, a veces en uno o dos años, acabando con la muerte, con debilidad progresiva, diarrea, vómitos, edemas y caquexia. A menudo es una complicación intercurrente lo que conduce al enfermo a la muerte. Hay que advertir que con el tiempo los elementos cutáneos sufren una evolución; las ampollas más flácidas se rompen más aprisa; luego las ampollas ya no se forman. Aparecen zonas rojas generalizadas con abundante descamación, presentando el cuadro de la herpétide exfoliante maligna y constituyendo una verdadera forma de pénfigo foliáceo.

Algunos autores han descrito un pénfigo crónico, que puede sobreponerse a éste, pero que no evolucionaría hacia la muerte.

**Etiología.** — Aparece entre los 40 y 50 años, más en los hombres, con predilección en la raza judía. No es contagioso. Puede complicar una dermatosis preexistente (eczema) o complicarse de otra afección (sarcomatosis, cáncer visceral). Se ha invocado sin argumentos de importancia una infección; actualmente se cree en la influencia de las lesiones del sistema nervioso y una autointoxicación.

**Pronóstico.** — Dejando aparte la forma benigna, es muy grave.

**Tratamiento.** — Desde el punto de vista local, lo mismo que las otras dermatosis ampollosas. Se sostendrán las fuerzas del enfermo con una alimentación substanciosa, aireación, reconstituyentes, estricnina. Se ha recomendado la quinina *per os* (1 a 2,5 gramos), la antipirina, el arsénico, los arsenobenzoles y las inyecciones de suero normal. Se puede ensayar también el cacodilato sódico y la autohemoterapia.

#### Polimorfias

**PÉNFIGO FOLIÁCEO.** — Pertenece al grupo de las eritrodermias; sin embargo, merece entrar en el cuadro de las dermatosis ampollosas por las ampollas que se manifiestan durante su evolución. Puede suceder a un pénfigo crónico o a una dermatitis de DÜHRING (pénfigo foliáceo secundario); también puede manifestarse como una dermatosis ampollosa atípica, de ampollas raras y discretas, que se

hacen rápidamente numerosas y confluentes y poco tensas (P. foliáceo primitivo).

Cuando se constituye el pénfigo foliáceo, las regiones donde residen las ampollas presentan, en lugar de una epidermis normal, escamas delgadas, foliáceas, húmedas, a veces costrosas, que cubren superficies rojas, a veces muy extensas. Puede no formarse ampollas; no se ve entonces más que manchas rezumantes, desprendiéndose escamas poco adherentes, bajo las cuales se ve una capa fétida epidérmica. En el borde de estas regiones se ve a veces un cordón de ampollas. Es una exfoliación laminar, generalizada, intensa; la cama del enfermo se llena de escamas epidérmicas más o menos húmedas. La dermis subyacente es rojo oscuro, adelgazada y tensa. Se pueden formar fisuras en los pliegues articulares. Puede verse ectropión de los párpados. Los cabellos y pelos se aclaran; las uñas, estriadas, caen. Las mucosas a menudo están indemnes. El signo de NIKOLSKY se puede ver en el pénfigo foliáceo.

El prurito es ligero. Las orinas son escasas y hay hipozouria.

La enfermedad es larga; dura de 2 a 3 años y a veces más. La muerte se presenta con trastornos digestivos, diarrea y postración o por una complicación.

Se presenta en los dos sexos, más en los adultos, en estado de decaimiento físico o moral. Se ha acusado a las lesiones nerviosas, a la hetero o autointoxicación, y se ha creído que era igualmente una hematomeremia. M. NICOLAS ha visto el pénfigo foliáceo después

de una intoxicación por los arsenobenzoles.

El tratamiento es el de las enfermedades ampollosas y las eritrodermias.

**PÉNFIGO VEGETANTE.** — Está formado por ampollas en cuyo fondo se forman vegetaciones. La afección se localiza sobre todo en los grandes pliegues articulares, alrededor de la boca, en los órganos genitales y a veces a nivel de las mucosas bucal y faríngea. Las ampollas fáccidas y seropurulentas se secan, se forman costras y se curan o se extienden. Al cabo de algunos días el fondo de las ampollas se ulcera y crece, se vuelve papilomatoso y forma un pus fétido que se acumula bajo las costras oscuras. El cuadro recuerda el de las placas mucosas hipertróficas de la sífilis vegetante. Los elementos se agrupan y se extienden serpiginosamente. Los que curan, dejan placas pigmentadas. En las mucosas hay erosiones difteroides, dolorosas, que a veces supuran y se hacen vegetantes. Puede haber fiebre y viene la muerte después de dos a seis meses.

Se ve en los adultos de los dos sexos. Dermatitis rara, cuya naturaleza no se conoce; de pronóstico muy grave, habiéndose descrito formas benignas.

El tratamiento se reduce a una terapéutica local calmante: baños locales prolongados, curas húmedas emolientes o ligeramente antisépticas, toques con solución yodada y polvos absorbentes. Están indicados el arsénico, los arsenobenzoles y la radioterapia, cuyo empleo no siempre da resultado.

## DERMATOSIS DE SUPURACIÓN

Incluimos en este grupo todas las afecciones cutáneas que se caracterizan esencialmente por un proceso de supuración inicial producidas por microbios varios, particularmente por los microbios de la supuración, que son huéspedes habituales de la superficie cutánea. Ya estos gérmenes microbianos exalten su virulencia y pasen de saprofitos a agentes patógenos verdaderos, o bien claudique la resistencia del individuo, o se produzca una puerta de entrada por traumatismo o consecutiva al rascado, se constituye la infección cutánea con su corolario, la supuración. Puede localizarse en la epidermis, constituyendo las dermatosis pustulosas, las piodermitis con sus dos tipos clínicos, impétigo y eczema. Puede llegar a las vainas de los folículos pilosos, dando lugar a foliculitis superficiales y profundas. Esta misma localización puede acompañarse de una necrosis tisular, dando lugar al forúnculo o al ántrax. Puede invadir los canales sudoríparos formando la hidrosadenitis.

## DERMATOSIS PUSTULOSAS

Hemos dado la definición de pústula, que no es más que una vesícula o una vesícula-ampolla llena de líquido purulento. Al estudiar las afecciones vesiculosas y ampollosas, hemos visto que el líquido, claro al principio, se vuelve espeso y purulento. Pero esto solamente es en pústulas secundarias; y nosotros no estudiamos aquí más que pústulas iniciales. Por lo mismo dejamos de lado algunas infecciones como la sífilis, tuberculosis, el carbunco, algunas micosis o algunas afecciones tropicales que prácticamente no existen en nuestro país, que pueden presentar un tipo pustuloso que estudiaremos luego. Las dermatosis pustulosas que vamos a estudiar son el impétigo y el ectima.

### IMPÉTIGO

El impétigo primitivo o secundario, viniendo en este caso a complicar una herida, o una dermatosis preexistente, se caracteriza por la producción de pústulas superficiales, subcórneas, debidas a una solución de continuidad epidérmica. Los agentes microbianos que lo producen son, ya el estafilococo en el impétigo de BOCKHARDT, ya el estreptococo en el impétigo de TILBURY-Fox, constituyendo los dos el impétigo vulgar.

### Impétigo de Bockhardt

Se caracteriza por la aparición de pústulas de las dimensiones de un alfiler negro a las de una peseta y a veces más; pústulas tensas, muy resistentes, rodeadas de un rodete inflamatorio y casi siempre centrado por un pelo, constituyendo verdaderas osteofoliculitis. El contenido de las pústulas es purulento, bien trabado. Estas pústulas resistentes se pueden abrir y dar lugar a costras amarillas. Pueden también secarse y caer más tarde en bloque. Las pústulas del impétigo de BOCKHARDT no tienen sitio de elección, y empiezan por donde hay una puerta de entrada.

### Impétigo de Tilbury-Fox

Se presenta bajo el aspecto de ampollas, de dimensiones variables, de contenido seroso, apenas purulento al principio, después seropurulento, apareciendo sobre una piel ligeramente rosada. El pus no tiene nunca el carácter cremoso, bien trabado de las pústulas del impétigo de BOCKHARDT. La ampolla puede ser tensa, pero generalmente está flácida, arrugada. Con la evaporación de su contenido, ésta se aplasta rápidamente; después se rompe y se vacía o se seca, formando una costra mientras sigue su progresión, bajo la forma de grieta epidérmica en la periferia siempre roja e inflamada. Estos elementos se trans-

forman en costras amarillas, bajo las cuales se ven erosiones rojas. Al cabo de algunos días las costras se desprenden, dejando una piel rosada de nueva formación. Estas pústulas son más o menos numerosas. Son autoinoculables, y si no se cuidan, la afección se prolonga y se extiende.

El impétigo de TILBURY-FOX se ve en todos lados, pero con preferencia en la cara, en los orificios naturales, boca, nariz, orejas, y a veces en las extremidades, manos, dedos y pies.

El *panadizo* subepidérmico es un impétigo estreptocócico que nace alrededor de una grieta y tiende a dar la vuelta a la uña.

Las *boqueras*, caracterizadas por su asiento al nivel de las comisuras de los labios, se presentan bajo el aspecto de una rubicundez localizada, con maceración y fisuras de la epidermis. Esta afección es una estreptococia cutánea. Muy contagiosa, frecuente en los niños, pero se puede encontrar en los adultos, puede confundirse con las sífilides de las comisuras, que se prolongan bajo la mucosa con el aspecto de lesiones opalinas o difteroides.

El impétigo de TILBURY-FOX va acompañado de infartos ganglionares y a veces de linfangitis. Su evolución, abandonada, puede producir fiebre, trastornos digestivos y agujetas. Se ha descrito una nefritis impetiginosa; pero en este caso hay que pensar en la septicemia estreptocócica, rara en estos casos.

### Impétigo vulgar

Muy común en los niños y muy contagioso, es debido a la asociación patógena del estafilococo y el estreptococo y se caracteriza por la alternancia o, mejor, la coexistencia de ampollas purulentas del impétigo de TILBURY-FOX y de las pústulas del de BOCKHARDT. Rápidamente estos elementos se transforman en costras espesas, duras, de amarillo claro y melicéricas, cubriendo zonas rojas y supurantes. La erupción se extiende y se propaga, si está mal o no curada, y presenta un carácter interminable. Generalmente los ganglios se infartan.

Tiene preferencia por los individuos linfáticos, de piel fina y debilitados, formando parte del hábito escrofuloso. Tiene su origen en una infección local preexistente, coriza, boqueras, conjuntivitis, blefaroconjuntivitis u otitis supurada. Puede desarrollarse sin estos antecedentes sobre lesiones de rascado, y en estas condiciones la higiene defectuosa y la suciedad del cuerpo desempeñan el papel principal. Por esta causa el impétigo puede venir a complicar la sarna y la pediculosis. En la pediculosis del cuero cabelludo, el impétigo forma costras acuminadas alrededor de los cabellos, formando el *impétigo granulata*, marcado sobre todo en la región occipital. El impétigo puede también asociarse a una dermatosis preexistente, sea cual fuere. Los otros epítetos aplicados al impétigo (*larvalis*, *sparsa*, *figurata*, *contagiosa*) no tienen más que un valor descrip-

tivo, no haciendo más que afirmar el carácter bien conocido del impétigo. Puede dejar lo que SABOURAUD llama reliquias crónicas de la afección, como zonas rojizas y costras alrededor de los orificios de la cara, orzuelo, blefaritis, boqueras y pitiriasis simplex (dartro volante). El impétigo puede determinar también una conjuntivitis flictenular.

El impétigo de las mucosas (estomatitis impetiginosa de SEVESTRE) caracterizado por elementos difteroides, es raro, pudiendo ser una causa de error si no se tienen en cuenta los elementos cutáneos coexistentes.

Hemos hablado ya del pénfigo epidérmico del recién nacido y del impétigo ampolloso del adulto, que son formas ampollosas del impétigo.

### ECTIMA

Es debido a los mismos agentes microbianos que el impétigo. La pústula es más profunda y se acompaña de un proceso ulceroso e invade la dermis. El ectima se localiza en los miembros inferiores, nalgas y muslos, es decir, en los puntos declives, lo cual ha hecho que se incrimine como una de las causas. La suciedad e higiene defectuosa tiene una importancia indiscutible. Para explicar el curso un poco especial del proceso, es lógico invocar ya una virulencia especial de los gérmenes, ya el terreno, puesto que el ectima se presenta con más frecuencia en los debilitados, caquéticos, intoxicados o agotados.

Empieza por una ampolla purulenta del tipo BOCKHARDT o TILBURY-FOX, ampolla que raramente se puede comprobar. Se deseca el contenido de esta ampolla formando una lesión costrosa. Esta costra, oscura, debido a las hemorragias subyacentes, es espesa, estratificada y adherente, y, si se levanta, deja una ulceración profunda y supurante que sangra fácilmente, algo mamelonada, de bordes irregulares y despegados. Hay frecuentemente adenopatías satélites y linfangitis. La ulceración se repara lentamente dejando pigmentaciones.

Las sífilides ulcerosas, antiguo ectima sífilítico, pueden simular el ectima. Es un asunto de interrogatorio y de estudio clínico de conjunto.

El ectima terebrante, caracterizado por la abundancia de elementos ulcerosos, no es más que una variedad del ectima vulgar.

### Tratamiento de las dermatosis pustulosas.

— Es un tratamiento que debiera conocer todo médico general. Es bien sencillo y no hay más que aplicarlo correctamente para triunfar.

En primer lugar hay que hacer caer las costras sea por curas húmedas o cataplasmas de harina de patata, ya sea por uncciones con vaselina neutra. Cuando se ha conseguido hacer caer las costras y las lesiones están al descubierto, se hacen toques con agua de Alibour al 10/10, previamente entibiada al baño de María, toques que van seguidos de aplicación de pomada de óxido amarillo de mer-

curio al 1/100. Estos toques y aplicación de pomada serán renovados cuatro veces al día. Este detalle tiene muchísima importancia. De esta manera la curación se obtendrá rápidamente en pocos días. En el ectima habrá necesidad, en algunos casos, de estimular la cicatrización con toques con el lápiz de nitrato de plata o con soluciones del mismo al 1 por 10 ó 1 por 5.

En el ectima de los miembros inferiores, será necesario el reposo y la posición horizontal, que favorecerán la circulación.

Cuando el estado general sea deficiente, se dará a los enfermos tónicos, reconstituyentes, aceite de hígado de bacalao, jarabe yodotánico y arsénico.

No hay que decir que cuando la piodermatitis sea secundaria, se impone un tratamiento racional de la dermatosis inicial, particularmente una pediculosis o una sarna.

### FOLICULITIS SUPURADAS

Hemos visto anteriormente que el impétigo de BOCKHARDT, cuya lesión inicial es una pústula superficial, tiene muchas veces en su centro un pelo, constituyendo una osteofoliculitis, o sea una supuración desarrollada al nivel del orificio pilosebáceo. Cuando la inflamación y la supuración se propagan a través de las vainas del pelo, se constituyen las foliculitis supuradas, superficiales o profundas.

La inflamación de los folículos puede ser

provocada por los microbios saprofitos del revestimiento cutáneo (estreptococos o estafilococos), o por hongos parásitos (trichophyton). Las foliculitis tricofíticas se estudiarán con las micosis.

### SICOSIS SIMPLE

Llamada corrientemente no parasitaria por oposición a la sicosis tricofítica y en realidad bacteriana, la sicosis simple asienta en las partes pilosas, bigote, barba, pubis, axilas, y en el niño, en el cuero cabelludo. Se presenta en pequeñas pústulas peripilares, centradas por un pelo, que se presentan aisladas o agrupadas. Estas pequeñas pústulas son la lesión primaria; cuando se trata de foliculitis profundas, la supuración va precedida de pequeñas pápulas foliculares y tuberosas, inflamatorias, y que se acompañan de un prurito y sensación de tensión debidos al proceso supurativo. Cuando el cuadro clínico está constituido, la región invadida se ve cubierta de costras amarillentas u oscuras, bajo las cuales la piel infiltrada presenta orificios abiertos, que son los orificios foliculares por los cuales sale el pus. Si se arrancan los pelos enfermos, ceden fácilmente y se presentan a nivel de su parte profunda intrafolicular cubiertos de una vaina gelatinosa, de blanco gris, que es la vaina epitelial del pelo infiltrada de pus. En ciertos casos, si el proceso de supuración ha destruido la papila del pelo, puede producirse una alopecia local definitiva.

La sicosis puede ser la consecuencia de una supuración anterior, forúnculo, panadizo, coriza, siendo llevados los agentes de infección por medio del rascado. La navaja de afeitar es casi siempre la que propaga y extiende la lesión. La poca limpieza es una causa que la favorece; la seborrea, la convalecencia de enfermedades infecciosas, el agotamiento, los terrenos linfáticos son particularmente propicios al desarrollo y la persistencia de la sicosis.

La sicosis se puede ver en la barba (mentagra de ALIBERT), en el bigote, donde la sicosis tricofítica no se localiza más que raramente, y es entonces una sicosis consecutiva a una coriza crónica, y en este caso hay casi siempre foliculitis intranasales, así como blefaritis o conjuntivitis flictenular; al nivel de los pelos de las axilas y del pubis, casi siempre se trata de individuos poco limpios o con parásitos (sarna). Citemos una forma muy particular a la cual BLOCH ha llamado *sicosis lupoides*; en esta forma las pústulas foliculares se agrupan y se acompañan de una zona roja inflamatoria y de una inflamación difusa de la piel con tendencia a extenderse regularmente, y que deja una alopecia cicatrizal central que recuerda el cuadro del lupus; pero la cicatriz central, en la sicosis, es más regular, reside siempre en las regiones pilosas y se ven constantemente foliculitis periféricas.

Como tratamiento, se prohibirá desde luego el uso de la navaja. Los pelos serán cortados

cortos. Se empezará por aplicar curas húmedas o cataplasmas emolientes para calmar la inflamación. En seguida se hará la depilación por los rayos X, si las lesiones son muy extensas, o con pinza de depilación. Después se harán lavados frecuentes con agua de Alibour al 1/10, tibios. Igualmente se pueden hacer curas húmedas y prolongadas de agua de Alibour muy diluida, al 1/100 ó 1/200. Cuando las lesiones sean menos inflamatorias, se asociarán a los toques de agua de Alibour las uncciones con pomada de óxido amarillo de mercurio al 1/100. Las pomadas de calomelano, algunas veces dan buenos resultados. Cuando las lesiones se eczematizan y toman, lo que no es raro, el tipo del eczema seborreico, las pomadas de brea, al ictiol, el bálsamo de Baissade son alguna vez muy útiles. La vacunoterapia nos ha parecido siempre ineficaz. La levadura de cerveza, los fermentos, el arsénico, el azufre al interior se pueden ensayar. Pero en definitiva tienen menos importancia los brotes de foliculitis que la tendencia a las recidivas que pone al dermatólogo en un aprieto. Sería necesario suprimir el foco de infección local que constantemente invade las regiones pilosas, y en general es tarea difícil; los casos de coriza purulenta crónica son muy rebeldes. En estas condiciones, la curación completa no se consigue más que cuando son suprimidos al mismo tiempo el foco primitivo y el foco secundario.

## FORÚNCULO Y ÁNTRAX

Expondremos brevemente lo que se refiere a estas dos afecciones debidas al estafilococo, y que son tanto quirúrgicas como dermatológicas. El forúnculo es una foliculitis profunda que se acompaña de perifoliculitis, con necrosis de los tejidos. Se presenta como una induración roja, acuminada (clavo del vulgo), centrada por un pelo. Esta pequeña masa inflamatoria es muy dolorosa y da lugar a una sensación de tensión muy desagradable. Rápidamente el vértice del forúnculo se hace violáceo, pustuloso y se abre, dando lugar a un pus más o menos ligado y muchas veces hemorrágico. El orificio se agranda y, al cabo de unos días, se elimina una masa verdosa y filamentososa en forma de ovillo: es el núcleo de los tejidos necrosados. Los forúnculos asientan generalmente en las nalgas, en la nuca, y más raramente en los miembros inferiores y en el antebrazo, y preferentemente en las regiones traumatizadas por los trabajos profesionales o el roce de los vestidos. El forúnculo del labio superior da lugar a una fuerte inflamación de vecindad, pudiéndose complicar de flebitis o meningitis. El forúnculo del conducto auditivo da dolores muy marcados, entorpeciendo la masticación y causando el insomnio.

El ántrax no es más que una agrupación de forúnculos. Se presenta clínicamente con

una gran induración, que corresponde a una zona de inflamación difusa, con edema muy marcado. La placa indurada presenta al cabo de unos días pequeñas pústulas peripilares que dan lugar a cráteres que se abren evacuando primero pus y después verdaderos clavos. Los cráteres se reúnen y dan lugar a ulceraciones irregulares y anfractuosas. Siempre hay fiebre, malestar y fenómenos generales.

Sobrevienen preferentemente en los individuos debilitados, caquéticos, convalecientes y agotados, así como en los diabéticos. Cuando por razón del terreno sobre el cual evolucionan se reproducen durante semanas o meses, constituyen una verdadera enfermedad llamada forunculosis. Todo el mundo conoce la gravedad de los forúnculos en los diabéticos.

El tratamiento abortivo de los forúnculos es ilusorio muchas veces, tanto si se trata de una galvanocauterización profunda, como si se trata de una cauterización por tintura de yodo. El tratamiento curativo será lo menos intervencionista posible, y lo mejor es dejar madurar los forúnculos por medio de fomentos, de cataplasmas de harina de linaza, o fécula de patata, que son muy sedantes. Cuando el forúnculo se ha abierto, se harán toques con agua de Alibour o fomentos con agua de Alibour diluída, protegiendo las partes vecinas, untándolas con pomada amarilla, evitando los traumatismos que pueden provocar puertitas de entrada. La conducta que debe seguirse en el ántrax es parecida. Algunos ántrax de

evolución maligna necesitan intervención quirúrgica o termocauterío.

Contra la forunculosis se ha preconizado la levadura de cerveza, la bardana, el azufre al interior y el estaño por ingestión o inyección. Todos estos tratamientos ceden el paso a las vacunas, sobre todo las autovacunas inyectadas hipodérmicamente a la dosis de 1/2, 1, 1/2 ó 2 centímetros cúbicos cada dos o tres días (5 mil millones de gérmenes por 1 centímetro cúbico) o la autohemoterapia a razón de 10 centímetros cúbicos de sangre en el adulto y de 2 a 5 en el niño, inyectados cada dos días. Se encontrarán todos los detalles útiles concernientes a estos dos métodos de tratamiento en la primera parte de este volumen y en la tesis del Dr. DUMOLLARD (Lyon, 1923). Siempre se obtendrá con ellas espléndidos resultados. La vacunoterapia tiene el inconveniente de producir a veces reacciones locales y generales que son de alguna importancia. Así es que preferimos la autohemoterapia, que es un tratamiento muy seguro e inofensivo. (NICOLAS, GATÉ y DUPASQUIER). En el caso de diabetes, hay que tratar ésta enérgicamente; particularmente estará indicada una cura insulínica.

### HIDROSADENITIS

Es el absceso tuberoso de la axila. Son abscesos dérmicos o subdérmicos del volumen de una avellana, a veces de una nuez y hasta

de una mandarina, que ocupan la región axilar, y se caracterizan por induraciones dolorosas e inflamatorias, producen abultamiento y se abren dando un pus cremoso y sin detritus de tejidos necrosados. Aparecen sobre todo en mujeres gruesas y con poca higiene corporal. La afección dura mucho tiempo, pues se suceden los abscesos progresivamente, pudiendo pasar de una axila a otra. Se cree que se trata de una infección de las glándulas sudoríparas. El tratamiento es el mismo que el de los forúnculos. Las recidivas se evitarán mediante una higiene cuidada.

## ERITRODERMIAS

Se conocen con este nombre los eritemas generalizados, persistentes y escamosos.

### ERITRODERMIAS PRIMITIVAS

#### FORMA AGUDA

Es el eritema escarlatiniforme descamativo y recidivante que hemos descrito con los eritemas.

#### FORMA SUBAGUDA

Dermatitis exfoliante generalizada de WILSON-BROCO. Probablemente es una forma más prolongada y más grave que el eritema escarlatiniforme descamativo recidivante. Dura de tres meses a un año; se acompaña de tensión de la piel, de una sensación de frío muy intensa, desnutrición, diarrea, hipoazouria y a veces fiebre, pudiendo acarrear la muerte.

### FORMA CRÓNICA

Puede existir una forma crónica de las dos dermatosis precedentes.

#### Pitiriasis rubra de Hebra-Jadassohn

Se presenta con manchas rojas y escamosas, no secretantes y sin infiltración, que se generalizan en algunos meses, lo más en dos años, y que se acompañan de escalofríos y de un prurito muy marcado. La piel se infiltra y se retrae. Caen las faneras. La muerte sobreviene en algunos años, generalmente por tuberculosis, lo cual ha hecho pensar en equipararla a una tubercúlida.

#### Eritrodermias premicósicas y leucémicas

(Véase leucémides.)

### ERITRODERMIAS SECUNDARIAS

Citamos solamente lo que DARIER llama *dermatosis eritrodérmicas*. Hay que incluir en este grupo los eczemas vulgares, eczema seborreico, psoriasis, pitiriasis rubra pilar, líquen plano agudo y pénfigo foliáceo, y que en un momento de su evolución, tanto por su extensión como por su generalización, pueden tomar

un aspecto eritrodérmico, conservando, sin embargo, los caracteres de la erupción inicial.

Por otra parte, estas mismas dermatosis pueden terminar por una dermatitis exfoliante generalizada, que enmascara los caracteres de la dermatosis primitiva y simula una eritrodermia primitiva. Estas eritrodermias secundarias pueden ser *benignas*, debidas casi siempre a un tratamiento local intempestivo que ha irritado la dermatosis primitiva. También hay formas *malignas* (herpétide exfoliante de BAZIN), que recuerdan la eritrodermia primitiva subaguda, con menos fiebre, más marasmo, gran disminución de la urea en la orina, y que conducen a la muerte.

### ERITRODERMIAS CONGÉNITAS DE LOS RECIÉN NACIDOS

DARIER hace entrar en este grupo hechos diversos mal definidos.

No citaremos más que la *descamación laminada de los recién nacidos*, que no es más que la exageración de un fenómeno fisiológico.

RITTER VON RITTERSHEIM ha descrito con el nombre de *dermitis exfoliante de los niños de pecho*, una afección que principia de la primera a la quinta semana alrededor de la boca u otra parte, generalizándose rápidamente, que se distingue por un eritema descamativo, por fiebre y que determina la muerte en el 50 por 100 de los casos.

La *hiperqueratosis difusa congénita* puede

ser grave, caracterizándose por tensión y enrojecimiento difuso de la piel, que se fisura y descama en láminas gruesas que parecen de naturaleza sebácea, y que conducen a una muerte rápida. Hay una forma benigna (hiperqueratosis ictiosiforme), que veremos con las dermatosis hiperqueratósicas.

**Tratamiento.** — Hay que buscar la causa posible, intoxicación medicamentosa, tóxico irritante, o autointoxicación, suprimirla y combatirla. Un régimen muy severo, bebidas en abundancia y una desinfección intestinal severa son absolutamente necesarios.

Localmente, se puede discutir la oportunidad de los baños tibios y prolongados de salvado. En todo caso nos contentaremos con la prescripción de unguentos de linimento oleo-calcáreo o de grandes empolvados con polvos minerales. Se proscribe toda pomada activa. En ninguna parte mejor que a propósito de las eritrodermias el *primum non nocere* es de rigor.

## DERMATOSIS HIPERQUERATÓNICAS Y DISQUERATÓNICAS

Clasificamos en este grupo las dermatosis que se acompañan de una exageración de la capa córnea de la epidermis, o de una anomalía marcada del proceso de queratinización epidérmica.

### PITIRIASIS SIMPLEX

El nombre pitiriasis (del griego *πιτυρον*, salvado) se emplea en dermatología para afecciones muy distintas. La pitiriasis simplex, la única de que nos ocupamos aquí, se caracteriza por una hiperqueratosis ligera y una descamación continua. Se localiza en las regiones pilosas, cuero cabelludo, barba, pubis y tórax, dando lugar a escamas secas y abundantes. Hay que distinguirla de la pitiriasis seborreica, que aparece sobre la seborrea y que estudiaremos con las dermatosis foliculares. Se encuentra sobre todo en las personas jóvenes, de preferencia en los hombres, y puede

formar, si es muy intensa, en el cuero cabelludo un verdadero gorro hiperqueratósico: es la «tiña amiantácea» de ALIBERT. La pitiriasis simplex o seca del cuero cabelludo puede llegar a producir una alopecia.

Para explicar su producción se han invocado la herencia, el terreno artrítico, la higiene alimenticia defectuosa y las insuficiencias endocrinas. Todos éstos son factores importantes para tener en cuenta en cada caso, llevando consigo terapéuticas distintas. También se ha creído que era debida al esporo de Malassez o bacilo botella, pero no se han dado pruebas formales sobre esto. Ya hemos visto que el dartro furfuráceo o dartro volante, que no es más que una pitiriasis simplex de la cara, puede ser debido a un estreptococo (estreptococia cutánea de SABOURAUD); es probable que en algunos casos no sea cierta esta etiología infecciosa.

El tratamiento consistirá en lavados del cuero cabelludo con agua jabonosa o, mejor aún, con cocimiento de palo de jabón, al cual se añade jabón líquido y una solución azufrada o salicílica. Se emplearán también las fricciones eteroalcohólicas y salicílicas; las pomadas de calomel, de azufre, de brea y de ácido salicílico están también indicadas.

### ICTIOSIS

La ictiosis, afección que se presenta en los primeros meses de la vida, se caracteriza por un estado rugoso de la piel, que se cubre de

escamas secas más o menos adherentes, más o menos gruesas, y cuyo color variable puede llegar hasta el negro. Hay varios grados, desde la *xerodermia* con piel seca y descamación ligera, hasta la *sauriosis* de escamas grandes y gruesas, y la *ictiosis hystrix* con elementos verrugosos, pasando por la *ictiosis nacarada* o *nitida* de escamas plateadas y la *ictiosis nigricans*.

La ictiosis verdadera respeta los pliegues y afecta sobre todo casi exclusivamente las partes de extensión de los miembros. Puede invadir el tronco, la cara, donde toma un aspecto simplemente xerodérmico, y el cuero cabelludo, que toma un aspecto pitiriásico. El pelo sufre un proceso de degeneración y las uñas no son invadidas. La secreción grasa y de sudor de la piel están muy disminuídas o faltan. No es rara su coexistencia con la queratosis pilar. La *ictiosis senil*, que se ve en los viejos y en los individuos que han sufrido una larga enfermedad, es un estado dermatológico parecido al anterior, sin que tenga ninguna relación con la ictiosis verdadera, y sin que sea conocida su verdadera causa.

Es una malformación familiar y hereditaria sin una etiología precisa.

El diagnóstico se hace por su larga evolución, por la precocidad de su comienzo y por sus signos objetivos.

Se puede emplear para su tratamiento el aceite de hígado de bacalao y la opoterapia tiroidea, que dan resultados muy inconstantes. Serán convenientes los baños frecuentes y

prolongados y las unções cotidianas con cuerpos grasos o salicilados.

### ERITRODERMIA CONGÉNITA ICTIOSIFORME CON HIPEREPIDERMOTROFIA

Esta afección es muy parecida a la anterior, de la que se distingue por su carácter congénito, por su evolución progresiva, por su localización electiva por las partes de flexión de los miembros, por la coexistencia de un ligero eritema subyacente, muy claro en la cara, que parece untada con colodión, porque invade siempre el pelo y porque las uñas son friables y se rompen fácilmente.

Es importante distinguir esta afección de la ictiosis verdadera, porque si bien el tratamiento local es el mismo, la opoterapia tiroidea empleada durante largo tiempo da buenos resultados.

### VERRUGAS PLANAS SENILES

Aparecen hacia los 40 años, o antes, de preferencia en las mujeres, y se localizan en los vacíos, en la espalda y en el pecho, presentándose como elementos redondeados u ovals, ligeramente abultados en el centro, cubiertos de una capa córnea grasa y adherente, que deja, cuando se levanta, una superficie desigual y

mamelonada. Pueden coexistir con los nevos vasculares, fibromas y manchas pigmentarias. DARIER las considera como nevos tardíos. No se deben confundir con el acné sebáceo concreto o mugre senil, que es una disqueratosis preneoplásica, un proceso precanceroso.

Por su aspecto poco estético, las verrugas planas seniles deben ser muchas veces tratadas. Los enjabonados, los queratolíticos, como el ácido salicílico en fricciones eteroalcohólicas o en pomadas al 1/40 son los tratamientos de elección. Se pueden tratar también por toques superficiales con la punta del galvano-cauterio.

### OROQUERATOSIS DE MIBELLI

Es una afección muy rara, constituida por un área circular atrófica con un borde periférico papuloso constituido por una lámina córnea que parece empotrada en una guía; frecuentemente familiar y de etiología desconocida.

### QUERATODERMIA SIMÉTRICA CONGÉNITA

Llamada también enfermedad de MÉLÉDA. Es congénita y casi siempre familiar, caracterizada por una hiperqueratosis intensa con un borde rosado, y localizada exclusivamente en las regiones palmares y plantares. Ignoramos

su origen, y en general se tiende a hacer de ella una forma localizada de la eritrodermia congénita ictiosiforme. Se debe distinguir del eczema hiperqueratósico y fisurario de las extremidades.

Molesta mucho y cede con los tópicos queratolíticos.

Citaremos sólo las *hiperkeratosis profesionales* debidas a presiones repetidas; las *arsenicales* que sobrevienen en el curso de una medicación arsenical intensa y que pueden servir de fijación para el epiteloma (cáncer arsenical) y *blenorragicas* localizadas en las extremidades y que son muy poco frecuentes.

### DISQUERATOSIS FOLICULAR VEGETANTE O ENFERMEDAD DE DARIER

La describió DARIER con el nombre de psoroespormosis folicular vegetante y se caracteriza por pápulas cubiertas de costras, grises u oscuras que forman en los folículos pilosebáceos subyacentes agrandados y con sus bordes elevados un cono sebáceo amarillento y blando. Pueden haber elementos no foliculares. En las regiones de maceración fácil como las ingles y las axilas, se pueden encontrar verdaderas vegetaciones redondeadas y prominentes más o menos agrietadas y que se reúnen en masas fungoides y de olor repugnante.

Esta erupción se localiza simétricamente en los pómulos, surcos nasogenianos, cuero cabelludo, donde no se encuentra nunca alopecia, en las orejas, región preesternal e interescapular, perigenital, pliegues articulares y en todas las regiones de elección de la seborrea. El dorso de las manos puede presentar pápulas que recuerdan las verrugas planas. Las regiones palmares y plantares frecuentemente presentan una queratosis puntiforme, las uñas se hacen quebradizas y acanaladas. La lengua a veces es vellosa.

Empieza en la infancia, alrededor de los 10 ó 12 años, a veces más pronto o más tarde, se desarrolla rápidamente y dura indefinidamente sin comprometer la vida del enfermo.

La enfermedad de DARIER es rara, más frecuente en el hombre, casi siempre familiar y hereditaria y no contagiosa. Se caracteriza desde el punto de vista anatomopatológico por la presencia en las costras de granos y en la zona subyacente de cuerpos redondos, que son, no como se había supuesto, coccidias o esporos, sino células epidérmicas disqueratóticas; debe ser considerada como una distrofia epidérmica congénita.

Esta afección es incurable, pero se puede mejorar con jabonaduras, tópicos queratolíticos, reductores y radioterapia.

## ENFERMEDAD DE PAGET

Localizada sobre el pezón y la aréola del pecho, se presenta sólo en la mujer y después de los 40 años. Empieza por costras pequeñas sobre el pezón que cubren vegetaciones verrugosas secretantes y que sangran fácilmente. Después de algunos meses y hasta años, se forma una erosión que invade toda la piel del pecho, erosión roja, secretante, eczematiforme y salpicada de islotes de epidermis reciente, de contornos policíclicos y ligeramente escamosa, reposando sobre una base ligeramente indurada como si fuera una lámina de cartón. Casi siempre hay retracción del pezón. Los ganglios no están aumentados de volumen. Al cabo de algún tiempo variable la neoplasia típica de los canales galactóforos o de la glándula propiamente dicha viene a terminar esta afección.

No hay que confundir la enfermedad de PAGET con el eczema del pezón, de evolución aguda y especial en las mujeres embarazadas, en las amas de cría y en los enfermos de sarna.

La epidermis presenta cuerpos redondeados que no son más que células en disqueratosis. Se trata, pues, de una disqueratosis preepitelial.

Dada su evolución fatal hacia el cáncer y la edad de las enfermas afectas, se impone la exéresis quirúrgica.

## ENFERMEDAD DE BOWEN

Está constituida por elementos lenticulares y numulares que forman placas cubiertas de escamascostas y que aparecen en cualquier sitio de la piel formando uno o varios elementos.

Esta afección, que puede hacer pensar en una psoriasis o en dermatosis psoriasisiformes, queratosis seniles o lupus eritematoso, exige una biopsia y un examen histológico en donde se verán los cuerpos redondos que traducen la disqueratosis.

Esta dermatosis precancerosa exige siempre la intervención quirúrgica.

## QUERATOSIS SENILES

Afección llamada también mugre senil o acné sebáceo concreto, es una afección que conduce a la epiteliomatosis múltiple senil y constituye una dermatosis precancerosa de las más importantes.

Está constituida por la aparición, sobre todo en la cara y también en el dorso de las manos y de las muñecas, de manchas amarillas u obscuras, que cubren una zona hiperqueratósica gris u oscura y que al desprenderse determinan pequeñas hemorragias. Estos elementos coexisten a menudo con atrofiaciones parciales y telangiectasias que dan lugar a una distrofia senil de la piel. Esta afección debe ser distinguida de las dermatosis psoriasisiformes y del

lupus eritematoso. La edad de los enfermos y terreno sobre que se desarrolla harán el diagnóstico, que debe ser comprobado por la biopsia.

El tratamiento consistirá en pomadas queratolíticas, radioterapia y cauterizaciones con galvanocauterio.

## HIPERQUERATOSIS DE LAS MUCOSAS

No describiremos aquí las glositis sífilíticas ni las lesiones bucales del liquen plano y del lupus eritematoso, que serán citadas a propósito de estas afecciones.

## LEUCOPLASIA

Sobreviene casi siempre entre los 30 y 50 años, muy a menudo en el hombre, habiendo sido considerada como una manifestación parasifilítica. Efectivamente, se desarrolla muchas veces sobre un terreno sífilítico, pero puede verse también fuera de la espiroquetosis. Poseen un papel importante todas las causas de irritación de la mucosa bucal: como tabaco, alcohol, especias, traumatismos repetidos debidos a roces dentarios o de aparatos protésicos mal colocados.

Se localiza en la mucosa bucal, en el glande o región vulvar. En la boca, se encuentra sobre todo en la lengua, cara interna de las mejillas y labios. Hay que observar que las

placas nacaradas retrocomisurales triangulares, de base anterior, y que encontramos muy a menudo, no deben ser confundidas con la leucoplasia, y su pronóstico es benigno.

La leucoplasia se caracteriza por el estado liso y despulido de la mucosa, que se pone opalina o azulada. Más adelante la mucosa se cubre de un revestimiento que puede llegar a ser verrugoso, de un blanco más o menos gris, muy adherente, pero que puede caer espontáneamente o bajo la acción de un traumatismo, por ejemplo en el labio, en que el enfermo arranca pequeños fragmentos con los dientes. Estas formaciones se vuelven a formar con muchísima rapidez. Esta lesión puede envolver la lengua como un verdadero estuche y se dispone en placas irregulares o losángicas. Da más molestia que dolor.

Esta afección puede complicarse de ulceraciones bastante superficiales, de bordes tallados a pico sin que sangren ni formen mamelones ni infiltración subyacente. Estas ulceraciones de la leucoplasia, muchas veces destructivas y susceptibles de repararse, no deben ser confundidas con una complicación más grave que es el cáncer. En este caso se ve aparecer sobre una placa de leucoplasia, ulcerada o no, una formación papilomatosa mamelonada sobre una base dura que se ulcera y se extiende rápidamente. Otras veces es una fisura que se indura y se desarrolla en su profundidad. El mejor signo de la cancerización es la induración acartonada, lignítica de la mucosa subyacente y la invasión de los ganglios.

La leucoplasia será distinguida del *liquen plano de las mucosas* (véase esta afección), del *lupus eritematoso*, que da muy raramente en la mucosa bucal un eritema escamoso de la cara posterior del labio inferior, ya sea manchas bien limitadas blancas o rojas, pero siempre atróficas, de las *placas lisas de la lengua* que no siempre son sifilíticas y que pueden verse en los dispépticos, diabéticos, artríticos y nerviosos bajo la acción o no de irritaciones crónicas representadas por manchas depapiladas, relucientes, fijas y absolutamente indoloras, excepto en los casos en que hay glosodinia. La *glositis losángica mediana*, de BROCO y PAUTRIER, se caracteriza por la existencia sobre la cara dorsal de la lengua, por delante de la V lingual, de una superficie depapilada, mamelonada y rojiza, muy persistente, pero indolora, y que no obedece a ningún tratamiento. La *lengua fisurada* o *lengua escrotal* es una malformación congénita y casi siempre familiar de la lengua, que está surcada por surcos más o menos profundos formando lóbulos sin induración y sin dolor. Este aspecto es habitual. La *glositis exfoliante marginada* o descamación marginada aberrante o lengua geográfica, se ha creído equivocadamente que era un estigma de heredosífilis y se presenta bajo la forma de manchas de un rojo más o menos vivo muy depapiladas y limitada por un borde epidérmico que parece constituir la zona de extensión de la lesión. Estas placas se extienden rápidamente, desapareciendo en un punto para aparecer en otro. Es indolora,

a veces desconocida por el enfermo, sin induración subyacente, y dura indefinidamente. Coincide a veces con la lengua escrotal. Ignoramos su etiología. No cede a ningún tratamiento. *La lengua negra vellosa*, queratosis bastante rara, muy distinta de la leucoplasia, se caracteriza por un crecimiento de las papilas filiformes, que toman un color negro y forman en la lengua un verdadero revestimientoseudopiloso. Se ha creído que era de origen micósico, pero no se ha demostrado. No es grave, a veces de muy larga duración y no será confundida con la pigmentación esencialmente efímera y debida al agua oxigenada. Se puede tratar con enjuagues de boca alcalinos y toques con solución alcohólica de ácido salicílico al 10/100.

La leucoplasia necesita ante todo una higiene bucal severa. Es necesario abstenerse del tabaco, alcohol, especias, alimentos y líquidos demasiado calientes o fríos y dentífricos irritantes. Se vigilará el estado de los dientes y adaptación perfecta de los aparatos protésicos. Localmente, se recetarán baños de boca emolientes o ligeramente alcalinos, con agua de Vichy o agua de Saint-Christau. Las cauterizaciones locales son más perjudiciales que útiles. Como tratamiento general, si hay motivo para sospechar una sífilis anterior y si la reacción de WASSERMANN es positiva, se hará un tratamiento específico como tratamiento de prueba (inyecciones de calomel o, mejor aún, inyecciones intravenosas de novarsenobenzol). Aunque la causa sea la sífilis, la leucoplasia no se modifica, pero puede mejo-

rar la glositis esclerosa sifilítica subyacente, o bien las ulceraciones leucoplásicas. En caso de que haya degeneración neoplásica que confirmará la biopsia, se impone la intervención quirúrgica o la radioterapia.

## DERMATOSIS VEGETANTES

Las dermatosis de este grupo son muy numerosas. Sólo veremos aquí las que no estudiamos en otros capítulos y cuya nota dominante es su carácter vegetante y papilomatoso.

### VEGETACIONES VENÉREAS

Nos ocuparemos rápidamente de esta variedad de afecciones vegetantes que puede ser estudiada con las enfermedades venéreas, pero que podemos tratar aquí, puesto que su carácter venéreo no es constante.

Se presenta en pequeñas masas sesiles o pediculadas que aparecen en la dermomucosa de las regiones genitales del hombre o de la mujer. Son formaciones rosadas, del mismo color que el revestimiento cutáneomucoso de los órganos vecinos, aisladas primero y agrupadas después, festoneadas y mamelonadas, de lo cual les viene el nombre de crestas de gallo. Secas o de superficie ligeramente húmeda o secretante, asientan en las regiones descubiertas o superficies en contacto sujetas a

maceración, de consistencia dura o blanda, se localizan en el hombre en el surco bálanoprepucial y pueden extenderse al glande y a la piel del pene. En la mujer se encuentran en los pequeños labios y en el capuchón clitorideo, pudiéndose extender a la vagina, grandes labios o pubis. Son muy frecuentes en la gente poco limpia. Son autoinoculables y contagiosas y se transmiten por el contacto venéreo. Las secreciones blenorragicas facilitan su desarrollo; pero hay ciertos estados fisiológicos, como el embarazo, que se acompañan de congestión local y en los que pueden aparecer vegetaciones sin necesidad de contacto venéreo. FAVRE, coloreando cortes, ha comprobado espirilos que probablemente son sus agentes patógenos, explicando su inoculabilidad y carácter contagioso.

El diagnóstico se debe hacer con las sífilides pápulohipertróficas muchas veces vegetantes de la región genital, que son aplanadas y presentan en la serosidad que segregan treponemas en abundancia. Pueden confundirse con los epitelomas vulvares poco vegetantes que se acompañan de una infiltración subyacente muy dura y presentan la estructura histológica del epiteloma malpighiano. Es necesario para tratarlas una gran higiene corporal. Se han preconizado y empleado polvos que tienen la propiedad de hacer desaparecer, en aplicaciones locales, las vegetaciones.

|               |               |
|---------------|---------------|
| Sabina .....  | } aa 2,50 gr. |
| Alumbre. .... |               |
| Talco. ....   |               |

Se puede combinar este tratamiento con las cauterizaciones con el lápiz de nitrato de plata. Esta terapéutica es muchas veces ineficaz y exige siempre tiempo, teniendo que recurrir muchas veces a la exéresis. Ésta se hace, según sean sesiles o pediculadas las vegetaciones, con las tijeras o con la cucharilla cortante. Se termina con una galvanocauterización o con el termocauterío puesto primero al rojo blanco para cauterizar y después al rojo sombra para asegurar la hemostasia. Después se hace una cura con un polvo inerte (aristol, ectogán). Hay que vigilar y tener cuidados postoperatorios, pues las vegetaciones pequeñas que quedan en vías de crecimiento pueden ocasionar nuevos brotes.

### VERRUGAS CÓRNEAS O VERRUGAS VULGARES

Son vegetaciones que no se desarrollan sobre las mucosas, sino sobre la piel propiamente dicha. Se encuentran generalmente en los dedos, en su cara dorsal o laterales, en el surco peri o subungueal, en el dorso de las manos y más raramente en las regiones palmar y plantar, en la cara, en los párpados y en el cuero cabelludo. Son pequeñas, bien delimitadas, del tamaño de la cabeza de un alfiler y a veces del de un guisante, de superficie gris o negra, marmelonada, verrugosa e hiperqueratósica, sesiles o pediculadas y están rodeadas en su base por tejido normal. Son sensibles y dolorosas en las

regiones expuestas a roces, como la planta de los pies. Las verrugas pueden agrietarse e inflamarse. Parece que son contagiosas y autoinoculables.

Se da al interior por tradición la magnesia a la dosis de 0,50 a 0,75 gramos diarios. Parece que esta terapéutica no tiene eficacia. Localmente se obtienen buenos resultados con medios físicos como rayos X, electrólisis negativa y nieve carbónica. El antiguo tratamiento con el ácido nítrico da buenos resultados, siempre que esté aplicado correctamente. La técnica es la siguiente. Se coge un pequeño trozo de madera dura cortada en punta, del tamaño de una cerilla, se introduce su extremidad en el ácido nítrico fumante y se deposita una gota en la superficie de la verruga, rascando suavemente sobre la superficie. Bajo la acción del ácido y del rascado, las partes hiperqueratósicas se transforman en una capa blancuzca que se elimina formando un cráter central. Estas operaciones son a veces dolorosas, pero muy soportables. Hay un momento en que el sujeto acusa una verdadera sensación de quemadura. Esto indica que se ha llegado a la base papilar de la verruga y que hay que suspender la operación. En la región cauterizada se forma una pequeña escara que se desprende al cabo de unos días y que deja un tegumento sano. A veces, después de este tratamiento aparece una vegetación blanda, prominente y a veces exuberante. Una nueva cauterización termina rápidamente con esta neoformación inflamatoria. Este procedimien-

to, que practica el profesor NICOLAS, y que nosotros usamos siempre, es de excelentes resultados.

### ACANTOSIS NIGRICANS

Descrita por DARIER bajo el nombre de distrofia papilar y pigmentaria, es una afección rara que se localiza en el cuello, nuca, axilas, ombligo, ingles, genitales, flexuras de los codos, pantorrillas y excepcionalmente en otros sitios. Los territorios afectos presentan una pigmentación difusa y un estado rugoso particular, constituido por una exageración de los pliegues de la piel y la existencia de pequeñas prominencias papilares, parduscas o negras. A veces el enfermo presenta abundantes o escasos papilomas sesiles o pediculados. Se encuentran trastornos tróficos de las uñas, y los pelos degeneran y caen. Muchas veces coexiste con esta afección un cáncer abdominal, intestinal o gástrico, que se pone en evidencia gracias a esta afección, Evolucionaciona hacia la caquexia progresiva dependiente de la neoplasia visceral.

Se ha descrito una forma juvenil benigna, muy rara, de patogenia desconocida.

La acantosis nigricans no se puede tratar más que cuando las lesiones asientan en una región determinada o ponen en peligro las funciones del enfermo, y en este caso es la radioterapia lo que da mejores resultados.

### PIODERMITIS VEGETANTES

Son agrupamientos de pústulas que siguen una evolución serpiginosa y vegetante. Esta afección, muy rara, la había descrito HALLOPEAU y la consideraba como un pénfigo vegetante. Esta hipótesis es discutible. Hay que tener en cuenta que el impétigo vulgar puede hacerse vegetante. Si de todas maneras la piodermatitis vegetante de Hallopeau tiene que guardar una individualidad clínica, hay que reservar este nombre para una variedad de piodermatitis esencialmente vegetante, y de evolución progresiva y crónica. El tratamiento es el mismo que el de las piodermitis.

### YÓDIDES Y BRÓMIDES VEGETANTES

Se pueden desarrollar en cualquier región. Empiezan por una ampolla purulenta que aparece sobre una zona eritematosa, abriéndose secundariamente y dejando en su lugar una erosión vegetante. Las brómides son más fungosas, más blandas que las yódides y su supuración es menos abundante.

Dejamos aparte el *pian* y el *granuloma ulceroso de los órganos genitales*, afecciones que no se ven en nuestros países, y daremos alguna noción sobre el botón de Oriente, que se ve en individuos que vienen de Argelia o de Túnez.

## BOTÓN DE ORIENTE

Llamado también botón de Biskra, botón de Alepo y botón de Gafsa. Se caracteriza por una mancha roja, casi papulosa y muy pruriginosa, que se cubre de escamas, después de costras, formando una ulceración redondeada de bordes tallados a pico y sinuosos y de fondo papilomatoso y supurante. Los ganglios están casi siempre infartados. La evolución es siempre lenta y la cicatrización deja siempre vestigios indelebiles.

Es una leishmaniosis debida a un parásito especial que se llama leishmania forunculosa.

El diagnóstico, que puede presentar dudas con el forúnculo, con una piodermatitis y con un ectima; se basará en la larga duración y en el interrogatorio del enfermo, que siempre habrá vivido antes en los trópicos.

Como tratamiento local, se recomienda la exéresis o el raspado con cauterización ígnea consecutiva, y al interior, los arsenobenzoles o el tártaro estibiado (5 ó 10 centigramos de una solución al 1 por ciento) en inyección intravenosa.

## DERMATOSIS DISCRÓMICAS

Incluimos en este grupo todas las anomalías de la pigmentación que, como es sabido, es debida a la existencia en la capa generatriz y en el cuerpo mucoso de la epidermis de un pigmento especial, la melanina, susceptible en casos patológicos de desaparecer o de aumentar de importancia. Además, hay el pigmento ocre o hemosiderina, pigmento ferruginoso que puede depositarse en la piel, pero que no se ve más que en ciertas afecciones como las cirrosis pigmentarias, bajo la acción probable de una hemolisis excesiva. El pigmento palúdico, del que no nos ocuparemos, es exclusivo de la melanodermia palúdica.

El *albinismo* y los *nevus acrómicos* están constituidos por manchas blancas y son acromías generalizadas o parciales, pero congénitas. La *leucodermia* es una acromía adquirida, consecutiva a un proceso lesional local.

Las *hipercromías* son parciales o generalizadas y constituyen las *melanodermias*.

Las acromías e hipercromías pueden convivir, como ocurre en la leucomelanodermia del vitíligo.

No incluimos en el cuadro de las discromías los *tatuajes*, las manchas de pólvora, argiria cutánea, ligeramente azulada, que se ve en los sujetos sometidos durante largo tiempo a la absorción *per os* del nitrato de plata. Los tatuajes pueden quitarse sea por la exéresis si el tatuaje es muy pequeño, o por toques con yodo seguidos después de la anestesia local con la novocaína al 1/100 de una cauterización superficial con la punta del termocauterío llevado al rojo sombra, según el procedimiento de Montlaur. Se han recomendado también las escarificaciones seguidas de cauterización con fenol puro. La nieve carbónica es de resultados inseguros.

Citaremos las *hipercromías accidentales* y regionales consecutivas al roce de prendas de vestir, al rascado de lesiones cutáneas pruriginosas, a las irradiaciones solares o caloríficas y a ciertos agentes químicos (sinapismos, cloroformo, ácido crisofánico). En estos casos no hay más que suprimir la causa. Hay dermatosis que dejan consecutivamente manchas pigmentarias (sífilides nigricantes, dermatosis pigmentadas de los miembros inferiores en los enfermos varicosos).

## DISCROMÍAS LOCALIZADAS

### EFÉLIDES

Llamadas también pecas, no merecen una descripción. Se exageran en verano y con la

influencia de la luz solar, contra la que se han de proteger las personas sensibles.

### CLOASMA

Manchas irregulares, amarillas u oscuras, localizadas en la frente, pómulos o mejillas de una manera bastante simétrica. Se ven en el embarazo y en ciertas afecciones genitales en la mujer, y en otros casos sin causa apreciable. Es posible que aquí, como en la enfermedad de ADDISON, sean de origen simpático.

Se deberá evitar la exposición prolongada al sol. Localmente para el cloasma, como para las efélides, se puede emplear, pero sin grandes esperanzas, la siguiente loción:

|                        |          |
|------------------------|----------|
| Sublimado. ....        | 1 gr.    |
| Sulfato de cinc .....  | } aa 2 — |
| Acetato de plomo ..... |          |
| Agua. ....             | 250 —    |
| Alcohol. ....          | c. s.    |

(Para diluir en agua, seguida de una aplicación de pomada de óxido de cinc.)

o una pomada de agua oxigenada, por ejemplo:

|                                     |          |
|-------------------------------------|----------|
| Vaselina. ....                      | 8 gr.    |
| Lanolina. ....                      | 4 —      |
| Agua de cal. ....                   | } aa 4 — |
| Agua oxigenada a 12 volúmenes. .... |          |
| Acido salicílico. ....              | 0,25 —   |
| Oxido de cinc. ....                 | 0,50 —   |

(Hágase homogénea.) (NICOLAS.)

Las pastas exfoliantes son más perjudiciales que útiles.

No nos ocuparemos de los *nevos pigmentarios* ni de la *enfermedad de Recklinghausen*, que se estudiarán con los tumores, ni de las *manchas azules*, producidas por el *phtirius pubis*, que se reconocen por su tinte azulado, por su localización, frecuentemente abdominal, y por la comprobación de los parásitos.

### DISCROMÍAS DIFUSAS

Las *melanodermias addisonianas* y *tuberculosas*, las *sifilides pigmentarias*, las *discromías de la lepra*, de ciertas *enfermedades del sistema nervioso*, de las *enfermedades de la sangre*, las que resultan de una *medicación arsenical prolongada* o de una *pediculosis antigua* (*vagabunds disease*) serán descritas en sus respectivos capítulos.

### VITÍLIGO

Está constituido por placas acrómicas, de blanco lechoso o de marfil, sin ninguna modificación subjetiva ni objetiva de la piel, coexistiendo con zonas hiperpigmentadas de color de café con leche o más oscuras, sin localización fija, pero con predilección por las partes descubiertas. Ataca principalmente personas jóvenes, en particular las mujeres. Sobreviene casi siempre después de una excitación

nerviosa o una emoción violenta. Se puede presentar en los sifilíticos, sin que sea posible buscar una relación constante entre el vitíligo y la lúes. Sigue una evolución regularmente progresiva con períodos estacionarios o períodos de exacerbación, sobre todo durante el verano. El diagnóstico es fácil. El tratamiento consiste en una higiene correcta. Puede ensayarse la opoterapia. Si hay antecedentes lúéticos, se hará un tratamiento específico, no empleando nunca los arsenicales. Las cremas llamadas decolorantes pueden ser empleadas en los enfermos en que constituye una obsesión.

## DERMATOSIS DISTRÓFICAS

### DERMATOSIS HIPERTRÓFICAS

DARIER define la hipertrofia cutánea como « un aumento de espesor de la piel en su conjunto debido a una hiperplasia fibrosa intersticial ». Es distinta de la infiltración debida a la presencia de células inflamatorias en la piel, del edema, donde los tegumentos están infiltrados por un exudado líquido, y de los tumores, que son neoplasias de elementos celulares atípicos o metatípicos. No estudiaremos algunas hipertrofias congénitas como la macroglosia.

### ELEFANTÍASIS

Edema inflamatorio o no inflamatorio que conduce a una tumefacción dura y después a una hipertrofia verdadera con una piel engrosada, difícil de arrugar y que se puede cubrir de elementos verrugosos, de escamas o de costras. Se localiza según los casos en las ex-

tremidades inferiores, en el escroto, en la vulva, en las extremidades superiores y en la cara. Intervienen en su producción las estasis linfáticas, venosas y las inflamaciones locales.

### Elefantiasis nostras

Es casi siempre secundaria, viéndose en las tuberculosis cutáneas, particularmente en el lupus de las extremidades, en las sífilides terciarias, alrededor de las úlceras de los leprosos y en la úlcera de las piernas. Se puede ver también sin causa aparente a consecuencia de un traumatismo local que puede pasar inadvertido, pero que ha determinado una linfangitis y una adenopatía que a su vez determinan la elefantiasis. Ésta se ha considerado como una estreptococia. El tratamiento consiste en el reposo y en colocar al enfermo en una posición apropiada para asegurar la circulación venosa de retorno. Los masajes suaves y progresivos, como las vendas elásticas nos podrán ser útiles. Han sido preconizadas las inyecciones de fibrolisina. Hay que tratar la causa siempre que la conozcamos.

### Elefantiasis filárica

Afección tropical debida a la inmovilización a nivel de los gruesos troncos linfáticos y de los ganglios de la « filaria Bancrofti ». Es tributaria del mismo tratamiento anterior y

además de inyecciones de novoarsenobenzol, que actúa sobre las filarias.

El *trofoedema de Meige* y el *mixedema* no pueden estudiarse en este manual. Las *dermatolisis* y el *cutis hiperelástica*, caracterizadas ya por una piel alternativamente engrosada y adelgazada, ya por una elasticidad anormal de los tegumentos (hombres goma), son afecciones muy raras. El *rinoscleroma*, que es la hipertrofia de la nariz y del labio superior debida al bacilo de FRITSCH, es excepcional y del dominio de la cirugía. El *rinofima* ha sido ya descrito.

### DERMATOSIS ATRÓFICAS

Presentan la piel atrofiada con disminución del tejido elástico, adelgazada y fácilmente arrugable. Puede asociarse una esclerosis, en la cual los elementos constitutivos de la piel están endurecidos, haciendo muy difícil el deslizamiento de la piel. Pueden ser lesiones congénitas (nevos) o tardías (degeneración senil). Son muchas veces secundarias a lesiones inflamatorias o neoplásicas, pudiendo ser también primitivas. Sólo nos ocuparemos de las que no se han descrito en otros capítulos.

### CICATRICES

No nos entretendremos en su descripción, puesto que el interés que presentan es desde

el punto de vista de diagnóstico retrospectivo y ya las hemos descrito suficientemente en las dermatosis respectivas. Las cicatrices que-loidianas se estudiarán con los tumores, lo mismo que las atrofiaciones cicatrizales, que no son más que cicatrices discretas.

Las cicatrices viciosas pueden ser intervenidas o escarificadas. Las inyecciones de fibroisina son de una eficacia relativa.

### VETEADOS ATRÓFICOS

Son atrofiaciones cutáneas de forma alargada, lineal, muy marcadas en el vientre, muslos, región lumbar, vacíos, pechos y nalgas, y se presentan casi siempre en las mujeres después de embarazos repetidos. Pueden coexistir con una obesidad o un adelgazamiento excesivos. Pueden sobrevenir después de una fiebre tifoidea. Parece que se trata de una modificación estructural adquirida de la piel, de origen toxinfecioso. No conocemos tratamiento apropiado.

### ATROFIAS CUTÁNEAS IDIOPÁTICAS PRIMITIVAS

Se clasifican bajo este nombre las afecciones caracterizadas por una atrofia progresiva de la piel, que se acompaña a veces de edema, infiltración y rubicundez, y que se presentan con una topografía regional, pero difusa, de los

miembros inferiores (acrodermatitis crónica atrofiante de HERXHEIMER) o bajo la forma de manchas diseminadas (atrofia maculosa de JADASSOHN). Estas dermatosis son mal conocidas y muy raras.

### MORFEA EN GOTAS

Llamada también esclerodermia circunscrita superficial. Se localiza generalmente en las mujeres en el pecho, hombros, cuello y región perigenital. Está constituida por elementos redondeados, deprimidos, circulares u ovalados, de un blanco nacarado y rodeados de un ribete lila. Estos elementos escleroatrofiantes pueden desaparecer. Los tratamientos de elección son la opoterapia tiroidea y la radioterapia.

### ESCLERODERMIAS

Citaremos de paso el *esclerema de los recién nacidos*, afección en la cual la piel está rígida, inelástica y que lleva a la muerte rápida, hágase lo que se haga.

Las esclerodermias adquiridas se caracterizan por modificaciones progresivas de la piel, que se engruesa, edematiza e infiltra, tomando un tinte eritematoso, rosado o violáceo y después se adelgaza y retrae sobre los planos subyacentes que coge y aprisiona. Se ha descrito una esclerodermia generalizada de forma

aguda que lleva rápidamente a la muerte por dificultad respiratoria y desnutrición, y una forma crónica, que evoluciona en años, acompañándose de fenómenos generales, de dolores neurálgicos que inmovilizan progresivamente a los enfermos y los conduce al marasmo y a la caquexia. Hay también una *esclerodermia progresiva o esclerodactilia* sistematizada al principio en las extremidades superiores y en la cara, con deformación de los dedos en forma de palillos de tambor y con una facies típica que se puede extender al tórax. Hay asimismo *esclerodermias parciales* (esclerodermia en placas, morfea, esclerodermia en bandas) que son menos graves.

Para explicar su etiología se han invocado las emociones, los enfriamientos bruscos y las enfermedades infecciosas. Nosotros hemos visto, con NICOLAS, una esclerodermia después de una vacunación antitífica. También se han invocado los trastornos vasculares del sistema nervioso y las glándulas endocrinas (las esclerodermias son muy frecuentes en la enfermedad de Basedow).

El tratamiento es poco eficaz. Se ha empleado el salicilato sódico, los yoduros, arsénico y fibrolisina. La opoterapia tiroidea empleada durante largo tiempo, da buenos resultados. Se pueden emplear la hidroterapia y los masajes.

### CRAUROSIS DE LA VULVA

Está constituida por una atrofia y esclerosis progresiva del revestimiento cutáneomucoso de la vulva, que deforma la región vulvar. El orificio de la vagina se estrecha, los pequeños labios y el capuchón clitorídeo desaparecen, los grandes labios se borran. Los tegumentos toman un tinte blanquecino y a veces leucoplásico. Parece que es debida a la menopausia, y se puede tratar con lociones calientes y alta frecuencia.

### XERODERMA PIGMENTOSUM

Es hereditario y congénito, apareciendo sólo en la primera infancia, resultando de una sensibilidad anormal de los tegumentos para los rayos solares. Bajo esta acción, en primavera o en verano se ven aparecer manchas pigmentarias; después la piel se descama presentando telangiectasias y manchas blancas atróficas. Se presentan retracciones parciales, ectropión y a veces una atresia bucal. En resumen, la afección se caracteriza por la coexistencia de manchas atróficas y telangiectasias. Más tarde pueden añadirse a estas lesiones, verrugas o epitelomas de evolución más o menos rápida. Parece que se trata de una malformación congénita de la piel. NICOLAS ha visto casos de xeroderma pigmentosum tardíos en individuos expuestos al sol y al viento (enfermedad de

los labradores y de los marinos, «seemans-disease»). Esta enfermedad se puede comparar con las radiodermitis crónicas.

El *pronóstico* es grave. El *tratamiento* consiste en protegerse contra el sol cuanto es posible, en pastas con quinina (véase eritemas). Las neoplasias son destruidas en cuanto aparecen (radioterapia).

### DEGENERACIÓN SENIL

Se caracteriza por el adelgazamiento de la piel y sequedad y disminución de la elasticidad de la misma. Las arrugas son su manifestación más aparente.

## DERMATOSIS FOLICULARES

Clasificaremos en este grupo las dermatosis localizadas en los folículos pilosebáceos.

Las foliculitis supuradas han sido descritas con las dermatosis de supuración (sicosis simple) o serán descritas con las micosis (sicosis tricofítica, querion de CELSO, foliculitis acuminadas).

Las sífilides peripilares no entran en nuestro programa. Las seborreides y turbecúlides peripilares se estudian con las dermatosis eritematoescamosas o con la tuberculosis cutánea. No estudiaremos aquí más que la seborrea, los acnés, las foliculitis decalvantes, la pitiriasis rubra pilar y las queratosis pilares.

### SEBORREA

No es más que una exageración de la secreción sebácea. Los poros ostiofoliculares se agrandan y presentan una materia grasa, constituida por células córneas, sebo y microbios. Es el «filamento seborreico» de SABOURAUD. En esta substancia se encuentra gran

abundancia de microbacilos de la seborrea, a los cuales SABOURAUD da un valor patogenético. Al lado de este cuadro, que constituye la seborrea grasa, se ha descrito una seborrea oleosa o fluente, en que la piel grasa y reluciente engrasa el papel y puede cubrirse de pequeñas gotas grasientas.

La seborrea se localiza sobre todo en el límite del cuero cabelludo, en los surcos nasogenianos y en las alas de la nariz, siendo más rara en el tórax y puede invadir todo el cuero cabelludo provocando una alopecia.

En su etiología toman parte la herencia, la falta de higiene general y alimenticia, los desórdenes digestivos y los trastornos endocrinos.

El tratamiento dependerá de estos factores etiológicos. Las lociones eteroalcohólicas, desgrasantes, salicílicas o no salicílicas, darán buenos resultados.

|                            |           |
|----------------------------|-----------|
| Aceite acético.....        | 5 gr.     |
| Tintura de cantáridas..... | 10 —      |
| — — quinina.....           | } aa 20 — |
| — — jaborandi.....         |           |
| Alcohol alcanforado.....   | 50 —      |
| Ron .....                  | 150 —     |

|                           |               |
|---------------------------|---------------|
| Formol .....              | } aa 0,30 gr. |
| Acido salicílico.....     |               |
| Nitrato potásico .....    | } aa 30 —     |
| Alcoholato de limón ..... |               |
| Agua.....                 |               |
| Alcohol de 90°.....       | 300 cc.       |

(SABOURAUD.)

Se recomiendan asimismo para el cuero cabelludo lociones con :

|                           |        |
|---------------------------|--------|
| Polisulfuro potásico..... | 20 gr. |
| Agua.....                 | 980 —  |

o con:

|                                  |         |
|----------------------------------|---------|
| Azufre precipitado y lavado..... | 6 gr.   |
| Sulfuro de carbono .....         | 360 cc. |

(Este último líquido es muy inflamable y tiene un olor asfixiante. Se harán, pues, fricciones rápidas, sin respirar, con los ojos cerrados y lejos de todo foco de calor. La fricción produce escozor de corta duración.)

Hay que hacer lavados frecuentes con jabones sulfurosos o salicílicos.

A veces son útiles las pomadas sulfurosas, alcanforadas, salicílicas o de brea. He aquí dos fórmulas que se podrán utilizar:

|                         |               |
|-------------------------|---------------|
| Naftol $\beta$ .....    | } aa 0,30 gr. |
| Resorcina.....          |               |
| Azufre precipitado..... | 2 —           |
| Vaselina .....          | 30 —          |

|                        |           |
|------------------------|-----------|
| Acido salicílico ..... | 1 gr.     |
| Aceite de enebro ..... | 4 —       |
| Vaselina .....         | 16 —      |
| Lanolina.....          | } aa 12 — |
| Oxido de cinc. ....    |           |

## ACNÉS

### ACNÉ VULGAR ACNÉ POLIMORFO JUVENIL

Es una afección muy común, caracterizada por la coexistencia de comedones, pápulas, pápulo-pústulas y costras, de aquí su nombre de acné polimorfo. Los comedones no son más que filamentos seboreicos en los cuales las células epidérmicas, más numerosas y secas, tienen una consistencia más dura y se coloran en negro, ya sea por el polvo o por una oxidación probable de la queratina, constituyendo los «puntos negros» de la cara (*acné comedón*). A veces pueden encontrarse en los comedones, además de los microbacilos, células epidérmicas y sebo, el «demodex folliculorum». Alrededor de estos puntos negros que ocluyen los poros ostiofolliculares, se forman pequeños focos inflamatorios peripilares que, según su importancia y su profundidad, dan lugar a elevaciones papulosas (*acné papuloso*) o a induraciones (*acné tuberoso o indurado*). Muchas veces estos elementos inflamatorios se resuelven en pequeñas pústulas, verdaderas ostiofolliculitis, que se abren o desecan, dejando costras y después cicatrices. Estas diferentes lesiones juntas constituyen el acné polimorfo.

La topografía de estas lesiones se reduce a la cara, que es su sitio de elección, excepción

del cuero cabelludo, el tórax y la raíz de las extremidades superiores.

Esta afección, muy frecuente en los jóvenes de ambos sexos, aparece en el momento de la pubertad, desarrollándose siempre sobre pieles seborreicas o querósicas. Los trastornos digestivos, la mala higiene alimenticia, el estreñimiento, los desórdenes de la esfera genital en la mujer y las insuficiencias endocrinas tienen gran importancia en su etiología. Los agentes microbianos que tienen relación con su patogenia son el microbacio de la seborrea, el estafilococo dorado, el estafilococo blanco y el estafilococo de cultivo gris que se encuentran ya en el filamento seborreico, ya en las lesiones supurativas, pero cuya acción está subordinada al terreno sobre el cual se desenvuelven.

El tratamiento general depende en cada caso de la noción etiológica. Se prescribirá una buena higiene alimenticia que combata la taqui y polifagia, prohibiendo a los enfermos las comidas con especias, las conservas, la alimentación excesivamente cárnea, alcoholes, te y café. Se procurará regularizar el intestino y una vida activa que no sea sedentaria. Se vigilarán los trastornos del aparato genital. La opoterapia tiroidea y tiroovárica da muy buenos resultados. El matrimonio en las personas jóvenes obra beneficiosamente. La vacunoterapia es ineficaz.

Desde el punto de vista local, la bioquímica (masaje y gimnasia de los músculos de la cara) da también excelentes resultados;

pero los medicamentos más activos son los exfoliantes y los reductores. Un excelente método del profesor NICOLAS, que seguimos con éxito, es el siguiente:

Por la mañana se hace un lavado enérgico de la cara y partes afectas con agua muy caliente y jabón de Marsella. Se deja secar la espuma de jabón sobre la piel durante un tiempo progresivamente creciente y se quita después con agua caliente. Si la exfoliación tarda en producirse, puede usarse el jabón verde de potasa e incluso el jabón negro.

Durante el día se harán fricciones varias veces con la siguiente loción:

|                         |          |
|-------------------------|----------|
| Resorcina .....         | 0,75 gr. |
| Acido tártrico .....    | 1 —      |
| Acido salicílico .....  | 1,50 —   |
| Licor de Hoffmann ..... | 40 —     |

Por la noche, se empleará, en aplicaciones, la siguiente pomada:

|                                   |       |
|-----------------------------------|-------|
| Acido salicílico .....            | 1 gr. |
| Azufre precipitado y lavado. .... | 4 —   |
| Lanolina .....                    | 32 —  |
| Vaselina .....                    | 8 —   |

o bien esta loción:

|                                  |       |
|----------------------------------|-------|
| Azufre precipitado y lavado..... | 6 gr. |
| Talco pulverizado .....          | 2 —   |
| Glicerina .....                  | 60 —  |
| Agua de rosas .....              | 120 — |
| Tintura de quilaya .....         | 10 —  |

Este método de tratamiento local, combinado con las reglas generales de higiene y de die-

tética que hemos señalado, da casi siempre excelentes resultados.

### ACNÉS MEDICAMENTOSOS Y PROFESIONALES

Hay un *acné brómico* y un *acné yódico* que aparecen en el curso de las medicaciones respectivas, un acné consecutivo a la aplicación local de breas, de aceite de enebro o al contacto prolongado con *aceites minerales* empleados para engrasar máquinas (erupción del aceite o elayoconiosis) y un *acné clórico* (NICOLAS y PILLON). No presentan ningún carácter especial, salvo su etiología.

### ACNÉ NECRÓTICO

Aparece en la edad adulta. Se presenta en pápulas rosadas, con su centro amarillo, que se secan y forman costras oscuras, dejando una cicatriz deprimida varioliforme y definitiva. Se encuentra particularmente en la cara y en el borde del cuero cabelludo. Asienta generalmente sobre terrenos seborreicos. Dura indefinidamente si no se trata. No se sabe a punto fijo su etiología.

Los enjabonados y las aplicaciones de pomadas salicílicas dan buenos resultados:

|                              |            |
|------------------------------|------------|
| Azufre precipitado. ....     | } aa 5 gr. |
| Jabón blando de potasa. .... |            |
| Manteca de cerdo. ....       |            |

(DUBREUILH.)

|                          |      |     |
|--------------------------|------|-----|
| Azufre precipitado ..... | 5    | gr. |
| Acido salicílico. ....   | 0,50 | —   |
| Vaselina. ....           | 50   | —   |

### ACNÉ QUELOIDIANO

Se caracteriza por su localización exclusiva en la nuca y por su tendencia a agruparse sus elementos sobre una base dura y queloidiana. Es casi exclusivo del género masculino. En el período de estado se ve un reborde ligeramente inflamatorio, alopécico en su parte inferior y cubierto de pelos cortos y gruesos en su parte superior. Dura mucho tiempo y es muy rebelde a todos los tratamientos.

Lo mejor es hacer escarificaciones profundas seguidas de radioterapia.

### FOLICULITIS ALOPÉICAS

De estas foliculitis hablaremos sólo de la *seudopelada de BROCO*, constituida por placas alopécicas diseminadas por el cuero cabelludo, sin pelos tonsurados y sin escudete. La observación ha puesto de manifiesto que las lesiones se extienden por un proceso de foliculitis « a mínima ».

Como tratamiento, que sólo actuará sobre los pelos no afectados todavía por la foliculitis, contamos solamente con el aceite de enebro en pomadas y el azufre en lociones o en pomadas.

### PITIRIASIS RUBRA PILAR

Su lesión elemental está constituida por una pápula pequeña, rosada y peripilar que tiene en su centro ligeramente acuminado una escama blanca y seca, de cuya parte central emergen uno o varios pelos cortos. El agrupamiento de estas lesiones da al tejido un aspecto ligeramente granujiento. Las pápulas se juntan, los tegumentos sobre que reposan se ponen rojizos, encontrándose así zonas rosadas cubiertas de escamas y a veces liquefificadas, presentando en su periferia las lesiones características. Según las regiones, la erupción se modifica; en el cuero cabelludo toma el aspecto de una verdadera pitiriasis seca; en la cara las lesiones son eritematoescamosas; en los codos y rodillas presenta el mismo aspecto, pero con las escamas mucho más gruesas y adherentes; en la cara dorsal de las falanges, las pápulas características y los conos córneos no faltan nunca, sirviendo para hacer el diagnóstico; en las regiones plantares y palmares, toma el aspecto de una queratodermia. Las lesiones pueden extenderse y generalizarse más o menos.

El prurito es inconstante; la tensión, frecuente. Hay casos frustrados. La evolución es larga, progresiva y con períodos estacionarios.

Empieza durante la juventud y afecta especialmente a los hombres, y ha sido considerada, sin que se haya demostrado, como una tuberculíde.

Localmente, se emplearán los exfoliantes y queratolíticos. La posibilidad de su origen tuberculoso justifica las curas de aire, una alimentación abundante y nutritiva, el aceite de hígado de bacalao y la tuberculinoterapia.

### QUERATOSIS PILAR

La *queratosis pilar*, que se ha querido hacer una forma de tuberculíde y que parece un grado mínimo de la ictiosis, es generalmente hereditaria. Se caracteriza por la sequedad de la piel (xerodermia) con folículos pilosos salientes en forma de pequeños conos córneos acuminados, que sirven de punto de implantación a pelos cortos y arrollados. Esta afección, que asienta preferentemente en las extremidades y en los muslos y brazos en su cara externa, puede ir acompañada de pequeñas pápulas rojas peripilares (*queratosis pilar roja*).

Es necesario conocer esta afección por la cual tantas mujeres cuidadosas de su escote van a consultar. Se trata como la ictiosis, por los enjabonados y pomadas salicílicas.

Los dermatólogos ingleses han descrito con el nombre de *liquen spinulosus* una afección caracterizada por conos córneos, filiformes, que salen de los orificios pilosebáceos en los cuales se implantan. Estas lesiones se encuentran en otras dermatosis peripilares, como el liquen escrofulosorum y sífilides peripilares, y sería mejor hablar de espinolusismo que de una entidad nosológica determinada.

## AFECCIONES DE LAS FANERAS

### ENFERMEDADES DE LOS PELOS

#### HIPERTRICOSIS

No haremos más que mencionar la *hipertricosis fetal*, que presentan los «hombres monos» y que es debida a una persistencia anormal y a una hipertrofia de los pelos fetales.

La más interesante es la *hipertricosis verdadera*.

Es la exageración de un estado fisiológico que acompaña muchas veces a la tuberculosis en el hombre y que determina también en la mujer un vello molesto y a veces pelos gruesos en los labios, barba, senos y piernas. Se ve muchas veces en las jóvenes, apareciendo generalmente con la menopausia, presentándose a veces con carácter familiar, y parece relacionada con las funciones genitales. Los irritantes, la depilación con la pinza y los depilatorios la exageran.

Sólo se hará un tratamiento cuando lo exijan los enfermos. Se suprimirá toda depilación con pinza y los depilatorios. Si el vello

es negro, se harán lavados o se prescribirán cremas con agua oxigenada.

SABOURAUD recomienda una aplicación cada noche de la siguiente pomada:

|                            |          |
|----------------------------|----------|
| Acetato de talio . . . . . | 0,30 gr. |
| Oxido de cinc. . . . .     | 2 —      |
| Vaselina . . . . .         | 20 —     |
| Lanolina . . . . .         | } aa 5 — |
| Agua de rosas . . . . .    |          |

Por la mañana se hará una fricción con polvos de talco.

En último lugar, habrá el recurso de la electrólisis, que da buenos resultados, pero que es un método muy largo. No se hará nunca radioterapia.

#### ALOPECIAS

Pasamos por alto las alopecias *congénitas*.

#### ALOPECIAS ADQUIRIDAS

Pueden ser *traumáticas* (tricotilomanía o vicio que tienen ciertos sujetos de arrancarse los pelos o cabellos).

Generalmente son patológicas. Distinguiremos las alopecias *difusas* y las *circunscritas*.

#### Alopecias difusas

Recordemos aquí la *alopecia prematura idiopática*, que por su origen seborreico hemos

descrito con la seborrea. Es ésta la variedad de alopecias que da más contingente de calvicies masculinas. Ya hemos indicado su cuadro clínico y su tratamiento.

### Alopecias postinfecciosas

La alopecia sifilítica en claros, que no estudiaremos, corresponde a este grupo. Se producen alopecias después de la tifoidea, gripe, neumonía y fiebres eruptivas.

Las alopecias que se presentan después de un parto, de una intervención quirúrgica o de un *choque* moral, entran también en este grupo. En todos estos casos vuelven a crecer bien los cabellos. Se ayudará la salida con los siguientes excitantes:

|                              |           |
|------------------------------|-----------|
| Amoniaco .....               | 2-5 gr.   |
| Coaltar saponificado. ....   | } aa 15 — |
| Alcohol alcanforado.. ....   |           |
| Alcohol de 60º.....          |           |
| Acido acético.....           | 1 gr.     |
| Tintura de cápsico. ....     | } aa 15 — |
| Bálsamo de Fioravanti. ....  |           |
| Alcoholato de lavanda.. .... |           |
| Clorhidrato de quinina.....  | 1 gr.     |
| Tintura de jaborandi.....    | 20 —      |
| Licor de Hoffmann. ....      | 80 —      |
| Esencia de verbena. ....     | c. s.     |

Se podrá al mismo tiempo realzar el estado general con los arsenicales:

|                             |          |
|-----------------------------|----------|
| Metilarsinato disódico..... | 0,50 gr. |
| Agua destilada .....        | 100 —    |

(Una cucharada de las de café antes de las dos comidas principales.)

|                             |          |
|-----------------------------|----------|
| Arseniato sódico. ....      | 0,04 gr. |
| Sulfato de estricnina. .... | 0,05 —   |
| Vino de Banyuls .....       | 300 —    |

(Una cucharada de las de café antes de las dos comidas principales.)

### Alopecias circunscritas

#### Pelada

Es una alopecia en *áreas*. Se manifiesta bajo el aspecto de placas redondeadas más o menos grandes y completamente decalvadas. El cuero cabelludo está adelgazado y atrófico, de un blanco de marfil. En su contorno se encuentran pelos cortos y decolorados en su base e hinchados en su parte libre como puntos de admiración, pelos que ceden fácilmente a la pinza. En la pelada de cabellos frágiles, se encuentran en gran número. No es posible confundir la pelada con otras alopecias en áreas, en particular con las tiñas, cuyo aspecto es muy distinto. Encontramos una variedad, *pelada ofiásica*, que se localiza en el borde del cuero cabelludo y es de rápida extensión. La pelada puede extenderse a la barba y al bigote o quedar localizada en estos sitios. También puede generalizarse más o menos rápidamente, invadiendo todas las regiones pilosas y coincidiendo con trastornos tróficos

de las uñas. Entonces se llama *pelada decalvante total*.

Actualmente, se ha desechado la teoría contagiosa y el origen parasitario de la pelada. Se considera como un trastorno trófico del cuero cabelludo, debido a causas complejas y a desórdenes funcionales del sistema nervioso, particularmente vegetativo (LÉVI-FRANKE). Dentro esta concepción, las causas de irritación local, lesiones dentarias, oculares, auriculares y de los senos, desencadenarían el proceso peládico (JACQUET). Los trastornos endocrinos tienen también importancia. La sífilis, adquirida o hereditaria, para algunos, es la causa de algunas peladas.

El tratamiento se inspira en estas consideraciones. El aislamiento es inútil y se puede continuar frecuentando la escuela. Se aconseja la higiene correcta, el reposo moral e intelectual, los reconstituyentes generales y los tónicos nerviosos, la opoterapia, así como el tratamiento antisifilítico en ciertos casos. Si existe una espina irritativa local, hay que suprimirla: tratamiento de las sinusitis, tratamiento de las afecciones oculares o auriculares y sobre todo el perfecto estado de la dentición.

Localmente, hay que irritar por todos los medios el cuero cabelludo.

He aquí el tratamiento más sencillo:

Por la mañana, enjabonado de las placas con agua caliente y jabón; después, fricciones con:

|                     |       |
|---------------------|-------|
| Acido acético ..... | 1 gr. |
| Cloral .....        | 4 —   |
| Éter .....          | 25 —  |

Durante el día, embadurnados con:

|                       |           |
|-----------------------|-----------|
| Tintura de yodo ..... | 5 gr.     |
| Alcohol de 70° .....  | 25 a 45 — |

(Según la irritabilidad del cuero cabelludo.)

SABOURAUD recomienda:

Lociones diarias de todo el cuero cabelludo con:

|                                  |         |
|----------------------------------|---------|
| Agua de Colonia .....            | 300 cc. |
| Acido acético cristalizable..... | 10 gr.  |
| Formol comercial.....            | 1 —     |

Después, friccionar la placa con un cepillo de dientes empapado de:

|                                  |        |
|----------------------------------|--------|
| Licor de Hoffmann .....          | 30 gr. |
| Acido acético cristalizable..... | 1 —    |

Si las placas continúan apareciendo:

Hacer cada noche un masaje sobre el cuero cabelludo con:

|  |        |
|--|--------|
| Aceite de enebro puro desodorizado ..... | 10 gr. |
| Vasolanolina .....                       | 20 —   |
| Turbit mineral .....                     | 1 —    |
| Verbena para perfumar .....              | c. s.  |

y, por la mañana, practicar enjabonados de toda la cabeza con las lociones excitantes precedentes.

En los casos muy rebeldes, se aconseja la revulsión de las placas con:

Acido crisofánico ..... 0,30 gr.  
Cloroformo..... 30 —

o la pomada cádica con:

|                          |             |
|--------------------------|-------------|
| Vaselina .....           | } aa 10 gr. |
| Lanolina. ....           |             |
| Aceite de oxicedro ..... |             |
| Acido pirogálico. ....   | } aa 1 —    |
| Resorcina. ....          |             |
| Ictiol. ....             |             |
| Azufre precipitado. .... |             |
| Oxido de mercurio .....  |             |

para aplicar por la noche. Por la mañana, lavados con agua caliente y jabón sulfuroso.

Se ha ensayado también el método de BIER (estasis venosa que se obtiene por medio de un atado elástico alrededor del cuero cabelludo). Recientemente se ha ensayado la alta frecuencia, a veces con buenos resultados.

Es de importancia que el dermatólogo posea muchos medios terapéuticos, pues esta afección es larga (duración de 6 meses a un año) y los buenos resultados se deben en parte al cambio de terapéutica de cuando en cuando.

### Tiñas

Se estudiarán con las micosis.

No nos detendremos en la decoloración de los cabellos (*canicie*). Aparte de las tinturas a base de nitrato de plata y ácido piro-

gálico, que dan un tinte negro, del carbón de corcho y de heno, que dan al cabello un color rojo, rubio o pardo, según el modo de emplearlo, y del agua oxigenada, que enrojece y decolora el cabello, hay que desechar todas las tinturas. Algunas a base de parafenileno-diamina, pueden ser también peligrosas.

La *tricorrexis nudosa* (estallido del cabello, que se fisura en ciertos puntos de su trayecto), la *tricoptilosis* (fisuración del cabello y de los pelos, que se vuelven ahorquillados, divididos) y la *moniletrix* o aplastamiento moniliforme (deformación de los pelos, que alternativamente se adelgazan o hinchan) son afecciones raras. La primera y la segunda imponen la supresión del abuso de los lavados y las uncciones de los cabellos con cuerpos grasos. La última, que es parecida a la queratosis pilar, se trata como ésta.

### AFECCIONES DE LAS UÑAS

No nos ocuparemos mucho de las lesiones de las uñas.

Las lesiones *TRAUMÁTICAS* son muy variadas (onicofagia y desgaste de las uñas en algunas profesiones y pruritos) y no tienen más que un interés secundario.

Las lesiones ungueales de *ORIGEN MICÓSCICO* (favus o tricofitias) serán estudiadas con las micosis.

La mayor parte de las *DERMATOSIS PUEDEN REPERCUTIR SOBRE LAS LE-*

**SIONES UNGUEALES** (onixis y perionixis piocócicas, como se ve en los panadizos, y que se presentan bajo el aspecto de pequeños abscesos subungueales que se resuelven casi siempre despegando la raíz de la uña, que se hace friable; lesiones ungueales de psoriasis, de eczema vulgar, de eczema seborreico, de pitiriasis rubra pilar, de pelada, de eritrodermias, de dermatitis de DÜHRING). Todas estas lesiones han sido estudiadas con sus dermatosis respectivas.

Las **ENFERMEDADES GENERALES** y **NERVIOSAS** pueden determinar trastornos tróficos (surcos, rcdetes).

La **ONIXIS** y **PERIONIXIS SIFILÍTICA** no entran en nuestro programa.

La **LEUCONIXIS** (coloración blanca de las uñas) y la **ONICOGRIFOSIS** (deformación de la uña en garra) tienen un interés muy secundario.

## AFECCIONES DE LAS GLÁNDULAS SUDORÍPARAS

La **SUDAMINA** (miliar sudoral) está constituida por pequeñas ampollas subcórneas que contienen líquido claro y que se ven después de un sudor abundante. Es una afección sin importancia.

Las **HIDROSADENTIS** se han estudiado con las dermatosis de supuración.

La **ANHIDROSIS** es un defecto de funcionamiento de las glándulas sudoríparas. La encontramos en los mixedematosos, ictiósicos y viejos.

La **HIPERHIDROSIS** generalizada es común en muchas enfermedades febriles (fiebre de Malta, tuberculosis). Es más interesante la *hiperhidrosis localizada* ya sea en la cara, ya sea en la nariz (en la *granulosis rubra nasi*, a la hiperhidrosis se añaden pápulas miliares rosadas sobre un fondo violáceo e hipodérmico), ya sea en las extremidades (manos y pies).

La *bromhidrosis* es una hiperhidrosis de olor fétido. La *cromhidrosis* (sudores coloreados) y la *hemathidrosis* (sudores hemorrágicos) no tienen más que un interés teórico.

Contra la hiperhidrosis y bromhidrosis se recomiendan los baños calientes o tibios, fricciones de alcohol alcanforado o alcohol yodado con tanino. Estos procedimientos se pueden emplear en la hiperhidrosis plantar añadiéndoles pediluvios frecuentes, cambio repetido de calcetines y zapatos descubiertos y ligeros que permitan la evaporación. Entre las fricciones se podrá emplear el empolvado con subnitrate de bismuto. El formol no es aconsejable. Los lavados con ácido crómico al 2/100 dan a veces buen resultado. Contra la hiperhidrosis palmar y la granulosis rubra nasi podemos emplear la radioterapia.

## DERMITIS ARTIFICIALES

---

Se designan con este nombre las dermatosis que sobrevienen, sea por causa externa (irritaciones externas mecánica, física o química), sea por una causa interna (dermitis medicamentosa, accidentes cutáneos de la sueroterapia, toxidermias). Salvo su localización, algunas veces curiosa, siguen la evolución y presentan los síntomas de las erupciones eritematosas, eritematoescamosas, vesiculosas, ampollosas, etc., de las cuales ya hemos hablado. Rompiendo, pues, un molde de costumbre tradicional, no creemos necesario escribir un capítulo para las dermitis artificiales.

## DERMATOSIS PARASITARIAS

La piel puede infectarse por parásitos animales o parásitos vegetales.

### DERMATOSIS PRODUCIDAS POR PARÁSITOS ANIMALES

El *treponema pallidum*, agente causal de la *sífilis*, no nos interesa en este libro. Esta afección está muy bien estudiada en sus diversas manifestaciones con la *sífilis*. El *pian*, debido al espiroqueta *pertenuis* o *pallidula*, es una afección tropical sin interés práctico en nuestras regiones. Las *leishmaniosis*, debidas a ciertos protozoarios, la leishmania, son raras; la más común, el botón de Oriente, se ha estudiado en otra parte.

Para nosotros, las dermatosis causadas por los protozoarios se resumen a las lesiones que crean los epizoarios que viven en la superficie de la piel y los dermatozoarios que penetran más o menos en su espesor.

A propósito del eritema y de la urticaria, hemos hablado suficientemente de las picaduras de pulga, de las chinches y de los

mosquitos. El *demodex folliculorum* es un ácaro de las glándulas sebáceas; ya hemos hablado de él en el acné. El trombidio vive en los vegetales y da, al nivel de los miembros inferiores, pápulas urticadas muy pruriginosas. El parásito, que tiene el aspecto de un punto rojo vivo, se localiza en los orificios pilosebáceos. El mejor tratamiento es la tintura de yodo en aplicaciones locales. Son raras aquí las otras dermatosis debidas a diversos parásitos animales o a sus larvas, como el dracunculo (*filaria* de Medina), la ladrería (*cisticercus celulosæ*, forma vesiculosa del *tænia solium*), la «creeping disease» (larva migrans); las lesiones debidas a la pulga penetrante, a los oxidios, a los argas y las miasis cutáneas son muy raras en nuestros países.

Vamos a describir la pediculosis, la ptiuriasis y la sarna.

### PEDICULOSIS

El piojo de la cabeza (*pediculi capitis*) vive en el cuero cabelludo, donde produce un prurito intensísimo. El inevitable rascado produce lesiones de infección secundaria del tipo del impétigo. Se trata generalmente de niños y mujeres de higiene defectuosa. En la nuca se ven lesiones de rascado infectadas o no; en el cuero cabelludo se pueden ver los parásitos o sus huevos, que se presentan pegados a los pelos en la forma de pequeños puntos blancos dispuestos lateralmente y muy ad-

herentes (liendres). A veces el impétigo del cuero cabelludo se presenta en la forma de impétigo granulata (véase impétigo) o bajo la forma de un casco de costras de olor fétido que cubren el cuero cabelludo en plena supuración. Los ganglios satélites generalmente están infartados y dolorosos.

**Tratamiento.** — En los niños y en los hombres, se corta el pelo al rape. Se unta la cabeza con una gruesa capa de vaselina y se cubre con un vendaje del tipo «capelina». Por este sistema los piojos mueren asfixiados. Cuando la pediculosis es menos intensa, se pueden hacer fricciones con vinagre, sublimado o solución alcohólica de trementina sublimada, de las cuales hemos dado fórmulas al principio.

Después de esto hay que hacer desaparecer las liendres peinando al enfermo con el peine mojado en vinagre caliente, que disuelve la quitina de los huevos y permite su eliminación.

Si hay impétigo, hay que tratar éste.

Los **piojos del cuerpo** (pediculi corporis o vestimenti), parecidos a los anteriores, se encuentran en los vestidos, de preferencia en los pliegues y costuras, donde depositan sus huevos. Producen un prurito, sobre todo nocturno, con reacciones de urticaria, más o menos marcadas según los sujetos, y lesiones de rascado susceptibles de infectarse. Generalmente asientan en personas de edad, debilitados o caquéticos, gente descuidada y pordioseros. En la pediculosis crónica, la piel

está cubierta de lesiones de rascado, de pio-dermitis y de cicatrices presentando una pigmentación más o menos marcada, que es una verdadera melanodermia (vagabunds disease). Las lesiones están muy marcadas en los hombros, parte superior de la espalda, vacíos, región lumbar y muslos.

**Tratamiento.** — El tratamiento consiste ante todo en la desinfección de los vestidos y una higiene correcta. A falta de estufa, los vestidos pueden ser planchados con la plancha muy caliente, insistiendo en las costuras.

### Ptíriasis

Los piojos del pubis (phtirius inguinalis), algo distintos de los de la cabeza y de los vestidos, llamados vulgarmente «ladillas», se pegan a los pelos del pubis, de las axilas, del tórax, cejas y pestañas y a veces en la barba. Se transmiten por las relaciones sexuales y camas de hotel sucias. Producen un prurito muy intenso, determinando por sus picaduras manchas azules, muy marcadas al nivel del abdomen.

**Tratamiento.** — Antes se trataba por aplicaciones de pomada mercurial o «ungüento napolitano», pero producían, en individuos predispuestos, una verdadera hidrargiria cutánea. Actualmente se trata cortando los pelos junto con los parásitos, y unturas con pomadas con xilol (véase Recursos terapéuticos).

## SARNA

Es debida a un ácaro llamado «sarcop-tes scabiei». Este parásito es de costumbres nocturnas; por esto aprovecha la noche para trasladarse a las personas que comparten la misma cama. También por las camas sucias de los hoteles es como se propagan los ácaros.

El sarcoptes macho vive en la superficie de la piel, la hembra penetra en la epidermis, donde deposita sus huevos. Las lesiones características de la sarna son los surcos y la vesícula perlada. El surco presenta el aspecto de una pequeña elevación sinuosa que representa el techo del túnel subcórneo minado por el parásito. Este surco es blanco en las personas muy limpias y con puntos negros en las personas sucias, formados por el polvo que se deposita en los puntos de salida de las larvas que se forman por el desarrollo de los huevos puestos por el ácaro hembra durante su marcha. El surco presenta un orificio de entrada muy irregular, y en el otro extremo, un punto tenso, blanco y saliente formado por el ácaro, en donde se le puede capturar levantando la epidermis con un alfiler. Las vesículas perladas, menos características, son pequeñas vesículas dishidrosiformes, pero resistentes y que dejan salir un líquido claro. Por otra parte, a estos elementos típicos se juntan lesiones de rascado, piodermatitis y zonas eczematizadas consecutivas al prurito, a la infección o a la eczematización

de la sarna. Hay toda una gama desde la sarna infectada o eczematizada hasta la sarna discreta de la gente limpia. Las lesiones características presentan una topografía especial: espacios interdigitales, borde cubital de la mano, cara anterior de la muñeca, cara anterior de las axilas, ingles en los dos sexos, pezón en la mujer, órganos genitales en los hombres, donde los surcos asientan generalmente sobre una elevación papulosa, cara y planta de los pies en los niños de pecho que se contagian del ama y en los cuales la piel puede servir de asiento a los parásitos. El prurito de la sarna es generalmente nocturno. Puede ser muy intenso, y a veces se presenta albuminuria.

El diagnóstico, que es fácil en los casos típicos, es difícil en las formas discretas.

El tratamiento clásico, que se ha practicado durante mucho tiempo en Saint-Louis, consistía en lo siguiente:

*Fricción.* — El enfermo era frotado con jabón blando y cepillo o guante de crín durante 15 ó 20 minutos. Esta maniobra abría los surcos.

*Baño sulfuroso* consecutivo.

*Aplicación durante 12 a 24 horas de la pomada de Helmerich* (véase Recursos terapéuticos) o de la pomada siguiente: (Pomada de HELMERICH modificada por HARDY):

|                            |            |
|----------------------------|------------|
| Esencia de lavanda .....   | } aa 1 gr. |
| — — canela .....           |            |
| — — menta .....            |            |
| — — clavo .....            |            |
| Goma tragacanto.....       | 2 —        |
| Carbonato potásico .....   | 15 —       |
| Flor de azufre .....       | 45 —       |
| Glicerina neutra pura..... | 90 —       |

#### O de la pomada de BESNIER:

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| Azufre precipitado ..... | 20 gr.    |
| Carbonato potásico ..... | 5 —       |
| Lanolina .....           | } aa 50 — |
| Vaselina .....           |           |

Se terminaba el tratamiento por un baño almidonado y una aplicación de pasta de LASSAR o de glicerolado de almidón.

A la salida del baño, el enfermo debía ponerse ropa limpia y usar sábanas limpias también. La ropa se desinfectaba en la estufa o con planchado muy caliente.

Actualmente se hace el tratamiento de MILIAN, que consiste en:

Tomar un baño jabonoso; a la salida del mismo untar abundantemente el cuerpo, excepto la cara, con la pomada de MILIAN (véase Recursos terapéuticos).

La pomada se deja aplicada de 3 a 5 días, renovando cada noche la untura y sin lavar. Inmediatamente, baño de almidón y cambio de ropa y sábanas.

Este tratamiento presenta algunos inconvenientes, pero de poca importancia: el olor desagradable de la pomada, que emite vapores que ennegrecen los objetos de plata, y duración

de la aplicación. En cambio, no tiene la brutalidad de la fricción y es soportado por pieles delicadas e incluso en sarnas infectadas o eczematizadas.

En los niños, se emplea a menudo la siguiente pomada:

|                             |       |
|-----------------------------|-------|
| Bálsamo del Perú .....      | 5 gr. |
| Ungüento de estoraque ..... | 20 —  |
| Vaselina .....              | 100 — |

Casi siempre habrá que curar un eczema o un impétigo secundario. Si el prurito que queda es poco intenso, no hay por qué preocuparse; pero si toma nuevamente toda su intensidad, hay que cerciorarse de que no quedan lesiones en actividad.

En los casos de sarna familiar deben curarse todos los individuos al mismo tiempo.

Las sarnas de origen animal son rarísimas.

#### Sarna noruega

Llamada también sarna de lobo, forma costras espesas que se generalizan a todo el cuerpo. Los sarcoptes se ven encima de las costras.

#### Sarna de caballo

Da una eritrodermia con numerosos sarcoptes que se encuentran entre las escamas,

Estas sarnas se encuentran muy raramente en el hombre, no presentando nunca surcos.

### Sarna del gato

(THIBIERGE)

Da una erupción papulosa, casi siempre generalizada a un lado del cuerpo, en la axila en la gente que hace dormir al animal a su lado. Curan rápida o espontáneamente.

## DERMATOSIS DEBIDAS A PARÁSITOS VEGETALES

Estos, hongos microscópicos, pueden encontrarse en la epidermis o más profundamente en la dermis e hipodermis.

### EPIDERMOMICOSIS

Dejamos expresamente sin citar algunas epidermomicosis que sólo se ven en países cálidos (Tokelau o tiña imbricada Caratés).

### Pitiriasis versicolor

Debida a un parásito vegetal, el « microsporon furfur » o « Malassezia furfur », que se presenta bajo el aspecto de filamentos mi-

celianos y de agrupamiento de esporos redondeados, la pitiriasis versicolor se caracteriza por una erupción de manchas muy bien limitadas, de color amarillo pardo, ligeramente escamosas, que dan por el rascado una escama epidérmica que se desprende entera sin dificultad ni hemorragia y es el *signo de la uña*. Estas manchas, que pueden verse por todos lados, se localizan de preferencia en el tórax, en los flancos y a veces en los miembros. No hay prurito.

La transmisión entre los cónyuges es rara. Esta dermatosis se ve a menudo en los tuberculosos, probablemente producida por el sudor y el uso de franela.

El diagnóstico se hace por el aspecto de las manchas, el signo de la uña y el examen microscópico.

El tratamiento consiste en enjabonados y aplicaciones de tintura de yodo alcohólica al 1/5 ó 1/10. La desaparición de las manchas se obtiene fácilmente; pero es necesario, durante el tratamiento, exigir el cambio frecuente de ropa, si se quiere evitar las recidivas debidas a la persistencia del esporo.

### Eritrasma

Debido al « microsporon minutissimum », que se presenta bajo el aspecto de filamentos muy finos parecidos a los bacilos, el eritrasma se caracteriza por placas pardas al nivel de

las regiones inguinocrurales, de contornos delimitados, de superficie escamosa y muy fina, y nada pruriginoso.

El diagnóstico puede vacilar entre el intertrigo más inflamatorio, las seborreides menos localizadas y más escamosas y la epidermofitia que veremos más adelante. La afección se transmite poco por contacto. El tratamiento es el de la pitiriasis versicolor.

### Microsporidias

Debidas a los microsporos. Existen dos variedades principales de microsporos: el microsporon Audouini, de origen humano, y el microsporon Canis o Lanosum, de origen animal. Estos hongos crecen muy bien en el medio de SABOURAUD (gelosa glucosada o malteada).

No podemos, por la brevedad, citar los caracteres de su cultivo, que se encontrará en los tratados de Parasitología, o en el libro de SABOURAUD sobre las tiñas.

El microsporon Audouini es el agente patógeno de la *tiña tonsurante* de GRÜBY-SABOURAUD. Esta tiña se caracteriza por las placas decalvadas, poco numerosas, pero de grandes dimensiones (piezas de un duro y hasta más); ésta es la tiña de placas grandes. A nivel de las placas alopécicas, el cuero cabelludo es ligeramente rosado y escamoso. Los cabellos, escasos, se rompen a uno o dos centímetros de su emergencia; son blanquecinos y mates;

este aspecto es debido a los esporos del hongo alrededor del cabello (cabellos con vaina).

Los cabellos enfermos, aclarados con potasa y examinados al microscopio, presentan por todos lados una vaina de esporos pequeños (tiña de esporos pequeños), regulares, redondeados y colocados uno al lado del otro sin ningún orden (hongo ectotrix). No hay filamentos micelianos más que en la raíz del cabello, en la parte rota en el momento de la depilación (vaina de ADAMSON).

Esta tiña, muy frecuente en la región lionesa, ataca a los niños y los adolescentes. Cura espontáneamente en la pubertad. Es muy contagiosa.

El microsporon lanosum (SABOURAUD) o microsporon Canis (NICOLAS y LACOME), más raro, puede dar una tiña tonsurante, análoga a la precedente, que sólo las separa algunos datos clínicos. El cabello presenta las mismas características microscópicas, pero los filamentos micelianos son más frecuentes y se pueden ver a lo largo del cabello. Además, este microsporon, de origen animal, es susceptible de ocasionar al mismo tiempo que la tiña (niños) o independientemente de ella (adultos), lesiones cutáneas eritematoescamosas, claramente redondeadas: éstas son las *microsporidias cutáneas*.

**Tratamiento.** — Antes se depilaban con pinzas o con el casquete de pez los cueros cabelludos atacados de tiña. Actualmente la depilación temporal se hace con los rayos X. Hay que

hacer una depilación total y a una dosis que en 20 ó 25 días caiga totalmente el pelo y que el crecimiento se haga en los dos o tres meses consecutivos a la caída. Este período se aprovechará para el uso terapéutico, enjabonando el cuero cabelludo a menudo y embadurnado con una solución alcohólica al 1/10. Se debe vigilar el crecimiento del cabello. Los que crecen deben ser sanos.

Los microsporos ceden a los enjabonados y a las aplicaciones locales de tintura de yodo.

### Tricofitias

Son debidas a una de las diversas razas de tricofitons. En principio hay tricofitons de origen humano, que son los productores de las tiñas, y tricofitons de origen animal, que son los agentes productores de las tricofitias supuradas de las regiones pilosas, y las tricofitias de las regiones sin pelo.

#### Tiña tricofítica

(Tiña tonsurante escolar de pequeñas placas y grandes esporos.)

Se caracteriza por placas decalvadas, ligeramente rosadas y farináceas, de pequeñas dimensiones, en general numerosas, y cuyos cabellos están rotos en su emergencia, en donde aparecen como puntos negros. Los pelos,

examinados al microscopio, presentan en su interior esporos más voluminosos que los microsporon, de contorno irregular, cuadrículados, ordenados en filas y situados en el interior de los cabellos (endotrix).

Como la tiña microspórica, la tiña tricofítica se encuentra en los niños y cura con la pubertad. Es igualmente contagiosa y necesita el mismo tratamiento.

### Tricofitias supuradas

Se encuentran en el adulto o en el niño, en las regiones pilosas, donde sólo presentan una lesión. Son debidas a tricofitons de origen animal, de carácter ectotrix o endoectotrix, entre los cuales el tricofiton *gypseum* de cultivo plano y de origen equino es el más frecuente.

#### Sicosis tricofítica

Se encuentra en el adulto, sobre todo en los cocheros, palafreneros, mozos de cuerda, veterinarios y herradores. Se caracteriza por pústulas peripilares que asientan sobre una base inflamatoria e infiltrada. Estos elementos se agrupan en placas tuberosas, rojas, salientes, duras y costrosas, de las cuales, por presión, sale pus en pequeñas gotas. Los pelos implantados en las placas ceden fácilmente. Los parásitos hay que buscarlos en los pelos de la periferia de las lesiones en forma de fila-

mentos articulados y de fragmentos cortos. Los elementos de sicosis se encuentran en las mejillas, barba y pómulos; muy raramente en el bigote.

### Querion celsi

Se ve en el cuero cabelludo de los niños, presentando el mismo cuadro clínico que la sicosis tricofítica.

Lo mismo pasa con las foliculitis acuminadas de Leloir, cuya única característica es desarrollarse en las regiones no pilosas.

**Tratamiento.** — Consiste en la depilación con pinza o por la radioterapia. La inflamación se combatirá con fomentos o cataplasmas. El alcohol yodado en aplicaciones locales diarias es el tópico de elección. A veces es necesario hacer puntos de fuego para resolver algunas foliculitis infiltradas. La curación es fácil y debe ser conseguida para evitar el contagio.

### Tricofitias cutáneas no supuradas

De las regiones no pilosas.

### Herpes circinado

Se encuentra en los niños tiñosos o en los adultos, presentándose bajo el aspecto de pla-

cas eritematoescamosas, asentando en cualquier región, de contornos geométricos (elemento de diagnóstico importante con el eczema tricofitoide), de color rosado, pardo en el centro, con tendencia a curarse centralmente y a extenderse por la periferia, presentando en los bordes una vesiculación poco aparente y que hay que buscar con la lupa. Es muy contagioso.

### «Eczema marginado»

De HEBRA, o epidermofitia inguinal, es debido al epidermofito inguinal, variedad de tricofito. Se presenta en la cara interna de las nalgas bajo el aspecto de una lesión eritematoescamosa, rosada, muy pruriginosa, de bordes festoneados muy claros, vesiculosos, de extensión periférica y con tendencia a la curación por su centro. Se ve muy a menudo en el hombre y se puede transmitir por contactos sexuales o por ropas sucias. El mismo epidermofito puede producir en los dedos superficies de maceración en los espacios interdigitales con eczematización secundaria, caracterizándose por la limitación de las lesiones y vesiculación de sus bordes. En las manos puede dar lesiones muy parecidas a la dishidrosis. Estas localizaciones del epidermofito dando lesiones eczematiformes o dishidrosicas no evocan *a priori* la idea de una micosis en la cual hay, sin embargo, que pensar siempre.

Las escamas del herpes circinado, eczema

marginado o de las formas atípicas que acabamos de describir, presentan siempre filamentos esporulados de articulaciones cortas y cuadrículadas. La localización del eczema marginado es muy particular. Sin embargo, hay que hacer siempre el cultivo e identificar el parásito para hacer el diagnóstico.

El **tratamiento** es el mismo en los dos casos. Hay que destruir el parásito por enjabonados y lociones diarias de soluciones alcohólicas progresivamente concentradas del 1/10 al 1/3. En los casos rebeldes, pomada de crisarrobina al 1/30. Hay que seguir el tratamiento hasta la curación completa por enjabonados diarios, lavados con agua oxigenada y mudas frecuentes de la ropa. Si hay eczematización secundaria, se trata con la pasta de cinc o glicerolado de almidón.

### Tricofitias ungueales

Se presentan en forma de manchas grisáceas en el borde subungueal o en los bordes laterales de las uñas, presentando un aspecto pulverulento. La uña se espesa, se vuelve opaca y se estría y hace friable; a veces se fisura y se hace esponjosa. Estas lesiones son indoloras y se hacen tenaces. En el polvo de la uña se puede encontrar los elementos miceliales. Hay que pensar siempre en estas lesiones. Hay que cortar las uñas tan cortas como sea posible y poner fomentos con solución

de lugol yodoyodurado. Las pomadas anti-sépticas y reductoras dan también buenos resultados. Arrancar la uña y poner después fomentos yodoyodurados es un buen tratamiento. Es necesaria la anestesia local.

### Favus

Epidermomycosis producida por un hongo del orden de los achorions, de los cuales se conocen diversas variedades: el achorion Schönleini, de origen humano, es el más conocido; el achorion Quinckeanum, que vive habitualmente en el ratón, se encuentra algunas veces en las lesiones fávicas humanas.

La lesión típica del favus es el escudete fávico, que se presenta bajo el aspecto de un conglomerado de materia blanca o amarillenta, de localización folicular y de un olor muy característico de ratones que da en la superficie una hermosa coloración amarilla de oro cuando se vierten sobre ella unas gotas de alcohol. El escudete fávico, que se puede levantar muy fácilmente con la cucharilla, contiene gran número de elementos de micelios esporulados muy cortos y esporos. El escudete se aloja en una depresión epidérmica. El favus se ve sobre todo en el campo y en personas poco cuidadosas.

### La tiña favosa

Puede aparecer lo mismo en el adulto que en el niño y se caracteriza por la presencia

de escudetes que pueden agruparse y constituir una verdadera cubierta costrosa. Es lo que se llama *favus cretáceo*. Se ha descrito un *favus pitirriásico* o un *favus impetiginoso*. Los pelos son escasos, largos, mates, decolorados, arrollados sobre ellos mismos y ceden fácilmente a la pinza. Al microscopio los cabellos contienen burbujas de aire y esporos desiguales y que se colocan en filamentos que se van dividiendo como los candelabros. El *favus* determina la muerte definitiva de los pelos que ha invadido. La alopecia fávica es una alopecia cicatrizal definitiva.

### Lesiones ungueales

Se caracterizan cuando asientan en el reborde subungueal y los bordes laterales de las uñas por manchas amarillas que despegan la uña, que se engruesa, se fisura y se exfolia.

### Favus de la piel

Se reconoce por sus escudetes o por lesiones eritematoescamosas circinadas, muy difíciles de diagnosticar (*Favus herpético*).

El tratamiento es igual al de las otras micosis. Además de las aplicaciones locales yodadas, hay que deterger el cuero cabelludo o la piel con pomadas salicílicas fuertes.

### Epidermomicosis por levaduras

Descritas durante estos últimos años por GOUGEROT, HUDELO y MONTLAUR, DUBREUILH y PETGES, FAVRE. Se localizan en los pliegues inguinales, de donde se corren al surco interglúteo y alrededores del ano simulando el intertrigo vulgar. Pueden encontrarse igualmente en los espacios interdigitales de los dedos, en que el tegumento está blancuzco y macerado. Estas lesiones se eczematizan muy a menudo. Se ve en la periferia, que no está bien limitada, un borde epidérmico despegado. Los cultivos permiten aislar levaduras en estado puro.

Tratamiento. — Se tratará la eczematización secundaria y la secreción por los toques de nitrato de plata al 1/10. Más tarde se usarán las pomadas crisofánicas débiles al 1/200 o la pomada de Whitfield:

|                        |           |
|------------------------|-----------|
| Acido salicílico ..... | 1 gr.     |
| Acido benzoico.....    | 2 —       |
| Manteca de cerdo.....  | } aa 15 — |
| Jabón verde .....      |           |

También se podrá utilizar la siguiente pomada que aconseja MONTLAUR:

|                             |          |
|-----------------------------|----------|
| Sulfato de cobre puro ..... | 0,50 gr. |
| Agua destilada.....         | 20 —     |

Hacerlo disolver e incorporarlo a

|                |        |
|----------------|--------|
| Lanolina. .... | 40 gr. |
| Vaselina. .... | 20 —   |

Estas epidermomicosis por levaduras son difíciles de extinguir y muchas veces son recidivantes.

### DERMATOMICOSIS

Estos parásitos vegetales pueden colonizar en la dermis o en la hipodermis.

#### Blastomicosis

Son debidas a levaduras. Se presentan bajo el aspecto de foliculitis, de nódulos gomosos o de infiltraciones dérmicas circunscritas que se transforman en pústulas que pueden dar verdaderos abscesos miliares, que, agrupándose, constituyen placas de supuración más o menos papilomatosas. El aspecto de estas lesiones puede ser polimorfo y susceptible de simular piodermatitis, sífilides vegetantes, un cáncer papilar o una tuberculosis verrugosa. Muchas veces el diagnóstico se hace simplemente por eliminación, lo cual conviene comprobar con un cultivo positivo.

El tratamiento comprende yoduro potásico al interior (4 ó 6 gramos) y aplicaciones locales de solución yodoyodurada.

#### Actinomicosis

Es debida a un hongo, el « oospora bovis » o « streptothrix actinomyces » o « discomyces bovis ». Este hongo pertenece a un grupo micológico que puede determinar micetomas, es decir, lesiones cutáneas o viscerales cuyos caracteres esenciales son el reblandecimiento y la fistulización. El pie de Madura, cuya causa es el « madurella mycetomi » o « discomyces maduræ », es un ejemplo de esto.

En estas lesiones el « discomyces bovis » se presenta bajo el aspecto de granos amarillos que, después de colorarlos con picrocarmín o por el método de GRAM, presentan en el centro un fieltro constituido por finos micelios, más o menos ramificado, a veces fragmentado en trozos baciliformes o cocciformes, y en la periferia elementos claviformes, los cuerpos en maza, que son probablemente las formas de resistencia del parásito. El hongo se cultiva en gelosa glicerínada, siendo posible las inoculaciones experimentales. Cultivos e inoculaciones son fáciles partiendo de las lesiones animales y muy difíciles a partir de las lesiones humanas; lo hemos observado en un caso que hemos tenido.

El parásito vive en los cereales. Puede introducirse en el organismo por el polvo que se respira (actinomicosis pulmonar) o por la vía bucal (espiga de trigo que se masca), o por la piel (pinchazo de un arado, astilla de madera o pincho). Hemos visto un caso en un

niño que caminaba descalzo por los campos.

La forma más clásica es el *actinomicosis cervicofacial* o *témporomaxilar*. Los signos cardinales son el *trismus*, el *dolor* en los últimos molares, la *tumefacción* y la *consistencia* (según PONCET, se observa un empastamiento que tiene una consistencia especial, entre el edema inflamatorio y la dureza del tumor), la *integridad* al principio del reborde alveolar y del hueso. Rápidamente el edema se extiende por las mejillas, los carrillos y se acompaña de un color rojo violáceo, se ablanda y después hay fistulación con salida de pus seroso, donde se ven los granos amarillos. Los ganglios son atacados secundariamente bajo la influencia de la infección.

La actinomicosis puede residir en los *labios* y en la *lengua*, con nódulos simulando la labialitis terciaria y la lengua esclerogomosa sífilítica, en la *región cervical*, desde la cual puede extenderse a la laringe, a los *maxilares*, donde produce una verdadera osteoperiostitis, a la *piel del tórax y de los miembros* (hemos observado, con NICOLAS, MASSIA y PILLON, una actinomicosis que revestía al tórax una forma ectimatososa, y que en el muslo simulaba un absceso osifluente). No citaremos más que la forma *abdominal profunda* y la *actinomicosis cecal*, la forma *pleuropulmonar* y la forma *cerebral*, que no nos interesan directamente.

El diagnóstico que debe hacerse con las dermatosis supurativas vulgares (impétigo, ectima), con las formas nodulares, ulceradas o no

de la sífilis y de la tuberculosis, incluso los tumores malignos (véase en el capítulo de los Epiteliomas, la forma pseudoactinomicósica del cáncer de la boca, estudiada por FAVRE y en la tesis de GENSOLLEN), se hará por la comprobación de los granos amarillos, por la biopsia, por el tratamiento de prueba, que, para eliminar la sífilis, no deberá admitir la administración de yoduro potásico más o menos activo contra la actinomicosis.

El pronóstico es variable. La afección no tratada es muy larga.

El tratamiento comprende el yoduro potásico al interior, que se da a grandes dosis de 6 a 8 gramos por día. Las opiniones están divididas sobre su eficacia.

Localmente, se practican inyecciones yododuradas, de solución de lugol en los trayectos fistulosos, curas locales con estas mismas soluciones. Algunas veces habrá que abrir las colecciones y desbridar los trayectos con tratamiento local ulterior.

### Esporotricosis

Debida a un hongo del orden de los sporotricums, de los cuales se han descrito muchas variedades, sporotricum Beurmani (el que se encuentra con más frecuencia), sporotricum Schenki, sporotricum Dori.

En las lesiones, el sporotricum se presenta

bajo la forma de lanzadera. Se cultiva fácilmente en el medio de SABOURAUD, donde produce colonias irregulares, tomentosas, grises, y después negras. En cultivo, el sporotricum da filamentos micelianos finos, ramificados y cerrados con esporos que crecen a lo largo del micelium o en la extremidad de éste, dispuestos en ramilletes. En inoculación da, en el cobayo y la rata, lesiones viscerales nodulares, y en los machos, una orquitis típica.

La esporotricosis se encuentra particularmente en los pueblos del campo. La inoculación se debe hacer como en la actinomicosis por una forma saprofita del parásito.

Se caracteriza por gomas de la dermis, hipodermis, músculos y huesos. El goma esporotricósico, de color de la piel normal, claro primero y reblandeciéndose después por el centro, se abre, evacuando una serosidad transparente con grumos purulentos y después un pus espeso, opaco y a veces hemorrágico. La cicatriz del goma es de bordes irregulares y despegados, a veces sifiloide o tuberculoide.

La *esporotricosis gomosa, dérmica y sobre todo hipodérmica diseminada* es la forma más típica, y se caracteriza por su polimorfismo ya evolutivo (coexistencia de nódulos indurados, de gomas reblandecidos, abscesos, ulceraciones y cicatrices), ya sea lesional (lesiones de volumen variable ulceraciones de aspecto diferente: sifiloide, tuberculoide, ectimatoso, forunculoide, lesiones asociadas de linfangitis, lesiones dérmicas e hipodérmicas, lesiones mucosas o lesiones óseas). Hay una *esporotri-*

*cosis localizada*, con chancro esporotricósico, linfangitis y adenitis satélite.

Citaremos las *formas extracutáneas*: esporotricosis de las *mucosas* (lengua, velo del paladar, amígdalas), esporotricosis *óseas* (osteítis del calcáneo, abscesos osifluentes), esporotricosis de las *sinoviales*, del *testículo*, *viscerales* y de los *ojos*.

El diagnóstico se ha de plantear con la tuberculosis y la sífilis, y se basa en la multiplicidad y polimorfismo de las lesiones, en la evolución más aguda que en la tuberculosis, en los caracteres de pus viscoso, blancuzco, a veces hemorrágico, en la inconstancia de las adenitis y el buen estado general.

Se eliminará la tuberculosis por los cultivos negativos y por la inoculación al cobayo y la sífilis, no por la reacción de WASSERMANN, cuyo carácter negativo no nos hace desechar la misma, sino por el tratamiento de prueba por el biyoduro potásico.

El diagnóstico de esporotricosis será confirmado por el laboratorio: esporoaglutinación de WIDAL y ABRAMI, cuti y subcutirreacción, desviación del complemento, precipitodiagnóstico y sobre todo cultivo del pus en el medio de SABOURAUD (procedimiento de sedimentación del pus en un vaso que permita hacer un diagnóstico rápido, GOUGEROT).

El pronóstico es benigno si se trata la afección.

El tratamiento debe ser local (curas con solución yodoyodurada).

El tratamiento general es indispensable y se hace con dosis masivas de yoduro potásico (6 a 8 gramos diarios). En los casos de intolerancia, se puede usar la vía rectal o los aceites yodados (lipiodol). Se administra el yoduro en períodos de 20 días y descansos de 10. Se ven desaparecer los gomas progresivamente. NICOLAS insiste en la utilidad del tratamiento yodurado prolongado largo tiempo y en instituir un tratamiento de fondo, durante uno o dos años, para evitar las recidivas.

## LEUCÉMIDES

---

Incluiremos en este grupo todas las manifestaciones cutáneas de las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos: leucemias crónicas, linfoides o mieloides, leucemias aleucémicas o pseudoaleucémicas, leucemias agudas, adenia de TROUSSEAU, linfogranulomatosis o enfermedad de HODGKIN, o, mejor, adenia eosinófila prurígena de FAVRE.

Ya hemos visto con los pruritos y con la neurodermitis, las manifestaciones cutáneas subjetivas de que se acompaña la adenia eosinófila prurígena.

## LEUCÉMIDES DE AUDRY

De aspecto vulgar, presentan un prurito rebelde y una sequedad anormal de la piel. Se caracterizan por reacciones cutáneas variables, exantema, urticaria ampullosa, recordando la enfermedad de Dühring, eritema polimorfo ampuloso, erupciones papulosas liquenificadas (prurigo linfadénico de DUBREUILH), todas ma-

nifestaciones muy pruriginosas y con lesiones de rascado.

### ERITRODERMIAS PREMICOÁSICAS Y LEUCÉMICAS

Algunas de éstas son tal vez eczemas generalizados, dermatitis exfoliantes o pitiriasis rubra, presentándose como eritemas escarlatiniformes crónicos, poco descamativos, que se acompañan a veces de fiebre y se caracterizan por la intensidad del prurito, que no se calma con nada, e infiltración edematosa de la piel subyacente y una adenopatía generalizada.

### TUMORES E INFILTRACIONES LEUCÉMICAS

Localizándose generalmente en la cara, se presentan en forma de tumores indolentes, blandos, violáceos o parduscos, surcados de telangiectasias. A veces se presentan infiltraciones planas con nódulos miliares que se ven por vitropresión. Las lesiones, desde el punto de vista anatomopatológico, se caracterizan por pequeñas células blancas (linfocitos) que están dentro de las mallas de una red adenoide que se apoya en los vasos vecinos.

Aparte de estas últimas lesiones de aspecto especial, las leucémides son de diagnóstico

difícil, quedando éste sin resolver a veces incluso después de la biopsia.

### MICOSIS FUNGOIDE

Aunque desconozcamos su etiología, parece que podemos clasificarla con las leucémides. Puede empezar de maneras muy distintas, *prurito* generalizado y de intensidad y resistencia muy notables a toda terapéutica. Otras veces, es una *eritrodermia premicoásica* la que abre la escena. En algunos casos empieza por *erupciones polimorfas*, placas de eczema o de liquen muy pruriginosas, placas de eritema, erupciones urticadas, etc. Puede empezar también por *tumores*.

En el período de estado se encuentran superficies *eczematoides* y *liquenificadas*, más o menos difusas, a veces en la cara o en otras regiones, *placas infiltradas* de un rojo pardo con superficie irregular, *tumores* que nacen sobre una de las lesiones precedentes o en piel sana y se presentan como masas blandas más o menos voluminosas de un rojo violáceo, mamelonados o lobulados, que se ulceran dando lugar a ulceraciones de fondo sanioso y un reborde periférico más o menos fungoso. Estos tumores pueden desaparecer espontáneamente, dejando cicatrices blancas y elásticas, muchas veces pigmentadas. Los ganglios son invadidos muy precozmente.

La evolución es muy larga (de 2 a 20 años) con remisiones. La enfermedad lleva siempre

a la desnutrición, caquexia y muerte, salvo complicación que adelante el desenlace.

Las lesiones histológicas son iguales a las de los tumores leucémicos.

El diagnóstico, muy difícil al principio, es muy fácil en el período de estado. Se puede comprobar con la biopsia o con una reacción de fijación practicada con extracto de tumor micósico como antígeno (GAUCHER, BRIN y JOLTRAIN).

Tratamiento. — Aparte del tratamiento local, que variará según la reacción cutánea que simula las leucémides, y aparte de la hematoterapia, muy eficaz contra el prurito, no hay más que dos tratamientos para la micosis fungoide: los *arsenobenzoles* (inyecciones intravenosas a dosis progresivas, de 0'15 a 0,90 gr. según la tolerancia) y la *radioterapia* practicada ya sobre los órganos hematopoyéticos, ya sobre las lesiones cutáneas. La mejoría es constante, el prurito se calma, los tumores se funden, pero no son más que remisiones, y llega un momento en que estos medios terapéuticos fallan completamente.

## DERMATOSIS BACILARES

---

Entre las dermatosis bacilares, no nos ocuparemos de la lepra, ni del muermo, ni del carbunco, ni de la difteria cutánea, que se estudiarán con las enfermedades infecciosas. El chancro simple y la balanitis erosiva circunada se estudiarán con las enfermedades venéreas. El noma corresponde a la medicina de la infancia y la estomatitis úlcero-membranosa o fusoespirilar es del dominio de la medicina general. No estudiaremos, pues, más que la tuberculosis cutánea.

### TUBERCULOSIS CUTÁNEA

El bacilo de Koch, cuando infecta la piel, puede determinar lesiones muy distintas de aspecto, de pronóstico y de tratamiento. El terreno posee un papel importantísimo en la variedad lesional; pero no es menos verdad que la virulencia del bacilo tuberculoso es un factor importante y la experimentación demuestra lo variada que es esta virulencia en las distintas lesiones de tuberculosis cutánea.

Descendiendo la escala de esta virulencia, se llega a lesiones cutáneas que el interrogatorio, el terreno sobre el que se desarrollan y el porvenir patológico de los enfermos hacen clasificar con la tuberculosis y que a pesar de ello no contienen bacilos ni tuberculizan al cobayo. Se ha hecho intervenir en estas tuberculosis « a mínima » los bacilos muertos y las toxinas bacilares, y se les ha dado el nombre de tuberculídes. En la descripción que va a seguir no tendremos en cuenta estas consideraciones, y veremos sucesivamente formas de tuberculosis cutánea desde las muy graves y típicas hasta las más atenuadas y atípicas.

### TUBERCULOSIS CUTÁNEAS TÍPICAS

#### Úlcera tuberculosa

Tuberculosis miliar de la piel y de las mucosas, dermatitis tuberculosa aguda. Es una lesión, como dice DARIER, primitiva y esencialmente ulcerosa y debida al bacilo de Koch, que se encuentra en abundancia.

Esta úlcera empieza por un pequeño tumor no inflamatorio que se tumefacta y abre rápidamente, dando lugar a una ulceración que se agranda con rapidez y presenta caracteres típicos. El fondo es sanioso, los bordes irregulares, despegados (BONNET y FAVRE han descrito, bajo el nombre de úlceras tuberculosas de «sacabocados», úlceras de bordes cortados a

pico que parecen condicionadas por trastornos vasculares locales anteriores), de coloración violácea; la base de la ulceración es regular, de consistencia blanda y poco infiltrada. Se ven frecuentemente en la ulceración, casi siempre en los bordes, pequeños puntos grises o amarillos, redondos, del volumen de una cabeza de alfiler, que son los nódulos de FERRÉOL o cuerpos amarillos de TRÉLAT, que hay que considerar como folículos tuberculosos gigantes. Los ganglios están siempre infartados, dolorosos y con periadenitis. La úlcera tuberculosa es siempre dolorosa, y su localización puede siempre acarrear trastornos funcionales debidos a la sensibilidad de la ulceración. No tiene tendencia alguna a la curación.

La úlcera tuberculosa asienta raramente fuera de las aberturas naturales. Se ve en la lengua, en los labios, cara interna de las mejillas, faringe (tisis bucal aguda) y región perianal. A veces se hace fisuraria en la lengua, tomando en algunos casos un aspecto vegetante. La úlcera tuberculosa se presenta en tuberculosos pulmonares o intestinales en evolución, debida a los bacilos expectorados o evacuados con las deposiciones. Es fácil comprender que los bacilos numerosos y virulentos puedan, sobre un terreno deficiente, implantarse y colonizar en las puertas de entrada traumáticas frecuentes en los orificios. La úlcera tuberculosa, por los trastornos funcionales que determina, dificulta la masticación y deglución, lo cual hace difícil la alimentación del enfermo y la defecación, llevando consigo trastornos in-

testinales que agravan el estado general precario del enfermo. A pesar de que generalmente es secundario, puede asimismo ser primitivo. Se cita también un caso de LEHMANN, de un recién nacido que presentaba una úlcera tuberculosa típica en la región prepucial contaminada por un judío tuberculoso al practicarle la circuncisión.

El **diagnóstico** se hace por el terreno sobre el que se desarrolla y por los signos objetivos de la ulceración. No se podrá confundir con el chancro blando, que supura abundantemente y que da, por autoinoculación, una lesión característica y de evolución rápida, con un epiteloma ulcerado cuyo fondo está indurado y sangra fácilmente y que se presenta en edad distinta de la vida, con las sífilides ulcerosas de base dura y que se cicatrizan más aprisa.

El **tratamiento** consiste en toques locales de ácido láctico en partes iguales con glicerina. Se pueden usar asimismo aplicaciones de naptol alcanforado y compresas de permanganato potásico del 1/1.000 al 1/50 y hasta de permanganato en substancia. Contra el dolor, se pueden emplear toques con cocaína. Si la úlcera es primitiva en un sujeto sin signos de tuberculosis visceral, se puede hacer la exéresis amplia o, mejor, cauterizaciones ígneas profundas rebasando la zona enferma, o la radioterapia. Se debe tratar la tuberculosis.

### Tuberculosis verrugosa

Se distinguen dos variedades: el tubérculo anatómico y la tuberculosis verrugosa propiamente dicha.

#### Tubérculo anatómico

Es una tuberculosis cutánea, de evolución lenta, que sobreviene en los anatomistas y mozos consecutivamente a un pinchazo o manipulación con cadáveres tuberculosos. Se localiza casi siempre en los dedos y cara dorsal de la mano. Algunos días después del pinchazo aparece una ulceración costrosa y ligeramente papilomatosa y cuya base se hace papulosa, dura y roja, conservando una pequeña costra central que cae con el tiempo y es reemplazada por una formación hiperqueratósica. El tubérculo gana en superficie y profundidad, puede quedar seco o supurar, es doloroso a veces, se puede acompañar de linfangitis, los ganglios satélites pueden supurar, pero tardíamente. Es ya clásico que puede complicarse con una tuberculosis visceral como el ejemplo de LAËNNEC.

#### Tuberculosis verrugosa propiamente dicha

El comienzo lo vemos muy raramente. Se presenta como un nódulo duro, córneo, que

se abre y toma un aspecto serpiginoso y centrífugo. El período de estado se presenta bajo el aspecto siguiente. La zona periférica está constituida por una piel lisa y ligeramente eritematosa. Por dentro de ésta se ve una región infiltrada, oscura o violácea, papilomatosa, cubierta de escamas y pequeñas pústulas abiertas o no, y costras redondeadas. La zona central es saliente, papilomatosa y presenta formaciones epidérmicas córneas entre las que se ven fisuras y orificios de pequeños abscesos intradérmicos, orificios por los cuales salen por presión pequeñas gotas de pus. Algunas veces se ven en la zona central algunos islotes cicatrizales. La base de la lesión es indurada y fibrosa más que edematosa. Los ganglios están siempre infartados, la cicatriz, cuando cura, es plana, blanca y ondulosa con zonas blancas sobre un fondo violáceo y a veces escamosa y en algunos casos adherente cuando hay focos profundos. Algunas veces en la cicatriz se ven lupomas.

Esta afección es dolorosa. Su evolución es larga y puede durar de 2 a 15 años. Se extiende lentamente. La curación espontánea es rara, pero pueden existir cicatrizaciones parciales.

Lo mismo que la úlcera tuberculosa, presenta en su examen histológico formaciones tuberculoides típicas. El bacilo de Koch, que tuberculiza el cobayo, no falta nunca.

El terreno tiene mucha importancia en su etiología. Los alcohólicos y agotados son fácilmente atacados; pero es necesario una inoculación, que puede ser primitiva a nivel

de la piel (manipulación con esputos o cadáveres tuberculosos) o bien de origen animal (tuberculosis verrugosa de los veterinarios o de los matarifes). La inoculación puede ser secundaria en individuos tuberculosos que siembran ellos mismos sus bacilos o llegando éstos a la piel por vía linfática o sanguínea.

El diagnóstico con las verrugas, papilomas, sífilides terciarias papulosas o tubérculoulcerosas córneas y vegetantes, epiteloma papilar, liquen córneo y psoriasis verrugosa, se hará por los caracteres objetivos de la tuberculosis verrugosa que afectan las partes descubiertas y las extremidades más expuestas a la infección, por su comienzo, por su evolución y por el resultado de la inoculación al cobayo.

El tratamiento ha evolucionado. Todavía recientemente MOUTOT en su tesis aconsejaba la extirpación lo más amplia posible. Los resultados inmediatos son excelentes. Sin embargo, se ven más tarde estos enfermos con una tuberculosis visceral, seguramente por haber dado entrada a los bacilos tuberculosos al torrente circulatorio por las hemorragias postoperatorias. Por esto se prefiere actualmente la cauterización profunda con el termocauterío. Debe ser hecha con anestesia y destruyendo todos los tejidos enfermos. Hay que sobrepasar los límites de la lesión tanto en superficie como en profundidad, y por esto hay que rebasar la película resistente que forman las lesiones superficiales carbonizadas y llegar hasta el

tejido sano. Los ensayos de radioterapia hechos en el Antiquaille han dado excelentes resultados.

El tratamiento general higiénico, dietético y medicamentoso, remineralizador y recalificante de la tuberculosis es absolutamente indispensable.

### Gomas tuberculosas

Se caracterizan por infiltraciones o nudosidades tuberculosas que asientan en la dermis o hipodermis, nudosidades indolentes, aflemáticas, que duran semanas o meses, que se agrandan, al mismo tiempo que la piel que los cubre se pone roja o lívida y que se reblandecen o abren, dando salida a un líquido opalino, amarillento, filante. El orificio se fistuliza y conduce a una cavidad amplia, verdadera caverna dermo e hipodérmica de bordes flotantes y despegados. A veces hay varias induraciones que se reúnen y ulceran (escrófula cutánea serpigínea); la piel de alrededor es lívida y violácea. Cuando las lesiones curan, dan lugar a cicatrices viciosas, vascularizadas, raramente pigmentadas, con islotes fibrosos y de piel y con persistencia de trayectos fistulosos bajo los puentes epidérmicos. Estas gomas se ven cerca de las adenitis tuberculosas, constituyendo, por las lesiones dérmicas e hipodérmicas que hemos descrito, el cuadro típico de la escrófuloderma. Se pueden encontrar lejos de toda masa ganglionar, yendo acom-

pañados a veces de linfangitis tuberculosa. Pueden determinar la inflamación de los ganglios correspondientes y coexistir con lesiones lúpicas de vecindad, pudiendo tomar un aspecto vegetante y supurativo que modifica el cuadro clínico.

Los gomas tuberculosas se encuentran en la cara, regiones retro y submaxilar, cuello, tórax y miembros. Se presentan casi siempre en invierno y otoño, atacando generalmente a los jóvenes, si bien pueden presentarse en todas las edades.

El diagnóstico se debe hacer con las gomas sífilíticas y esporotricósicas. Los primeros tienen una evolución más rápida, de 15 a 45 días, y dan lugar a ulceraciones cuyos bordes tallados a pico dejan salir un líquido gomoso característico. Tienen sitios de elección (gomas del esternocleidomastoideo y de la región claviclar). No se acompañan generalmente de infarto ganglionar y dejan cicatrices pigmentadas, mucho más regulares que las de los gomas tuberculosas. Los gomas esporotricósicos, generalmente múltiples, evolucionan en 6 u 8 semanas; cuando se han reblandecido, palpando con el dedo alrededor de la zona central, fluctuante, se nota un reborde periférico duro: dan salida a un pus trabado y muchas veces hemorrágico. En caso de duda, se hará un cultivo del pus en el medio de SABOURAUD, y la esporoaglutinación, además de una inoculación al cobayo, en caso de tuberculosis nos dará lesiones al cabo de un mes. Si se sospecha una sífilis, un trata-

miento de prueba por neosalvarsán y sales bismúticas nos resolverán la cuestión; desde este punto de vista, se evitará dar yoduro potásico que, igualmente activo en la esporotricosis, dejaría la cuestión sin resolver.

El **tratamiento** será ante todo general, sobre-alimentación, reconstituyentes y remineralizadores (arsenicales, preparaciones yodotánicas y aceite de hígado de bacalao). Si es posible, playa. Como tratamiento local, se ha recomendado la escisión en el caso de gomas no reblandidos, e inyecciones con éter yodofórmico cuando los gomas están en vía de necrosis o supuración, helioterapia en los gomas abiertos o ulcerados, y radioterapia.

### Lupus tuberculoso

Llamado también lupus nodular.

Es una tuberculosis cutánea caracterizada por una lesión elemental, el nódulo lúpico, por su larga evolución y por la persistencia del buen estado general del enfermo; desde el punto de vista experimental se caracteriza por la virulencia atenuada del bacilo de Koch infectante.

La anatomía patológica muestra que el tubérculo o nódulo lúpico está constituido por una infiltración casi siempre dérmica, de células embrionarias y de células epitelioides con algunas células gigantes agrupadas en folículos de KÖSTER atípicas, algunas veces limitadas

a la periferia por una barrera conjuntiva más o menos continua. El bacilo tuberculoso puede encontrarse en las lesiones, pero es poco virulento y las inoculaciones son inconstantes.

Clínicamente, el nódulo lúpico se presenta como una formación netamente redondeada, saliente o al mismo nivel que las partes lindantes, situado en la dermis, rojizo o violáceo, más o menos bien limitado, sensible al tacto, de consistencia blanda y que se deja dislacerar fácilmente por los instrumentos cortantes. La vitropresión, isquemiando los tegumentos, presenta al nódulo lúpico bajo el aspecto de una mancha amarillo claro, color de mermelada de manzana y que destaca sobre el marfil de los tegumentos isquemiados. La identificación del nódulo lúpico es el signo inequívoco para diagnosticar el lupus tuberculoso.

### Las formas clínicas del lupus son numerosas.

Por la distribución de los elementos, se distingue un lupus *diseminado*, que se presenta casi siempre después de infecciones con tendencia marcada a la curación espontánea; un lupus *acuminado*, el más común, y un lupus *difuso o confluyente*.

Por la prominencia de sus elementos, se describe un lupus *plano*, un lupus *tumidus* con sus variedades maculosa, escamosa, psoríasi-forme, eritematosa, mixomatosa y coloide, y un lupus *hipertrofico*, sobre todo en las extremidades, con sus formas papilomatosa, angiomatosa y elefantiasica.

La forma de los elementos permite distin-

guir el lupus discoide, en corimbo, circinado, marginado, excéntrico, serpiginoso, lineal y anular.

Basándose en su evolución, distinguiremos un lupus *non exedens*, no ulcerado, en el cual entra el lupus mixto eritematotuberculoso, y que es una asociación de lupus nodular y de lupus eritematoso, del cual hablaremos luego; el lupus *exedens* o lupus ulcerado, con sus variedades de lupus pustuloso, cuyos nódulos se abren como abscesos, y el lupus ulceroso, serpiginoso, terebrante y voraz, cuyos nombres indican su carácter.

El lupus puede localizarse en cualquier región, pero hay localizaciones electivas que toman un aspecto objetivo especial. Se presenta raramente en el cuero cabelludo, invadiendo con frecuencia la nariz y las mejillas. En la nariz, en el labio superior y en las orejas toma generalmente una forma ulcerosa o terebrante. En las alas de la nariz determina, por el proceso inflamatorio cicatrizal que lo acompaña, una atresia de las mismas. En las mejillas la forma anular discoide es la más corriente. Las orejas y el tímpano pueden estar invadidos; en los párpados, el ectropión es corriente. En las conjuntivas, y particularmente en el conducto lagrimal, pueden haber lesiones. Las extremidades presentan a menudo la forma hipertrófica; las mucosas también están afectas; la mucosa nasal, que es la más perjudicada, extiende sus lesiones a las encías por el agujero palatino anterior o a la faringe, al velo o la laringe por el orificio nasofaríngeo. En estas

regiones se presenta el lupus bajo la forma de costras, que se renuevan incesantemente y bajo las que quedan ulceraciones. En la nariz pueden producir verdaderas perforaciones del tabique. Las encías presentan mamelones carnosos que sangran y se ulceran. En la lengua, el lupus es raro. En la región vulvar presenta un cuadro del estiómeno.

En resumen, las formas más comunes son el *lupus plano acuminado* con tendencia cicatrizal en el centro, el *lupus tumidus acuminado* en placas regulares, el *lupus serpiginoso*, tubérculocostroso o tubérculoulceroso. No hay que desconocer el hecho de que el lupus se puede presentar cubierto de costras, lupus impetiginoso, que no es más que un lupus complicado de piodermitis.

**Etiología.** — Es una afección de la juventud, frecuente antes de los 15 años y rara después de los 40. Las mujeres son más fácilmente atacadas. Los países del norte pagan más tributo, debido al clima, recrudeciéndose en invierno y mejorándose en verano. Hay una predisposición hereditaria, y no es raro encontrar la tuberculosis en los ascendentes o colaterales. El terreno sobre el cual se desarrolla es el escrofuloso, fofo, pálido, con tumefacción de la nariz y de los labios, acroasfixia, sabañones y adenopatías crónicas. Mejor dicho: se trata de un terreno tuberculizado por una infección atenuada. Hoy día puede ser considerado el lupus como una manifestación alérgica, un verdadero fenómeno de Koch.

La infección puede ser exógena, como en el caso del lupus de la nariz y de los dedos, y endógena en sujetos con tuberculosis locales (osteítis, escrófuloderma) y la infección se hace por continuidad o por vía sanguínea o linfática.

**Evolución.** — De muy larga duración. Cicatrización espontánea frecuente y siempre parcial. La evolución puede presentar períodos estacionarios y fases de actividad. Las recidivas *in situ* no son raras.

**Complicaciones.** — Las adenitis, que son corrientes en el lupus, pueden reblandecerse y supurar. Pueden haber brotes congestivos locales, linfangitis y erisipela. El epiteloma puede complicarse con el lupus, y entonces están en el mismo caso de las infecciones dobles, como las lesiones sifilíticas terciarias. Puede presentarse, aunque raramente, una septicemia tuberculosa; los tísicos no producen lupus, pero los lupus pueden hacer tísicos, sobre todo en los hospitales (sobreinfecciones masivas) y es posible ver una tuberculosis pulmonar, meníngea y peritoneal.

**Diagnóstico.** — No se confundirá con los eczemas, impétigo y psoriasis. Hay que recordar que el lupus se puede eczematizar secundariamente. El lupus impetiginoso no da lugar a dudas, siempre que se hagan caer las costras.

Se eliminarán las afecciones raras como el *muermo* cutáneo, cuya etiología es muy espe-

cial y da lugar a abscesos violáceos, dejando ulceraciones profundas de bordes lívidos; las *blastomicosis*, que se parecen a la tuberculosis verrugosa, pero que invaden la cara; la *actinomicosis* con trismus, infiltración periférica y nódulos voluminosos que dan lugar a ulceraciones, cuyos bordes cortados a pico dejan salir un pus con sus granos amarillos; el *botón de Biskra*, que evoluciona más aprisa, mamelonado, con una costra muy adherente y con etiología especial; el *rinoescleroma* del labio superior con su dureza cartilaginosa. La *lepra*, que implica la estancia en un país donde la haya, y, por otra parte, el tubérculo leproso es más rosado, de consistencia más dura, su superficie opaca y es insensible a la presión. A veces el diagnóstico puede confundirse con la *sicosis lupoides* (véase esta afección).

Pero, en realidad, el diagnóstico diferencial que se presenta más frecuentemente, es con las sífilides terciarias en sábana pápulo-tuberculosas o tuberculosas. Hay que recordar el lupus es una afección de jóvenes y que que no se presenta tardíamente en el adulto más que como una complicación de un lupus anterior. La sífilis evoluciona más rápidamente, se ulcera más aprisa y es más invasora. Además, las sífilides terciarias se cicatrizan en su parte central, extendiéndose por la periferia. La misma evolución se puede ver en el lupus, pero en las partes curadas, siempre se verán nódulos. La cicatriz es más irregular en la tuberculosis y más pigmentada en la sífilis. Los ganglios infartados sólo se encuentran en la tuber-

culosis. Las sífilides terciarias tubérculo-ulcerosas dan ulceraciones más vastas, más profundas y menos anfractuosas que el lupus, cuyas ulceraciones se cubren de costras menos oscuras que las ulceraciones sífilíticas. El nódulo lúpico no es absolutamente característico del lupus y puede verse en la sífilis (NICOLAS, FAVRE y SA-LEUR). Igualmente la biopsia no permite sacar de dudas, ya que las formaciones histológicas llamadas tuberculoides pueden verse también en la sífilis (NICOLAS y FAVRE). La investigación del treponema en la sífilis terciaria y del bacilo de Koch en el lupus, dan muy a menudo resultado negativo. La inoculación del lupus al cobayo puede no tuberculizarlo; la reacción de WASSERMANN puede ser negativa en la sífilis terciaria y no permite relacionar la lesión con la impregnación treponémica revelada por la reacción. Sólo un tratamiento de prueba nos aclarará la cuestión.

El lupus de las mucosas puede confundirse con las úlceras tuberculosas que se ven en los tuberculosos, cuyos bordes, tallados a pico, presentan granos amarillos: en su forma terebrante con la sífilis ulcerosa menos tórpida; en su forma superficial con el sífiloma en sábana, más duro, interesando a veces la lengua, y con el epiteloma de bordes más duros.

Hay que diagnosticar también la degeneración neoplásica de algunos lupus, apareciendo en una ulceración lúpica un tumor duro, pediculado, de bordes indurados, de superficie fungosa, que sangra fácilmente, que se cubre de costras oscuras y evoluciona rápidamente.

**Tratamiento.** — *El tratamiento local* variará según los casos. Cuando es una lesión reciente y limitada, se puede extirpar rebasando las lesiones, y se puede también, bajo anestesia, hacer una cauterización honda con el termocauterio, precedida o no de un raspado.

Estos procedimientos no son posibles si las lesiones son muy extensas. Entonces hay que destruir los nódulos lúpicos que quedan aprisionados por los islotes de esclerosis. Esto se consigue con escarificaciones y galvanocauterizaciones. Ya hemos dicho cómo se practican las escarificaciones. Irán siempre seguidas de cauterizaciones de cloruro de cinc en alcohol al 1/3. Se terminará con un toque de tintura de yodo al 1/5. Las escarificaciones serán hondas, llegando siempre al tejido sano. Se repetirán cada 15 días a 3 semanas. La galvanocauterización destruye los lupomas por puntos de fuego hondos. Se reservarán los puntos de fuego a los lupus planos de nódulos diseminados o a los lupus tratados con escarificaciones y que presentan nódulos bien limitados. En cambio, es por las escarificaciones como trataremos los lupus tumidus o el lupus exedens. Por lo demás, se podrán combinar estos dos procedimientos (NICOLAS).

Los agentes físicos pueden también dar buenos resultados. La fototerapia, por el método de FINSSEN, da cicatrices muy perfectas; pero se necesita una buena instalación, tratamiento largo y sesiones diarias. La radioterapia se ha usado poco. En cambio, los rayos X tienen una acción descongestionante y desinfiltrante sobre

las lesiones lúpicas. Creemos que es un buen medio coadyuvante a los demás métodos. Creemos que los rayos X solos no bastan para curar un lupus.

Los tratamientos *internos* son muy numerosos. Se ha empleado el arsénico y actualmente los arsenobenzoles; tienen una acción eutrófica y actúan poco sobre las lesiones. Lo mismo pasa con las inyecciones de calomel. Se emplean también inyecciones intramusculares de éter bencilcinámico e inyecciones intravenosas de sales de tierras raras, que ejercen una acción sobre el lupus, que desinfiltran y rebajan; son insuficientes para curar. Las tuberculinas dan mejores resultados en las tuberculides y pueden ser un coadyuvante.

El aceite de hígado de bacalao o las preparaciones yodotánicas y los agentes de remineralización son indispensables, lo mismo que una higiene correcta y una alimentación abundante. En los países cálidos, a veces curan los lupus espontáneamente bajo la acción de la helioterapia. Sólo en casos excepcionales será propuesta esta solución a los enfermos.

Nosotros damos preferencia a las escarificaciones seguidas de cauterizaciones químicas asociadas o no a la radioterapia y a la galvanocauterización, que consideramos el mejor medio de tratamiento local. Desde el punto de vista general, aplicamos todas las reglas dietéticas y medicamentosas que se emplean para la tuberculosis.

## TUBERCÚLIDES

Ya hemos visto al principio de este capítulo las razones por las cuales se incluyen las tuberculides en la tuberculosis cutánea. De una manera general, presentan erupciones con tendencia espontánea a la curación y son compatibles con el buen estado general.

Adoptaremos para su descripción la clasificación de PAUTRIER.

### Tuberculides nodulares de nódulos dérmicos

#### Tuberculides pápuloneeróticas

Se presentan en los jóvenes en las manos, dedos, antebrazo, codo, rodillas, pies y cara. Se caracterizan por pápulas inflamatorias rosadas o violáceas, poco dolorosas y presentando en su parte central acuminada vesiculopústulas que se abren dejando salir una serosidad turbia y presentando, después de la evacuación del líquido, una depresión más o menos puntiforme, o bien se desecan, coronándose con una costra que deja al desprenderse una cicatriz deprimida y a veces pigmentada. Su duración es larga.

#### Acnitis

La acnitis de BARTHÉLEMY presenta el mismo aspecto, pero asienta en la cara.

**Acné cachecticorum**

No es más que una variedad de tuberculide papulonecrótica.

**Sarcoides dérmicos (de BOECK).**

Se localizan en la cara, hombros y cara de extensión de los miembros. En número mayor o menor, se presentan bajo la forma de infiltraciones dérmicas, muy delimitadas, de consistencia dura, cubiertas de una piel rosada o violácea. Los ganglios están infartados alguna vez. Estos elementos tienen larga duración. No se reblandecen ni se ulceran. Pueden curar espontáneamente y dejan siempre una cicatriz muy limpia. Los sarcoides atacan a las personas de menos de 40 años.

**Granuloma anular**

Se parece mucho a la lesión precedente. Se distingue por su localización predominante en las extremidades, sobre todo en las manos, y por el agrupamiento de los tubérculos, que se disponen en anillo; se ve en los niños y en los adultos. La evolución es larga y conduce a la curación. Estos elementos no se ulceran.

**De nódulos hipodérmicos****Sarcoides hipodérmicos (de DARIER y ROUSSY).**

Son nódulos no inflamatorios, numerosos, duros, casi indolentes, con piel normal o ligeramente lila, sin reacciones ganglionares, en general, de evolución crónica y que no se ulceran nunca. Se encuentran en los hombros, tórax, y raramente en las extremidades. Pueden aparecer en los dos sexos y a todas las edades.

**Eritema indurado (de BAZIN)**

Son sarcoides hipodérmicos, caracterizados por su disposición escalonada y bordes mal limitados, y, por otra parte, por su sitio de elección en la cara ánteroexterna de las piernas; en su tercio inferior y por su predilección por los jóvenes, en particular las mujeres. El eritema indurado, tórpido y de evolución crónica, con brotes inflamatorios episódicos, puede llegar a la necrosis y dar lugar a ulceraciones poco profundas y muy tórpidas. El estado general está bien conservado.

**Tubercúlides liquenoides**

Se clasifican en este grupo las tubercúlides papulosas de aspecto liquenoide.

### Liquen escrofulosorum

Es la forma más típica. Se presenta en pequeñas pápulas salientes, poligonales, de superficie brillante y seca, a veces coronada por una escama de color rosa o pardo, que se reúnen en grupos de un pequeño número de elementos, de preferencia en los vacíos y región lumbar. Casi siempre se observa en los jóvenes.

Se ha descrito como una tuberculide parecida a las eczemátides, el eczema verdadero (*eczema escrofulosorum*), etc.

**Diagnóstico.** — Es muy frecuente la confusión entre las tuberculides pápulonecróticas con las sífilides del mismo tipo y los sarcoides con los gomas sífilíticos o esporotricósicos no ulcerados. El eritema indurado de BAZIN ulcerado puede dar lugar a dudas, y el liquen escrofulosorum y las erupciones de su tipo pueden presentar también dudas con el liquen plano, eczemátides y pitiriasis rubra pilar.

En estos casos se hará el diagnóstico por los caracteres de la erupción, por su evolución, por su indolencia, por la posibilidad de una tuberculosis visceral o ganglionar, por la intradermorreacción, por la reacción de WASSERMANN y por la biopsia. NICOLAS y FAVRE han comprobado la frecuencia de intradermorreacciones positivas en los sífilíticos, como la reacción de WASSERMANN puede ser positiva en los tuberculosos. La biopsia, que no permite comprobar casi nunca el bacilo de Koch, no

da más que formaciones «tuberculoideas» que, como han demostrado NICOLAS y FAVRE, no son específicas de la tuberculosis. Queda todavía el tratamiento de prueba, pero hay que hacer reservas porque éste puede mejorar las tuberculides. De todos modos, si la curación es rápida, habrá que diagnosticar una sífilis. En definitiva, estos casos son todos de difícil diagnóstico, y sólo después de un estudio minucioso podrá tenerse una idea aproximada de la afección.

**Tratamiento.** — Es el tratamiento de la tuberculosis. La cura de aire, el reposo, la sobrealimentación, las medicaciones reconstituyente y remineralizadora (aceite de hígado de bacalao, preparaciones yodotánicas y calcio), los climas de playa y la helioterapia local dan buenos resultados. Lo mismo pasa con las tuberculinas, con el calcmel y con el novarsenobenzol intravenoso. En los eritemas indurados y en los sarcoides voluminosos y con tendencia inflamatoria, dan buenos resultados los fomentos durante media hora, dos veces por día, con una solución de clorhidrato amónico al 1 por 1.000. Durante el intervalo de aplicará la siguiente pomada:

|                       |          |
|-----------------------|----------|
| Tintura de yodo. .... | X gt.    |
| Yoduro potásico. .... | I gr.    |
| Vaselina. ....        | } aa 5 — |
| Lanolina. ....        |          |

En las ulceraciones del eritema indurado se aplicará bálsamo del Perú creosotado al 5 por 100 y helioterapia local.

## Tubercúlides en placas

### Lupus eritematoso

Se caracteriza por placas rojas cubiertas de escamas adherentes y con tendencia marcada a la atrofia. Las localizaciones más corrientes son la nariz, mejillas, pómulos, frente, manos y cuero cabelludo.

El eritema toma un color rosado o lívido. A veces hay telangiectasias.

La descamación se presenta en películas secas, brillantes, como de mica y muy adherentes, incrustadas en la epidermis y presentando en su cara profunda, prolongaciones córneas, filiformes que se hunden en los folículos subyacentes.

Hay una ligera infiltración que se traduce por una prominencia de los bordes de la placa deprimida en el centro.

La atrofia cicatrizal es uno de los caracteres evolutivos esenciales del lupus eritematoso. Son cicatrices superficiales, blancas, deprimidas y ligeramente induradas.

Los elementos del lupus eritematoso son algo sensibles al tacto.

El *herpes cretáceo* de DEVERGIE es un lupus eritematoso en el cual la hiperqueratosis se encuentra en alto grado.

En el *lupus eritematoso fijo*, el crecimiento es lento, su forma más típica se caracteriza por su localización en forma de mariposa (*vesperilio*) en la nariz y las mejillas.

En el *lupus eritematoso migrans* la evolución es más aguda y la extensión más rápida.

El *lupus pernio*, que se tiende a clasificarlo como un lupus eritematoso, se caracteriza por placas de un rojo azulado, ligeramente edematosas, localizándose en las extremidades o partes descubiertas, coexistiendo con los sabañones, con la acroasfixia y con la enfermedad de Raynaud. La atrofia y la ulceración pueden marcar la evolución del lupus pernio.

*Lupus eritematoso exantemático*.— Muy raro, da lugar a manchas de un rojo violado y escamosas.

*Lupus mixto o eritematonodular*.— Esta forma se caracteriza por la existencia de nódulos lúpicos bien claros por vitropresión sobre las placas de lupus eritematoso.

El lupus eritematoso debe distinguirse de la psoriasis, de las seborreides y de ciertas queratosis seniles. En sus localizaciones bucales se podrá pensar en la leucoplasia o liquen plano. Las cicatrices que deja en el cuero cabelludo se deben distinguir del favus y de la esclerodermia.

Se ve en los adultos, sobre todo en las mujeres, en los países fríos. Los acroasfícticos están predispuestos. Parece fuera de duda su relación con la tuberculosis.

**Tratamiento.**— Además del tratamiento general, que es el mismo que el de las tubercúlides, hay que hacer tratamiento local. Los puntos de fuego, las escarificaciones y la radioterapia son poco activos. El mejor tratamiento

es la nieve carbónica, aplicada como hemos indicado en la primera parte. Con tenacidad y con paciencia se obtendrá la curación con cicatrices muy perfectas. En caso de necesidad, se podrán emplear los queratolíticos y los exfoliantes enérgicos.

Ya hemos dicho que algunos autores han querido, sin que el asunto esté bien demostrado, clasificar con las tuberculides, los sabañones, la pitiriasis rubra de HEBRA-JADASSOHN, las parapsoriasis y la pitiriasis rubra pilar.

Sólo falta dedicar dos palabras a los *angioqueratomas de MIBELLI*, muy frecuentes en los acroasfícticos, en los enfermos con sabañones y con tuberculosis ganglionares, que se han clasificado también en el grupo de las tuberculides. Son pequeños elementos redondeados, de un rojo vivo, que se presentan en la cara dorsal de las manos y de los dedos y cuya superficie hiperqueratósica se cubre de verrugosidades córneas. Pueden curar espontáneamente. El tratamiento es el galvanocauterio.

## TUMORES DE LA PIEL

---

Se da el nombre de tumores o neoplasias a las neoformaciones aflecmásicas y con tendencia a persistir y crecer indefinidamente. Hecha esta delimitación, los tumores pueden ser benignos y malignos, pudiendo los primeros degenerar hacia la malignidad.

### TUMORES BENIGNOS

Los hay adquiridos y de carácter congénito, que son los nevos. Sin embargo, no todos los nevos son congénitos; pueden aparecer durante la vida en la edad adulta e incluso en edades avanzadas. Sería, pues, racional definir los nevos, con DARIER, como «deformidades circunscritas de la piel de origen embrionario o evolutivo que sobrevienen a cualquier edad y evolucionan muy lentamente». Estos tumores merecen un capítulo aparte para su descripción.

## NEVOS

## Nevos pigmentarios

Son manchas oscuras o negras que aparecen en todas las edades, pero de preferencia en la pubertad, y que pueden desarrollarse durante los embarazos o la acción de los rayos solares.

Hemos colocado las *efélides* o «pecas» con las dermatosis discrómicas. Las **manchas hepáticas** recuerdan el cloasma y son suficientemente conocidas.

## Léntigo

Está constituido por manchas negras o azules, de dimensiones de una lenteja y pudiendo asentar en cualquier región. Son los «lunares» del vulgo. Estas manchas pigmentadas a veces son prominentes. Se da el nombre de *léntigo maligno* al léntigo cuyos elementos evolucionan hacia el nevocarcinoma.

## Nevos tuberosos

## Nevos blandos

Son pequeñas masas, más o menos voluminosas, de superficie lisa o arrugada, algunas veces con pelos y de color rosado o pardo.

Pueden ser congénitos o aparecer tardíamente. Pueden sufrir una degeneración maligna.

## Nevos molluscum

No son más que una variedad de la forma anterior; son de consistencia blanda y con carácter pediculado. La forma más típica es el *molluscum pendulum*.

## Nevos verrugosos

Se caracterizan por la hiperqueratosis de su superficie. Pueden disponerse en estrías, que son los *nevos lineales* o *zosteriformes*, generalmente simétricos y con una disposición radicular o metamérica.

## Nevos pilosos

Se caracterizan por la presencia de un sistema piloso exagerado en su superficie. Estas formaciones pilosas pueden cubrir la superficie de los nevos pigmentarios o de los nevos tuberosos

El tratamiento de estas diversas formas névicas varía según los casos. Las manchas hepáticas se tratan como las efélides. En el léntigo hay que vigilar, sobre todo en edades avanzadas, la degeneración maligna. Por estas

razones nos abstendremos de provocar irritaciones repetidas y hacer tratamientos insuficientes. Se pueden emplear con éxito el galvanocauterio, la crioterapia, la electrólisis y la radioterapia. De todas maneras no hay que tratarlo más que cuando el sujeto lo exige o presenta la lesión una tendencia extensiva y sobre todo si tiende a degenerar. En estos dos últimos casos, hay que tratarlo como el léntigo maligno, es decir, como un nevocarcinoma. Los mismos tratamientos serán empleados en los nevos blandos, molluscum, verrugosos y pilosos, que serán tratados, según los casos, por electrólisis, galvanocauterio, bisturí o nieve carbónica. Los nevos lineales en que no se pueden muchas veces emplear estos procedimientos por su extensión, serán tratados por queratolíticos fuertes.

### Neurofibromatosis o enfermedad de Recklinghausen

Es una enfermedad névica a veces hereditaria. Da lugar a *pigmentaciones* (manchas difusas o circunscritas) a *tumores cutáneos* más o menos diseminados, verdaderos molluscum, que se desarrollan en la dermis haciendo hernia al través del mismo y pediculándose secundariamente; a *tumores de los nervios* en el trayecto de los nervios periféricos y a *trastornos psíquicos* constituidos por depresión mental.

Pueden faltar algunos elementos del cuadro anterior. Algunos tumores pueden tomar un

desarrollo más considerable que los otros y que pueden ser fibromas molluscum o neuromas plexiformes que dan la impresión, por la palpación, de gusanos o de tripas de pollo. La enfermedad de RECKLINGHAUSEN empieza en la infancia o adolescencia, dura indefinidamente y presenta períodos de agudización o regresión.

### Nevos vasculares

#### Angiomas

Están formados por una ectasia de las pequeñas venas y de los capilares y arteriolas con frecuentes neoformaciones vasculares. Son manchas de un rojo más o menos vivo, violáceas, reductibles por vitropresión, que persisten indefinidamente, planas (*angiomas* o *nevos vasculares planos*) o salientes, lobuladas y voluminosas, pudiendo deformar la región donde asientan (*nevos vasculares* o *angiomas tuberosos*). Los *angiomas estelares*, de aparición tardía, están constituidos por un centro rojo del cual parten telangiectasias y pequeños angiomas puntiformes, ligeramente salientes que se desarrollan después de los cuarenta años y que se han querido considerar como reflejo de un cáncer profundo. Son una variedad de los angiomas precedentes.

Los angiomas pueden estacionarse o desarrollarse en un momento cualquiera. Hay, pues, que tener en cuenta ante un nevo vascular, sus dimensiones y la deformidad que puede

ocasionar en caso de extenderse. Esto es lo que nos servirá para abstenernos o no de la intervención.

**Tratamiento.** — En los angiomas planos, lo que da mejor resultado parece ser la nieve carbónica.

Los angiomas tuberosos deben ser tratados, ya por electrólisis (aguja en el polo positivo, intensidad 3 a 10 miliamperios durante 1 a 3 minutos) ya por la radioterapia. La intervención quirúrgica podrá ser indicada según los casos. Los angiomas estelares se curan bien con el galvanocauterio al rojo sombra.

### Linfangiomas

Son nevos vasculares linfáticos con dilatación y neoformación de estos vasos. Es difícil distinguirlos de las varices linfáticas que sobrevienen como complicación por estasis linfática en algunos procesos inflamatorios crónicos y que se encuentran generalmente en la mucosa bucal. Las lesiones son iguales en ambos casos, debiéndose basar para el diagnóstico en la aparición de los linfangiomas en las primeras edades o congénitamente y en su localización en el cuello o en la raíz de las extremidades. Hemos visto, con NICOLAS, BARBIER y JUVIN, un linfangioma típico de la lengua. Se trataba de un *hemolinfangioma*, o sea una asociación de estasis vasculares sanguíneas y linfáticas. Se presentan en forma de elevaciones rosadas,

acuminadas o lobuladas, coronadas por varices linfáticas, representadas por vesículas claras, que se reducen por la presión y que dejan salir, cuando se abren, un líquido claro, que es la linfa, y que se reproduce continuamente.

Los linfangiomas pueden ser extirpados y tratados con galvanocauterio, electrólisis o radioterapia.

## TUMORES CUTÁNEOS ADQUIRIDOS

### Tumores quísticos

No hay neoformación, sino simplemente retención del producto de secreción de las glándulas anexas de la piel y formadas por una capa epitelial, cubierta por tejido conjuntivo.

### Quistes dermoideos

Se encuentran en la extremidad de las cejas, en el cuello, en el rafe perineal y en el escroto, siendo debidos a verdaderas inclusiones epidérmicas en tejidos de distinto origen embrionario. Contienen pelos, glándulas sebáceas y restos epidérmicos.

### Quistes sebáceos

Son debidos a una dilatación y oclusión temporal del canal pilosebáceo; es un grado

de exageración de los comedones. Pueden inflamarse y supurar. Corrientemente dan salida a una materia grasa y blanca constituida por sebo y restos epidérmicos. Existe una variedad de quistes sebáceos superficiales, a veces umbilicados, de consistencia pastosa, que coexisten a veces con el acné y cuya expresión vacía su contenido. Las *lupias* son quistes sebáceos voluminosos, casi siempre del cuero cabelludo y generalmente en personas de alguna edad. No tienen orificio de salida. Según DARIER, serían una malformación congénita de las capas epidérmicas, folículo-glándulares y debieran ser consideradas como una variedad de nevos.

### Quistes epidérmicos

Se presentan bajo el aspecto de pequeños tumores redondeados, indolentes, que asientan en manos y dedos, que son *quistes epidérmicos traumáticos* debidos a la inclusión profunda de un colgajo epidérmico en los obreros, ya bajo la forma de pequeñas granulaciones de las dimensiones de una cabeza de alfiler epidérmicas o dérmicas, blancas, que se encuentran sobre todo en la cara, en los órganos genitales o alrededor de las cicatrices (pénfigo congénito con quistes epidérmicos) que es el *milium*, debido a la dilatación de los conductos sudoríparos o de los folículos pilosos que retienen restos epidérmicos.

El tratamiento de los quistes sebáceos y epidérmicos consiste en la extirpación. En lo referente a los quistes sebáceos, hay que enuclea la bolsa para evitar que se reproduzcan. Para el *milium* se hará un raspado seguido de una cauterización con tintura de yodo.

### Quistes sudoríparos o hidrocistomas

Se presentan en forma de pequeñas vesículas transparentes, duras y tensas. Si se vacían dejan salir un líquido claro. Se presentan en la cara, en las mujeres de edad avanzada especialmente expuestas al fuego de los hornos. Son mucho más marcados en primavera. Resultan de la dilatación y obstrucción de los canales sudoríparos.

Se evitarán las causas provocadoras. Se vaciarán los quistes cauterizándose después con tintura de yodo.

### Adenomas

Son neoformaciones benignas desarrolladas en las glándulas sebáceas (adenomas sebáceos), o en las glándulas sudoríparas (hidroadenomas).

### Adenomas sebáceos

Los adenomas sebáceos se presentan en pequeñas masas del volumen de la cabeza de

un alfiler al de un guisante. Son de color variable. Se encuentran en los adultos y en los viejos, sobre todo en el cuero cabelludo, en la cara y en la espalda. En los adolescentes se forman en los surcos nasogenianos, en la frente y en la barba; son los *adenomas sebáceos simétricos* de los cuales se ha descrito una variedad blanca (tipo BALZER), una roja (tipo PRINGLE) y una dura que se acompaña de hipertrofia del tejido fibroso (tipo HALLOPEAU-LEREDDE). Los pequeños puntos blancos muy poco prominentes que se ven agrupados en la cara interna o en el borde libre de los labios (enfermedad de FORDYCE) se han considerado como *glándulas sebáceas heterotópicas de las mucosas*.

### Hidroadenomas

Son pequeñas prominencias redondas u ovals y duras. Generalmente tienen el color de la piel normal y se encuentran en los párpados inferiores, casi siempre en personas de edad. No deben confundirse con el xantelasma. Otros (*hidroadenomas eruptivos*) se localizan en el tórax y en el abdomen, son rosados y ligeramente escamosos, simulando groseramente las sífilides.

**Tratamiento.** — Extirpación, electrólisis o raspado y galvanocauterización.

### Molluscum contagiosum

Acné varioliforme de BAZIN. Son pequeñas masas redondeadas, del volumen de una cabeza de alfiler, duras, blanco mate y ligeramente umbilicadas. La presión sobre estos elementos permite enuclear una materia pastosa y granulosa que al microscopio presenta células córneas y cuerpos ovalados y refringentes, que son los corpúsculos del molluscum. Se encuentran en los párpados, cara y región genital. Duran indefinidamente y se inoculan. Se pueden ver en los niños y en los adultos. Los corpúsculos, que se habían tomado por coccidias, son células disqueratósicas. Su autoinoculabilidad ha hecho creer en su origen infeccioso tal vez debido a un virus filtrante.

**Tratamiento.** — Raspado con la cucharilla, o expresión de los elementos y cauterización con tintura de yodo.

### Tumores conjuntivos

#### Tumores fibrosos

##### Fibromas

Pequeñas masas dérmicas e hipodérmicas, de consistencia dura y que no recidivan después de la ablación.

### Queloides (χηλῆ, pata de cangrejo)

Son fibromas duros con caracteres objetivos especiales y una evolución clínica que los individualiza. Se encuentran con preferencia en las personas jóvenes en el pecho, cuello, orejas, y a veces en las extremidades, pueden ser *cicatrizales* y desarrollarse en los puntos de reparación de los tejidos, constituyendo las cicatrices queloidianas. Pueden ser asimismo *espontáneas*.

Se presentan en forma de induración dérmica muy dura, subyacente a una piel lisa, blanca, rosada. Esta induración se desarrolla y crece formando tentáculos más o menos complicados, de lo cual proviene su nombre. No son dolorosos; a lo sumo pueden dar lugar a sensaciones dolorosas de poca importancia.

El queloide, cuando ha terminado su evolución, queda estacionario e incluso entra en regresión. Hay que tener en cuenta que toda formación queloidiana es susceptible de recidivar si se extirpa quirúrgicamente; pero esta recidiva no tiene lugar en toda la extensión de la herida quirúrgica, lo cual demuestra que no es exactamente una reacción fibrosa, sino una infección especial, habiendo sido considerada por algunos como una tuberculosis.

Esta posibilidad de recidiva hace que nos abstengamos de la intervención quirúrgica. Infinidad de medicamentos han sido preconizados para tratar los queloides: aceite de hígado de bacalao, arsénico, salicilatos, fibro-

lisinas. Localmente, se ha recomendado la electrolisis. En realidad, el tratamiento de elección es la radioterapia, sobre todo si el proceso está todavía en evolución. Las escarificaciones pueden también dar buen resultado.

### Tumores de grasa

#### Lipomas

Son lo suficientemente conocidos para no insistir sobre ellos. Sólo deben ser extirpados cuando su volumen o su localización molesten excesivamente al enfermo.

### Tumores musculares

Los liomiomas o dermatomiomas se desarrollan a expensas de las fibras lisas de los músculos erectores de los pelos o de las paredes vasculares. Son muy frecuentes en las mujeres y forman pequeños bultos más o menos sensibles a la presión (nódulos o tubérculos dolorosos de la piel).

### Tumores calcáreos

Grupo complejo en el que figuran fibromas, epiteliomas, lipomas, abscesos fríos, quistes sebáceos calcificados, venas infiltradas en sus

en sus paredes de sales calcáreas (flebolitos). En la esclerodermia pueden encontrarse también concreciones calcáreas subcutáneas.

### Milium coloide

Son tumores amarillentos más o menos transparentes, no dolorosos, de volumen variable, más o menos numerosos, que se encuentran en la cara, en el cuello y en las extremidades superiores, se parecen a los quistes y por expresión sale una materia gelatinosa. Serían debidos a una degeneración especial de ciertos elementos del tejido conjuntivo. Se les trata por el galvanocauterio o por la cucharilla.

### Xantomas

Hay unanimidad en considerar esta variedad de tumores como un depósito subcutáneo de colessterina debido a un trastorno del metabolismo y de eliminación.

La forma más corriente es el xantelasma o xantoma plano de las párpados, que se presenta en forma de manchas ligeramente salientes, bien limitadas, amarillas u oscuras, situadas en la parte interna de los párpados, en los ángulos nasooculares. Se encuentran generalmente en las personas de edad, sobre todo en las mujeres.

### Xantoma eruptivo

Se ve en todas las edades, incluso en los niños. Son elementos salientes, redondeados, del volumen de una cabeza de alfiler al de un guisante, de consistencia dura o blanda, de color de yema de huevo, con un ribete periférico rosa o violado y que por vitropresión da un color amarillo de los tegumentos. La evolución se hace por brotes sucesivos. La localización más frecuente es en los hombros, muslos, codos, rodillas y cuero cabelludo. El xantoma tiene predilección por las extremidades, probablemente porque es el sitio frecuente de los traumatismos. Los elementos duran indefinidamente; sin embargo, pueden desaparecer.

### Xantoma congénito

Da lesiones iguales que las precedentes, pero más voluminosas y agrupadas en los codos, rodillas u otros sitios. Estos tumores son congénitos o aparecen en los primeros meses de la vida.

La xantomatización secundaria de ciertos tumores es posible.

El xantoma ha preocupado mucho a los médicos. Se había creído en sus relaciones posibles con la ictericia, el mal de BRIGHT, la diabetes y las cirrosis hepáticas. Actualmente todo esto se explica por los trastornos de elimi-

nación de la colesteroína que se pueden encontrar en estas afecciones.

El tratamiento consiste en la prescripción de un régimen hipocolesterinémico, en el cual se prohibirá la yema de huevo, el chocolate, grasas, sesos, y sólo se permitirá carne asada o a la parrilla, legumbres, leche descremada, frutas y azúcar.

Localmente, se harán cauterizaciones con galvanocauterío, que llevan consigo la reabsorción total o parcial de los elementos del xantoma. La crioterapia está indicada.

### Tofos gotosos

Se encuentran en las articulaciones gotosas, orejas, alas de la nariz y párpados, pudiéndose encontrar en otras regiones. Se presentan en masas blandas, pastosas y después duras, de piel rosada o violácea, y tienen por transparencia un tinte blanco, opaco. Pueden desaparecer espontáneamente. Algunas veces supuran, se abren y dejan salir una materia calcárea, que es urato sódico. Los tofos son simplemente depósitos cutáneos de ácido úrico.

El tratamiento ha de ser el de la gota. Los tofos pequeños pueden ser quitados con la cucharilla. Hemos visto en el servicio del profesor BARD un enfermo con grandes tofos gotosos, en el que las emanaciones de torio dieron excelentes resultados.

### Botriomicosis

Hay que conocer esta afección porque, tratada correctamente, cura muy bien, mientras que en caso contrario puede eternizarse.

Son pequeñas masas del volumen de un guisante, redondeadas, hemisféricas, de consistencia blanda, de coloración roja, de carne muscular y de superficie lisa o mamelonada, no ulceradas, pero que sangran fácilmente cuando se las toca. Estos tumores son pediculados, algunas veces con el pedículo muy largo y a veces parecen sesiles; pero con un estilete se ve una estrangulación entre la base del tumor y la piel. Estas lesiones se encuentran en los dedos, en los miembros inferiores, en los labios o en los órganos genitales; es decir, en las localizaciones corrientes de las heridas cutáneas. Son soluciones de continuidad mínúsculas que se infectan o que el mismo sujeto las irrita con curas húmedas o cauterizaciones intempestivas y al nivel de las cuales se forma un tejido de granulación. Los botriomicomas no son más que mamelones carnosos, muy ricos en eosinófilos (NICOLAS y FAVRE).

PONCET y DOR habían descubierto unas formaciones redondeadas que tomaron por un hongo y que designaron con el nombre de botriomicas. En realidad son células degeneradas.

El coco, que se encuentra casi constantemente en los botriomicomas, no es más que un estafilococo dorado. Por esto la botriomi-

cosis se ha querido considerar como una dermatosis microbiana. Por su estructura histológica debemos describirla con los tumores benignos.

La bôtriomicosis debe ser escindida con la cucharilla y cauterizada con el asa galvánica o la cucharilla del termocauterio.

## TUMORES MALIGNOS

### EPITELIOMAS CUTÁNEOS (1)

Se designa así a los tumores cutáneos que se desarrollan a expensas de las células epidérmicas. Se distinguen cuatro tipos clínicos.

El cancroide.

El *ulcus rodens*.

El epiteloma névico.

Y el epiteloma metastático.

**Etiología.** — No sabemos nada cierto. Aparecen sobre todo en los adultos y personas de edad, a pesar de que se pueden encontrar en personas jóvenes. Hay que dar gran importancia a las causas predisponentes. Las inflamaciones

(1) En el capítulo de los epitelomas cutáneos nos hemos inspirado en una lección de la clínica dermatológica del *Antiquaille* (Pr. J. NICOLAS) por nuestro maestro FAVRE, profesor agregado de la Facultad de Lyon, médico del *Hôtel-Dieu*, que ha tenido la amabilidad de autorizarnos.

crónicas de la piel son una de ellas; el epiteloma se injerta sobre los tejidos alterados (cicatrices de lupus, de quemaduras, úlceras varicosas o sifilíticas y leucoplasia bucal). Las irritaciones crónicas por algunas substancias químicas serían igualmente predisponentes. La manipulación de los petróleos, de la parafina y del hollín (cáncer de los deshollinadores), del alquitrán de hulla (cáncer experimental), son también causas predisponentes. Las lesiones queratósicas arsenicales que se ven en individuos sometidos a una terapéutica arsenical prolongada sirven de punto de partida al epiteloma. Algunos de estos enfermos han sido irradiado santes, y es ya conocida la frecuencia del epiteloma en las radiodermitis. Los rayos actínicos favorecen también la cancerización cutánea, y el xeroderma pigmentoso, precoz o tardío y en cuya génesis desempeñan un papel importante las irradiaciones solares, es también un buen terreno de elección.

Nos ocuparemos rápidamente de las lesiones llamadas precancerosas, *enfermedad de Paget del pezón*, de aspecto eczematiforme; *eritroplasia del glande*, de QUEYRAT, caracterizada por lesiones erosivas y secretantes de muy larga duración y que determinan muy a menudo sínfisis y bridas prepuciales; *enfermedad de Bowen*, constituida por placas más o menos redondeadas y cubiertas de escamas o costras; disqueratosis y distrofias cutáneas seniles localizadas, más o menos difusas, del tipo de la mugre senil (acné sebáceo concreto), o *epiteliomatosis múltiple senil*, que da lugar

a elevaciones verrugosas secas que reposan sobre una base infiltrada y que sangran con facilidad. Son lesiones esencialmente neoplásicas, en las cuales la cancerización lenta está en potencia y no espera más que una ocasión para desarrollarse. Estas disqueratosis preneoplásicas hay que vigilarlas, pues constituyen una amenaza y serán tratadas por extirpación, cauterización ígnea o por la radioterapia.

### Estudio clínico

#### Cáncer epitelial propiamente dicho o cancroide

Es el epiteloma lobulado o espinocelular de los histólogos, epiteloma que se desarrolla a expensas de las células del cuerpo mucoso de Malpighi y que presentan al corte globos córneos. Clínicamente es el epiteloma cutáneo-mucoso, epiteloma del labio desarrollado a expensas de la parte blanda y su mucosa. Empieza por un pequeño tubérculo verrugoso, saliente, no doloroso, situado en la profundidad y muchas veces pasa inadvertido por los enfermos. Este tubérculo aumenta de volumen y se ulcera. Al principio forma una fisura que se agrieta y sangra con facilidad. Esta grieta se ensancha y forma una ulceración con un borde periférico proliferante. Si la lesión no se cuida, se forma una úlcera anfractuosa y de bordes saniosos que, cuando se comprime lateralmente, deja salir unos filamentos vermiculares muy característicos. Alrededor de todo esto

se ve una infiltración marcada; los rebordes de la ulceración son duros, mamelonados y córneos. La lesión infiltra el labio con digitaciones profundas e irregulares. Los ganglios de la región submaxilar se infartan cuando se ulcera el epiteloma y son en su principio duros, indolentes e inmóviles; después se adhieren en masa a los tegumentos, que se inflaman y ulceran, tomando el carácter destructor de la ulceración neoplásica inicial y segregando pus y un líquido seroso. El enfermo se alimenta mal y toma un aspecto neoplásico de infectado o intoxicado, se adelgaza y caquectiza si una complicación secundaria no viene a precipitar el desenlace.

Esta variedad de epiteloma se puede encontrar en la piel, en la mitad inferior de la cara, en el dorso de las manos, en la región perianal, presentándose con un aspecto ulceroso en el centro y vegetante y córneo en la periferia.

Algunas veces está exagerada la hiperqueratosis, formando el *cancroide de forma de cuerno cutáneo*. Hay también los *epiteliomas poco queratósicos y vegetantes* que se encuentran en el glande y que forman mamelones prominentes y blancuzcos que segregan un líquido fétido y que infiltran rápidamente los ganglios. Estos epiteliomas vegetantes, verdaderos encefaloides cutáneos, son muy malignos.

#### Ulcus rodens

Es el «rodent ulcer» de los ingleses y epiteloma tubulado llamado basocelular por DARIER.

Clínicamente es una pequeña nudosidad intradérmica no verrugosa, revestida de una epidermis lisa, parecida a una perla opalina, de la cual el nombre de *epitelioma perlado*. Esta lesión inicial pasa generalmente inadvertida. Después la perla se umbilica en el centro, se mamelona en la periferia y se ulcera en la parte central. Cuando se levanta la costra, la ulceración sangra, los tegumentos vecinos están surcados de pequeños vasos como en la cuperosis. La úlcera segrega un líquido gomoso y siruposo de color de mermelada de manzanas. La infiltración es menor que en la forma anterior. El borde periférico puede ser continuo o fragmentado; es liso y translúcido. No hay infarto ganglionar. Su evolución es larga y tórpida; no repercute sobre el estado general; lo único que hay que temer es el proceso destructivo local. A veces pasan años antes que se desenvuelva éste, pero cuando empieza, podemos ver una destrucción rápida de las alas de la nariz, de una mejilla con abertura de la cueva de Highmore, o de un párpado con amenaza para el ojo correspondiente. Resumiendo: este epitelioma se infiltra poco, no influye en el estado general y no invade los ganglios, pero puede, en un momento determinado, tomar un carácter destructivo que justifica su nombre de *ulcus rodens*. Puede situarse en cualquier región, respeta las mucosas e invade frecuentemente la mitad superior de la cara, incluido el labio superior. Este cáncer empieza a veces por un verdadero tumor que es el *epitelioma basocelular en bola* (REGAUD y FAVRE). *El ulcus*

*rodens terebrante* se caracteriza por la precocidad e intensidad del proceso destructivo local. La *forma atrófica* evoluciona lentamente, cicatrizando por un extremo y extendiéndose por el otro. Hay una forma *esclerodérmica* muy parecida a la anterior.

### Epitelioma desarrollado sobre un nevo o epitelioma névico

Son nevos pigmentarios que degeneran. Sin embargo, el epitelioma puede desarrollarse también a expensas de nevos blandos, celulares y no pigmentarios.

El lunar se agranda, se infiltra y se mamelona; en su periferia se ve una infiltración de neoformaciones violáceas. La evolución es muy maligna. Los ganglios están infartados. Las metástasis viscerales de carácter melánico son frecuentes; es la melanosis generalizada con emisión en la orina de pigmento melánico.

Es la variedad que DARIER llama *nevocarcinomas*, que son los antiguos *melanosarcomas*. Parece que en la mayoría de los casos se trata de una degeneración maligna de las células névicas infiltradas de pigmento que, por irritación, se desarrollan y forman tumores malignos; actualmente se les clasifica con los epiteliomas, porque se consideran las células névicas como células epiteliales modificadas, incluidas en la dermis.

### Epitelioma metastático

Es debido a metástasis cutáneas de epitelomas desarrollados en otra región del organismo. El epitelioma metastático se ve sobre todo en el cáncer de la mama, haciéndose la propagación por vía linfática o por vía venosa y dando lugar al cáncer en coraza o cáncer pustuloso. Estos epitelomas son histológicamente epitelomas primitivos.

**Pronóstico.** — El pronóstico del epitelioma metastático es el del tumor primitivo, muy grave en el epitelioma melánico, grave para los canceroides, sobre todo para las regiones medio mucosas, y menos grave para los *ulcus rodens* si éstos no se transforman en malignos.

**Diagnóstico.** — Hay que desconfiar de todas las afecciones precancerosas, cicatrices antiguas, lupus inveterados y queratosis localizadas. Habrá que distinguir bien las lesiones sifilíticas primarias o terciarias y las úlceras simples y traumáticas. FAVRE, en la tesis de GENSOLLEN, ha estudiado los epitelomas de la mucosa bucal pseudoactinomicóticos. Cuando haya dudas de una sífilis, habrá que practicar la WASSERMANN o hacer un tratamiento de prueba. La biopsia es indispensable.

**Tratamiento.** — El *ulcus rodens* es un tumor eminentemente radiosensible y que debe ser exclusivamente tratado por la radioterapia.

Si se quiere evitar la radiodermatitis y obtener resultados durables, hay que hacer dosis única y dejar las dosis repetidas. En la primera parte de esta obra se encontrarán detalles.

El epitelioma espinocelular debe ser extirpado y los ganglios vaciados. La radioterapia bien aplicada es un buen tratamiento.

Lo mismo pasa con el epitelioma névico; toda verruga que se infiltra deberá ser extirpada. Cuando el tumor está formado, DARIER recomienda la electrólisis. Hemos visto en el Antiquaille muchos nevocánceres curados por la radioterapia.

En el epitelioma metastático nos abstendremos de toda terapéutica.

El tratamiento general es imprescindible.

### SARCOMAS CUTÁNEOS

Son tumores de naturaleza conjuntiva. Pueden estar formados por células redondas, que son los *sarcomas globocelulares*, y por células fusiformes, que dan lugar a los *sarcomas fusocelulares*. Los *sarcomas mielopláxicos* son muy raros en la piel y secundarios a tumores óseos. Dejamos aparte los *sarcomas secundarios metastáticos* consecutivos a sarcomas viscerales ganglionares u óseos. No nos ocuparemos más que de los *sarcomas primitivos*.

Los sarcomas se generalizan por vía sanguínea y no van acompañados de infarto ganglionar.

Clínicamente, son tumores dérmicos o hipodérmicos y muchas veces dermohipodérmicos,

lobulados, de color rojo violado y con numerosas telangiectasias. Se desarrollan lentamente y se ulceran. Producen pocas metástasis, pero recidivan rápidamente después de la extirpación.

Esto se refiere particularmente al *sarcoma fusocelular*. La forma *globocelular* tiene una evolución más rápida y se generaliza con facilidad. El tumor inicial es seguido de multitud de tumores accesorios que crecen a su alrededor. Estos tumores son dérmicos o hipodérmicos, pero se adhieren fácilmente a la piel. Se ulceran muy pronto. A partir de este momento, aparece fiebre, diarrea, hemorragias y sobreviene la muerte después de tres o cuatro años a lo sumo. Los ganglios no se infartan, pero el hígado, el bazo y los pulmones pueden presentar focos de generalización, constituyendo la sarcomatosis (sarcomatosis tipo Perrin).

### Sarcoma pigmentario idiopático de Kaposi

Son pequeños tumores simétricos que empiezan por manos y pies, duros, azulados o grises y con manchas hemorrágicas. Las lesiones se extienden desde el extremo a la raíz de los miembros y después al tronco. Estos tumores no crecen y se ulceran poco e incluso pueden reabsorberse. Los ganglios están indemnes y el estado general conservado. Aparecen sobre los 40 años y duran de 2 a 10 años. Determinan la muerte por caquexia.

A pesar de la presencia de células fusiformes, se tiende a considerarla como una enfermedad

infecciosa. A decir verdad, ignoramos su etiología; no es autoinoculable ni contagiosa.

El diagnóstico de los sarcomas se puede hacer con los sarcoides, gomas no ulcerados, tumores benignos, algunas adenitis, tumores de micosis fungoide antes de su ulceración y algunos epitelomas. En caso de duda, hay que recurrir al examen histológico.

El pronóstico es de los más graves por su crecimiento y generalización rápida.

Tratamiento. — La intervención puede ser propuesta cuando hay un tumor único. Más adelante se podrá utilizar el novarsenobenzol en inyecciones intravenosas y la radioterapia, que son muy eficaces y llegan a hacer desaparecer los tumores. Este resultado es muchas veces temporal. Se vuelven a multiplicar, y entonces incluso estas medicaciones son poco eficaces.

## ÍNDICE DE MATERIAS

|   | <u>Págs.</u> |
|---|--------------|
| PRÓLOGO .....   | V            |
| <b>Recursos terapéuticos</b>                                      |              |
| <i>Higiene general. — Regímenes. — Climas</i> ....                | 3            |
| <i>Medios biológicos</i> .....                                    | 13           |
| Vacunas .....   | 13           |
| Tuberculina .....   | 14           |
| Inyecciones intravenosas .....                                    | 15           |
| Inyecciones intramusculares .....                                 | 17           |
| Medicaciones desensibilizantes, medica-<br>ciones de choque ..... | 18           |
| Inyecciones de leche .....  | 19           |
| Autosueroterapia .....  | 19           |
| Autohemoterapia .....   | 20           |
| <i>Opoterapia</i> .....   | 22           |
| <i>Crenoterapia</i> .....   | 24           |
| <i>Tratamientos locales</i> .....                                 | 26           |
| Fisioterapia .....  | 26           |
| La cura húmeda .....  | 26           |
| Lociones .....  | 27           |
| Pulverizaciones .....   | 28           |
| Cataplasmas .....   | 28           |

|  | <u>Págs.</u> |
|--|--------------|
| Baños .....  | 29           |
| Descostrado de los tegumentos.—Ablación de las costras .....   | 29           |
| Depilación .....   | 30           |
| Gimnasia y masaje cutáneos .....                               | 32           |
| Aire caliente .....  | 33           |
| Luz .....  | 33           |
| Luz artificial. ....   | 34           |
| Termo y galvanocauterización .....                             | 34           |
| Escarificaciones .....   | 35           |
| Nieve carbónica .....  | 36           |
| Electricidad. ....   | 37           |
| Alta frecuencia. ....  | 37           |
| Radiumterapia .....  | 38           |
| Radioterapia (Dr. J. COSTE) ..                                 | 38           |
| Quimioterapia. ....  | 63           |
| Antiflogísticos. — Calmantes .....                             | 68           |
| Antipruriginosos .....   | 70           |
| Antisépticos ..  | 70           |
| Antiparasitcidas. ....   | 74           |
| Exfoliantes y queratolíticos .....                             | 75           |
| Reductores .....   | 77           |
| Cicatrizantes. — Queratoplásticos ....                         | 79           |
| <b>Lesiones elementales</b> .....                              | <b>83</b>    |
| <b>Indicaciones terapéuticas</b> .....                         | <b>97</b>    |
| <i>Neurodermias. — Pruritos. — Urticaria. — Prurigos</i> ..... | 99           |
| Prurito primitivo .....  | 100          |
| Urticaria .....  | 111          |
| Urticaria de la infancia.—Estrófulo..                          | 116          |

|  | <u>Págs.</u> |
|--|--------------|
| Urticaria edematosa. — Edema agudo circunscrito .....    | 119          |
| Urticaria ficticia. — Dermografismo. ....                | 120          |
| Urticaria pigmentaria .....                              | 120          |
| Prurigos y liquenificación .....                         | 126          |
| Prurigo de Hebra.....                                    | 128          |
| Liquenificación .....                                    | 131          |
| Prurigo vulgar .....                                     | 134          |
| <i>Eritemas. — Púrpuras</i> .....                        | 139          |
| Eritemas .....   | 139          |
| Eritemas por estasis.—Eritemas pasivos. ....             | 140          |
| Eritema pernio.—Sabañones .....                          | 140          |
| Acroasfixia y lívido .....                               | 142          |
| Rosácea. — Rinofima .....                                | 143          |
| Eritemas activos .....                                   | 146          |
| Eritemas puros. — Monomorfos....                         | 147          |
| Eritemas localizados circunscritos..                     | 147          |
| Causas mecánicas.....                                    | 147          |
| Intertrigo. — Eritema glúteo de los niños de pecho ..... | 147          |
| Causas físicas. ....                                     | 149          |
| Eritema solar o actínico.....                            | 149          |
| Eritema eléctrico. — Eritema de las estufas.....         | 150          |
| Radiodermifis .....                                      | 151          |
| Pelagra. ....  | 152          |
| Picaduras de insectos .....                              | 153          |
| Causas químicas .....                                    | 154          |
| Eritemas generalizados.—Difusos....                      | 154          |
| Eritemas roseoliformes.....                              | 154          |
| Eritemas escarlatiniformes .....                         | 157          |
| Eritema escarlatiniforme descamativo recidivante .....   | 157          |

|  | Págs. |
|--|-------|
| Eritemas polimorfos.....   | 158   |
| Eritema nudoso.....  | 160   |
| Púrpuras.....  | 163   |
| Púrpuras primitivas.....   | 164   |
| Púrpura reumática o exantemática.....  | 165   |
| Púrpura infecciosa.....  | 166   |
| Púrpura equimótica o enfermedad de Werlhof.....  | 167   |
| Escorbuto esporádico. — Escorbuto infantil. — Enfermedad de Barlow.....                | 167   |
| Púrpura anular telangiectásica de Majocchi.....  | 168   |
| Púrpuras secundarias.....  | 168   |
| Púrpuras mecánicas.....  | 168   |
| Púrpuras tóxicas.....  | 168   |
| Púrpuras secundarias a enfermedades infecciosas.....                                   | 169   |
| Púrpuras de las afecciones crónicas o caquetizantes.....                               | 169   |
| <i>Dermatitis eritematoescamosas</i> .....   | 172   |
| Pitiriasis rosada de Gibert.....   | 172   |
| Psoriasis.....   | 174   |
| Parapsoriasis.....   | 182   |
| Sifilides psoriasisiformes.....  | 183   |
| Dermatitis eritematoescamosas de naturaleza micósica.....                              | 183   |
| Eczemátides o seborreides. — Eczema seborreico. — Paraqueratosis psoriasisiformes..... | 183   |
| <i>Dermatitis papulosas</i> .....  | 190   |
| Verrugas planas juveniles.....   | 190   |
| Liquen plano.....  | 191   |

|  | Págs. |
|--|-------|
| Liquen obtuso.....   | 193   |
| Liquen córneo hipertrófico.....  | 193   |
| <i>Dermatitis tuberculosas y tuberculoulcerosas</i> .....  | 197   |
| <i>Dermatitis nudosas</i> .....  | 198   |
| <i>Dermatitis ulcerosas</i> .....  | 199   |
| Úlcera de la pierna.....   | 200   |
| Aftas.....   | 203   |
| Ulceraciones genitales.....  | 203   |
| Diabétides genitales.....  | 204   |
| Estiómeneo.....  | 204   |
| <i>Dermatitis vesiculosas. — Eczemas</i> .....   | 206   |
| Dishidrosis.....   | 212   |
| <i>Dermatitis ampollosas. — Pénfigo. — Dermatitis polimorfos</i> .....                                       | 223   |
| Dermatitis ampollosas localizadas.....   | 223   |
| Las ampollas constituyen un epifenómeno en el curso de una enfermedad infecciosa o nerviosa clasificada..... | 223   |
| Las ampollas pueden ser traumáticas.....   | 223   |
| Dermatitis accidentalmente ampollosas.....   | 224   |
| Toxidermias ampollosas.....  | 224   |
| Pénfigo sifilítico de los recién nacidos.....  | 224   |
| Eritema polimorfo ampolloso.....   | 225   |
| Dermatitis ampollosas raras.....   | 225   |
| Hidroa vacuniforme de Bazin.....   | 225   |
| Impétigo herpetiforme de Hebra-Kaposi.....   | 226   |
| Acrodermitis continua de Hallopeau.....  | 226   |
| Dermatitis ampollosas microbianas externas.....  | 227   |
| Pénfigo epidémico de los recién nacidos.....   | 227   |

|   | <u>Págs.</u> |
|---|--------------|
| Impétigo ampolloso . . . . .  | 227          |
| Dermatosis ampollosas generalizadas . . .                               | 228          |
| Dermatosis accidentalmente ampollosas. — Urticaria ampollosa . . . . .  | 228          |
| Dermatosis primitiva o rápidamente y esencialmente ampollosas . . . . . | 228          |
| De evolución aguda . . . . .  | 228          |
| Monomorfas . . . . .  | 228          |
| Pénfigo agudo febril grave. . . . .                                     | 228          |
| Polimorfas . . . . .  | 231          |
| Dermatitis polimorfa dolorosa aguda . . . . .                           | 231          |
| De evolución crónica . . . . .  | 234          |
| Dermatosis de pronóstico variable . . . . .                             | 234          |
| Dermatitis polimorfas dolorosas crónicas . . . . .                      | 234          |
| Dermatosis benignas. — Pénfigo congénito . . . . .                      | 236          |
| Monomorfo . . . . .   | 236          |
| Epidermolisis ampollosa hereditaria . . . . .                           | 236          |
| Polimorfo . . . . .   | 237          |
| Pénfigo progresivo con quistes epidérmicos. . . . .                     | 237          |
| Dermatosis graves. . . . .  | 238          |
| Monomorfa . . . . .   | 238          |
| Pénfigo crónico vulgar grave. . . . .                                   | 238          |
| Polimorfas . . . . .  | 240          |
| Pénfigo foliáceo. . . . .   | 240          |
| Pénfigo vegetante. . . . .  | 242          |
| <i>Dermatosis de supuración.</i> . . . . .                              | 243          |
| Dermatosis pustulosas . . . . .   | 244          |

|   | <u>Págs.</u> |
|---|--------------|
| Impétigo . . . . .  | 244          |
| Impétigo de Bockhardt . . . . .                                       | 245          |
| Impétigo de Tilbury-Fox . . . . .                                     | 245          |
| Impétigo vulgar. . . . .  | 247          |
| Ictima. . . . .   | 248          |
| Foliculitis supuradas. . . . .  | 250          |
| Sicosis simple. . . . .   | 251          |
| Forúnculo y ántrax . . . . .  | 254          |
| Hidrosadenitis . . . . .  | 256          |
| <i>Eritrodermias</i> . . . . .  | 258          |
| Eritrodermias primitivas. . . . .                                     | 258          |
| Forma aguda. . . . .  | 258          |
| Forma subaguda . . . . .  | 258          |
| Forma crónica . . . . .   | 259          |
| Pitiriasis rubra de Hebra-Jadassohn. . . . .                          | 259          |
| Eritrodermias premicósicas y leucémicas . . . . .                     | 259          |
| Eritrodermias secundarias . . . . .                                   | 259          |
| Eritrodermias congénitas de los recién nacidos . . . . .              | 260          |
| <i>Dermatosis hiperqueratósicas y disqueratósicas.</i> . . . .        | 262          |
| Pitiriasis simple. . . . .  | 262          |
| Ictiosis. . . . .   | 263          |
| Eritrodermia congénita ictiosiforme con hiperepidermotrofia . . . . . | 265          |
| Verrugas planas seniles . . . . .                                     | 265          |
| Poroqueratosis de Mibelli . . . . .                                   | 266          |
| Queratodermia simétrica congénita . . . . .                           | 266          |
| Disqueratosis folicular vegetante o edad de Darier . . . . .          | 267          |
| Enfermedad de Paget . . . . .   | 269          |
| Enfermedad de Bowen. . . . .  | 270          |

|  | Págs. |
|--|-------|
| Queratosis seniles ..                              | 270   |
| Hiperqueratosis de las mucosas.....                | 271   |
| Leucoplasia.....                                   | 271   |
| Placas lisas de la lengua .....                    | 273   |
| Glositis losángica media.....                      | 273   |
| Lengua fisurada.....                               | 273   |
| Glositis exfoliante marginada.....                 | 273   |
| Lengua negra vellosa .....                         | 274   |
| <i>Dermatosis vegetantes</i> .....                 | 276   |
| Vegetaciones venéreas .....                        | 276   |
| Verrugas córneas o verrugas vulgares..             | 278   |
| Acantosis nigricans .....                          | 280   |
| Piodermitis vegetantes.....                        | 281   |
| Yódides y brómides vegetantes.....                 | 281   |
| Botón de Oriente .....                             | 282   |
| <i>Dermatosis discrómicas</i> .....                | 283   |
| Discromías localizadas .....                       | 284   |
| Efélides .....                                     | 284   |
| Cloasma .....                                      | 285   |
| Discromías difusas.....                            | 286   |
| Vitíligo .....                                     | 286   |
| <i>Dermatosis distróficas</i> .....                | 288   |
| Dermatosis hipertróficas.—Elefantíasis..           | 288   |
| Elefantíasis nostras .....                         | 289   |
| Elefantíasis filárica .....                        | 289   |
| Dermatosis atróficas.....                          | 290   |
| Cicatrices.....                                    | 290   |
| Veteados atróficos.....                            | 291   |
| Atrofias cutáneas idiopáticas primi-<br>tivas..... | 291   |
| Morfea en gotas.....                               | 292   |
| Esclerodermias .....                               | 292   |
| Craurosis de la vulva.....                         | 294   |

|   | Págs. |
|---|-------|
| Xeroderma pigmentosum .....   | 294   |
| Degeneración senil .....  | 295   |
| <i>Dermatosis foliculares</i> .....   | 296   |
| Seborrea .....  | 296   |
| Acné .....  | 299   |
| Acné vulgar. — Acné polimorfo ju-<br>venil.....   | 299   |
| Acné medicamentosos y profesio-<br>nales.....   | 302   |
| Acné necrótico .....  | 302   |
| Acné queloidiano .....  | 303   |
| Foliculitis alopeciantes.....   | 303   |
| Pitiriasis rubra pilar.....   | 304   |
| Queratosis pilar.....   | 305   |
| Liquen spinulosus.....  | 305   |
| <i>Afecciones de las faneras</i> .....  | 306   |
| Afecciones de los pelos .....   | 306   |
| Hipertricosis .....   | 306   |
| Alopecias. — Alopecias adquiridas...<br>Alopecias difusas. — Alopecias post-<br>infecciosas ..... | 307   |
| Alopecias circunscritas.....  | 309   |
| Pelada .....  | 309   |
| Tiñas .....   | 312   |
| Afecciones de las uñas.....   | 313   |
| <i>Afecciones de las glándulas sudoríparas</i> ....   | 315   |
| Sudamina .....  | 315   |
| Hidrosadenitis .....  | 315   |
| Anhidrosis .....  | 315   |
| Hiperhidrosis .....   | 315   |
| Granulosis rubra nasi .....   | 315   |
| <i>Dermatitis artificiales</i> .....  | 317   |
| <i>Dermatosis parasitarias</i> .....  | 318   |

|   | <u>Págs.</u> |
|---|--------------|
| Dermatosis producidas por parásitos     |              |
| animales .....                          | 318          |
| Pediculosis. ....                       | 319          |
| Piojos de la cabeza .....               | 319          |
| Piojos del cuerpo .....                 | 320          |
| Ptiriasis .....                         | 321          |
| Sarna .....                             | 322          |
| Sarna noruega .....                     | 325          |
| Sarna de caballo .....                  | 325          |
| Sarna del gato .....                    | 326          |
| Dermatosis producidas por parásitos     |              |
| vegetales .....                         | 326          |
| Epidermicosis. ....                     | 326          |
| Pitiriasis versicolor .....             | 326          |
| Eritrasma .....                         | 327          |
| Microsporidias. ....                    | 328          |
| Tiña tonsurante de Gruby-Sabouraud..... | 328          |
| Microsporidias cutáneas .....           | 329          |
| Tricofitias .....                       | 330          |
| Tiña tricofítica.....                   | 330          |
| Tricofitias supuradas .....             | 331          |
| Sicosis tricofítica .....               | 331          |
| Querion Celsi .....                     | 332          |
| Foliculitis acuminadas de Leloir. ....  | 332          |
| Tricofitias cutáneas supuradas.....     | 332          |
| Herpes circinado .....                  | 332          |
| Eczema marginado .....                  | 333          |
| Tricofitias ungueales.....              | 334          |
| Favus .....                             | 335          |
| Tiña favosa .....                       | 335          |
| Lesiones ungueales .....                | 336          |
| Favus de la piel .....                  | 336          |

|  | <u>Págs.</u> |
|--|--------------|
| Epidermicosis por levaduras .....              | 337          |
| Dermatomicosis .....                           | 338          |
| Blastomicosis.....                             | 338          |
| Actinomicosis.....                             | 339          |
| Esporotricosis.....                            | 341          |
| <i>Leucémides</i> .....                        | 345          |
| Leucémides de Audry.....                       | 345          |
| Eritrodermias premicósicas y leucémicas. ....  | 346          |
| Tumores e infiltraciones leucémicas. ...       | 346          |
| Micosis fungoide. ....                         | 347          |
| <i>Dermatosis bacillares</i> .....             | 349          |
| Tuberculosis cutánea .....                     | 349          |
| Tuberculosis cutáneas típicas.....             | 350          |
| Úlcera tuberculosa .....                       | 350          |
| Tuberculosis verrugosa.....                    | 353          |
| Tubérculo anatómico .....                      | 353          |
| Tuberculosis verrugosa propiamente dicha ..... | 353          |
| Gomas tuberculosas .....                       | 356          |
| Lupus tuberculoso .....                        | 358          |
| Tubercúlides .....                             | 367          |
| Tubercúlides nodulares .....                   | 367          |
| De nódulos dérmicos .....                      | 367          |
| Tubercúlides pápulonecróticas ...              | 367          |
| Acnitis.....                                   | 367          |
| Acné cachecticorum .....                       | 368          |
| Sarcoides dérmicos .....                       | 368          |
| Granuloma anular.....                          | 368          |
| De nódulos hipodérmicos .....                  | 369          |
| Sarcoides hipodérmicos .....                   | 369          |
| Eritema indurado de Bazin.....                 | 369          |
| Tubercúlides liquenoides .....                 | 369          |

|   | <u>Págs.</u> |
|---|--------------|
| Liquen escrofulosorum. ....                               | 370          |
| Tubercúlides en placas. ....                              | 372          |
| Lupus eritematoso. ....                                   | 372          |
| Lupus pernio. ....  | 373          |
| Angioqueratoma de Mibelli. ....                           | 374          |
| <i>Tumores de la piel</i> .....                           | 375          |
| Tumores benignos. ....                                    | 375          |
| Nevos .....   | 376          |
| Nevos pigmentarios.—Léntigo. ....                         | 376          |
| Nevos tuberosos. ....                                     | 376          |
| Nevos blandos. ....                                       | 376          |
| Nevo molluscum. ....                                      | 377          |
| Nevos verrugosos. ....                                    | 377          |
| Nevos pilosos. ....                                       | 377          |
| Neurofibromatosis o enfermedad de<br>Recklinghausen. .... | 378          |
| Nevos vasculares. ....                                    | 379          |
| Angiomas. ....  | 379          |
| Linfangiomas. ....  | 380          |
| Tumores cutáneos adquiridos. ....                         | 381          |
| Tumores quísticos. ....                                   | 381          |
| Quistes dermoideos. ....                                  | 381          |
| Quistes sebáceos. ....                                    | 381          |
| Quistes epidérmicos. ....                                 | 382          |
| Quistes sudoríparos o hidrocis-<br>tomas. ....            | 383          |
| Adenomas. ....  | 383          |
| Adenomas sebáceos. ....                                   | 383          |
| Hidroadenomas. ....                                       | 384          |
| Molluscum contagiosum. ....                               | 385          |
| Tumores conjuntivos. ....                                 | 385          |
| Tumores fibrosos. Fibromas. Que-<br>loides. ....          | 385          |

|   | <u>Págs.</u> |
|---|--------------|
| Tumores de grasa. Lipomas. ....                                 | 387          |
| Tumores musculares. ....  | 387          |
| Tumores calcáreos. ....   | 387          |
| Milium coloide. ....  | 388          |
| Xantomas. ....  | 388          |
| Xantoma plano de los párpas-<br>pados (xantelasma). ....        | 388          |
| Xantoma eruptivo. ....  | 389          |
| Xantoma congénito. ....   | 389          |
| Tofos gotosos. ....   | 390          |
| Botriomicosis. ....   | 391          |
| Tumores malignos. ....  | 392          |
| Epiteliomas cutáneos. ....                                      | 392          |
| Cáncer epitelial propiamente dicho<br>o cancroide. ....         | 394          |
| Úlcus rodens. ....  | 395          |
| Epitelioma desarrollado en un nevo<br>o epitelioma névico. .... | 397          |
| Epiteliomas metastáticos. ....                                  | 398          |
| Sarcomas cutáneos. ....   | 399          |
| Sarcoma pigmentario idiopático de<br>Kaposi. ....               | 400          |
| ÍNDICE DE MATERIAS. ....  | 403          |

**MANUAL**  
DE  
**CLÍNICA SEMIOLÓGICA**  
DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO

por **GASTON LYON**

Ex jefe de Clínica Médica de la Facultad de París

Este libro podría ser definido como un *Manual de Medicina*, tomando este término en su sentido más amplio. Si se añade que el libro es de corta extensión, y la exposición de la materia, clara e incluso atractiva, se comprenderá a la vez el arte del autor y la originalidad de la obra.

Esta originalidad ha consistido en encontrar un modo de exposición nuevo, más concreto que el de los manuales clásicos, más directo, que da del acto médico, a la vez y en la misma exposición, todos sus aspectos; y en este sentido el libro es un verdadero *Manual de Medicina*. La semiología, la patología general, la terapéutica, la técnica están íntimamente unidas, y su lazo de unión es la clínica.

Como indica su autor en la Advertencia, ha procurado reunir en este libro las cotidianas enseñanzas de la clínica a la cabecera del enfermo, procediendo «de acuerdo con el principiante» al interrogatorio, al examen, adoptando al orden lógico, esto es, topográfico, lo que da a la obra su nota esencialmente clínica.

Por todo ello, creemos que este libro de Semiología será tan útil al estudiante como al médico en ejercicio.

1925.— Un tomo de 788 páginas.

Rústica, 20 ptas. Tela, 23 ptas.

Tratamiento de la Sífilis (Prof. Lyon)  
Se debe tomar en cuenta la edad, el peso, idiosincrasia, tolerancia.

Trat. Precoces o abortivos

Primer Año.

|                 |             |           |               |
|-----------------|-------------|-----------|---------------|
| I serie         | II serie    | III serie | IV serie      |
| dura 2 meses.   | Igual a     | Igual     | Bismuto.      |
| Empover x 0,15  | la anterior |           | dura 2 meses. |
| y ligero x 0,75 |             |           |               |

Preparando hasta

exterior 7 gramos

Bi 2 v 2 semanas

15-20 inyecciones

Reposo 4-6 semanas

Segundo Año.

2-3 series Bi, mo, aceite gris.

Tercer Año.

Observación. Al final reactivación por el método de Millier. 0,30 0,45 0,60

RW - RK - Punción lumbar alta.

Trat. Crónico.

I año. Igual al anterior. Controlar RW y RK después de cada período.

II año. Neo, Bi, y aceite gris en descensos de 2 meses entre las series.

III año. Neo, Bi, aceite gris en descensos de 3 meses entre las series.

IV año. Bi, aceite gris, y doros. Descensos de 4 meses entre cada serie.

V año 2 series Bi y Ng.

VI año En observación. Reacción en Puncim lumbos - RW - RK -.

0.25

0.25

0.25

0.25

0.25

0.0