



ATLAS DE LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL

con inclusión de las afecciones venéreas más importantes,

para uso de Médicos generales y de estudiantes

— POR EL —

Doctor E. Jacobi

Profesor y director de la clínica dermatológica de la Universidad de Friburgo de Brisgovia.

Traducido directamente de la quinta edición afemana por el

Doctor D. Jaime Nonell.

Especialista en enfermedades de la piel y venéreas, Ex-ayudante de las clínicas de la especialidad en Berlín, Hamburgo y París.

161 láminas con 266 grabados en colores y 2 en negro.

TOMO I



1913.

Esta obra es propiedad.
La presente edición se publica debidamente autorizada.

Imprenta LA EDITORA
San Bernardo, 19. - Madrid.

AL SEÑOR CONSEJERO PRIVADO DE MEDICINA

Prof. Dr. ALBERT NEISSER

EN BRESLAU

Muy respetado señor Consejero:

Si me dirijo á usted con el atento ruego de que me permita dedicarle el presente ATLAS, lo que motiva mi petición no es únicamente el sentimiento de cordial reconocimiento de un antiguo ayudante hacia usted, ni tampoco el recuerdo del maestro siempre presto al auxilio y al estímulo durante mi ejercicio profesional en Breslau. La presente obra ha nacido de tal modo bajo su influencia y con su ayuda (sólo gracias á la extraordinaria amabilidad con que ha puesto á mi disposición los tesoros de su preciosa colección de vaciados y ha hecho ejecutar otros nuevos especialmente para mi objeto me ha sido posible publicar la obra con el material que el lector tiene á la vista), que me parecería por completo inaudito no estampar su nombre á la cabeza de todo el libro.

Ya hace mucho tiempo venia preocupándome la idea de utilizar para la enseñanza de nuestra especialidad los nuevos métodos de reproducción fotomecánicos. Pero sólo el procedimiento descubierto recientemente por el Dr. Albert, de Munich (la *citocromía*), permite obtener *imágenes de absoluta fidelidad en el colorido*, á precios relativamente bajos y con *casi completa exclusión de ayuda manual*, valiéndose en especial de la impresión fotográfica en colores. Como por razones técnicas resultaba en principio imposible hacer las reproducciones directamente del natural, hube de recurrir á los vaciados, que, si bien no excluyen del todo la interpretación individual del artista encargado de ejecutarlos, no obstante, se hacen hoy con tal perfección, que (á lo menos para los ojos) son desde luego suficientes para sustituir á los enfermos vivos. Con la mayor liberalidad me habéis permitido, señor Consejero, reproducir cerca de cien vaciados de la colección de Breslau. Además,

la dirección del *Hospital San Luis* (París) me ha permitido reproducir cierto número de los modelos hechos por *Baretta*; los señores profesores *E. Lesser* y *O. Lassar*, de Berlín, y el Dr. *Bayet*, de Bruselas, así como el Dr. *Henning*, de Viena, han tenido conmigo análoga condescendencia. Parte de los vaciados los he hecho por mi mismo; así es como, no ciertamente sin considerables dificultades, he logrado hallar originales para mis láminas. Aprovecho con alegría la ocasión de manifestar en este sitio mi más cordial agradecimiento á todos los señores antes nombrados, á los artistas que han ejecutado los vaciados, señores *Kröner*, de Breslau; *Kolbow* y *Kasten*, de Berlín; *Johnsen*, vaciador de mi clínica, y *Baretta*, de París (1), así como á mis ayudantes, señores doctores *Lehmann* y *Schwab* (este último actualmente en Breslau), que me han ayudado del modo más amable, y finalmente con especialidad muy marcada al Dr. *Albert*, de Munich, que se ha encargado él mismo de la difícil preparación de las reproducciones y la ha llevado á cabo del modo más acabadamente artístico. También tienen perfecto derecho á mi agradecimiento la casa *Meisenbach, Riffarth & C^o*, de Berlín y Munich, por la irreprochable ejecución de los clichés, y *W. Büxenstein*, de Berlín, por los escrupulosos cuidados que ha dedicado á la tirada de las láminas.

Por lo que se refiere á la *elección de las figuras* debo hacer notar que he concedido más importancia á las que reproducen *síndromes morbosos típicos* que á los casos raros é "interesantes," que dominan en la generalidad de las colecciones, pues este ATLAS ha de ser para el médico general como un libro de consulta y ha de facilitar su tarea á los que estudien Dermatología.

Habrá alguien á quien esta nueva obra le parezca un aumento superfluo de los atlas de enfermedades de la piel y venéreas ya existentes en número considerable. Pero yo mismo considero justificada la existencia del presente álbum gráfico, puesto que, á mi modo de ver, por un *precio relativamente económico* y con una *técnica por extremo excelente* constituye un *libro didáctico y de consulta* en cuyo abundante contenido hallará el médico *cuantas afecciones cutáneas puedan importarle*. El que haya sido posible marcarle un precio tan bajo es un servicio no despreciable del editor, el cual no ha evitado ningún sacrificio para favorecer y asegurar el objeto del ATLAS, cual es la propagación de los conocimientos de nuestra especialidad, tan sumamente importante.

Por lo que hace al *texto*, me he impuesto gran concisión, y sólo expongo sobre el *diagnóstico*, el *curso* y el *tratamiento* de las distintas enfermedades lo que me ha parecido absolutamente preciso para la comprensión de las láminas: un atlas no puede sustituir á un tratado de la especialidad correspondiente, sino que

(1) Uno de los vaciados (viruela) se debe á Tramond, de París.

debe facilitar, completar y hacer fructífero el estudio de los excelentes libros ya publicados en gran número.

Me permito, pues, muy respetado señor Consejero, poner esta obra en sus manos y atestiguarle la constante consideración y el agradecimiento de su atento

E. JACOBI

Friburgo de Brisgovia, Enero de 1903.

Querido amigo y compañero.

Declaro á usted sin circunloquio ni reserva de ninguna clase que de corazón acepto su amistosa dedicatoria, y que tal expresión de amigables sentimientos me ha causado sincera alegría. Como todos mis anteriores colaboradores en la Clínica de Breslau, sabe usted que creo que no puede haber verdadera relación con los ayudantes que no conduzca á una amistosa comunión entre jefe y auxiliares, y experimento gran dicha al ver que la gran mayoría de mis auxiliares médicos han quedado ligados á mí por constante amistad.

Ahora bien; el aceptar la dedicatoria de su ATLAS me obliga en cierto modo á facilitar los progresos de este ahijado.

Por desgracia, una vez que he facilitado llegue á publicarse por la cesión de los vaciados de Kröner, en verdad excelentes, no puedo hacer más que recomendarlo á los colegas médicos y estudiantes. Pero me ocurre pensar: cualquiera que eche una ojeada sobre las láminas ha de reconocer su excelencia, pues (prescindiendo del gran *Atlas* de Hebra) no se ha ofrecido todavía al público ningún atlas que contenga *reproducciones del natural mejores ni más fieles, ni que posea tan inmediata eficacia didáctica*. Si llegase á necesitar láminas en colores para un libro cualquiera, emplearía siempre el procedimiento de reproducción que usted ha sido el primero en utilizar para nuestros fines.

Según he oído, en breve plazo se publicarán ediciones en inglés, italiano español y francés, con la colaboración de los compañeros *Pringle, de Amicis y Dubois-Havenith*. Este reconocimiento internacional de la excelencia de su obra me parece ya una demostración convincente de que usted ha querido poner en manos de los que se ocupan en Dermatología algo singularmente bueno. Así pues, ¡buena suerte! ¡Ojalá el gran trabajo que usted se ha tomado tenga como recompensa un triunfo en consonancia con él! Es lo que sinceramente le desea su fiel amigo

Breslau, Enero de 1903.

A. NEISSER.

Prólogo á la quinta edición alemana.

La publicación de la presente quinta edición que presento á mis lectores, á los ocho años próximamente de terminada la primera y tres años después de la cuarta, me proporciona especial satisfacción; me ha sido posible llevar á cabo en ella gran número de mejoras y ampliaciones, que, planeadas hace mucho tiempo, habían tenido siempre que aplazarse por causas ajenas á mi voluntad, y con las cuales creo haber aumentado la utilidad y el valor de la obra para el médico general y el estudiante de Medicina. Ante todo se ha dado cabida á *una serie de grabados destinados á llenar verdaderas lagunas*: me refiero especialmente, entre otros varios, á los que reproducen la *rubéola*, *millaria rubra* y *gangrena diabética*.

Se han eliminado además cierto número de figuras *que ya no satisfacían á mis exigencias*, y se las ha sustituido por reproducciones de buenos vaciados, en su mayor parte confeccionados en mi Clínica: tal ha ocurrido, por ejemplo, con las dedicadas á la *microsporia*, al *kerion Celsi*, al *eczema madidans*, al *lichen planus mucosæ oris* (tomada de un vaciado del departamento del profesor Zinsser, de Colonia, sobre el Rhin), etc.

También he incluido algunas enfermedades que por lo general se consideran como rarezas, pero que seguramente son *más frecuentes de lo que suponen los médicos generales*, así como ciertas dolencias que parecen limitadas á determinadas regiones, como, por ejemplo, la *pelagra* y el *botón de Alepo*, por una parte, y el *hidroa vacciniformis*, la *sporotrichosis* y la *granulosis rubra nasi*, por otra; precisamente esos casos poco frecuentes sólo son diagnosticables teniendo á la mano figuras que reproduzcan fielmente el natural.

También esta vez he permanecido fiel á mi intención de esforzarme en reproducir gráficamente *cuantas más y más diversas formas de una misma enfermedad me ha sido posible*, y además se ha aumentado en especial el número de grabados referentes á la sífilis.

Algunos grabados cuyos clichés se gastaron en la impresión de la edición anterior han sido sustituidos por *reproducciones en tamaño mayor, en su mayoría, circunstancia ventajosa para la apreciación de los detalles más delicados*.

Debo hacer notar como especial excelencia de la nueva edición la manera notable como la casa F. Bruckmann, de Munich, ha procedido á la impresión de las láminas. Como yo mismo he podido juzgar por mi presencia en la imprenta durante repetidos días, dada la gran dificultad que supone emplear clichés antiguos y ya algo usados al lado de otros completamente nuevos, á los trabajos esforzados é incansables de los señores que han intervenido en la impresión debe agradecerse el resultado obtenido, que no sólo iguala al de las anteriores ediciones, sino que lo supera. No hago otra cosa que cumplir un grato deber al dar mis más expresivas gracias á los señores que han secundado con la mejor voluntad todas mis excitaciones. Apenas hay para qué citar especialmente los abundantes clichés nuevos hechos por la misma casa y que satisfacen las mayores exigencias.

Finalmente, la deferencia de mi editor me ha permitido distribuir los grabados en un número de láminas mayor, con lo cual se ha conseguido, en primer lugar, que las distintas figuras destaquen mejor, y, por otra parte, que hayan podido ordenarse de un modo más apropiado.

Como las veces anteriores, doy ésta las más cordiales gracias á los muchos compañeros y amigos que me han ayudado poniendo á mi disposición sus vaciados del modo más amable, y en primer lugar al señor consejero *Neisser*, de Breslau, y también al Dr. *de Beurmann*, de París, que me ha autorizado para tomar dos láminas de la *Ikzograpkia dermatologica*, al profesor *Merk*, de Innsbruck, al profesor *Touton*, de Wisbaden, y al profesor *Zinsser*, de Colonia sobre el Rhin.

También á los vaciadores, en especial á los señores *Baretta*, de París, *Kröner*, de Breslau y *Vogelbacher*, de mi Clínica, les expreso mi agradecimiento por los nuevos vaciados, que en su mayoría proceden de los talleres del últimamente citado.

El texto se ha sometido á una nueva y minuciosa revisión; algunos capítulos se han modificado por completo, y, en correspondencia con las figuras nuevamente incluídas, se han aumentado los correspondientes á cierto número de enfermedades.

Queda así presentada á mis lectores la nueva edición, por cuya espléndida y acertada presentación soy deudor á mi editor del mayor reconocimiento; al mismo tiempo se publicarán nuevas ediciones en inglés, francés, italiano, ruso y español.

¡Ojalá conserve la obra en su forma actual sus antiguos amigos y añada á ellos otros nuevos!

PROFESOR E. JACOBI.

Friburgo de Brisgovia, Otoño de 1912.

Índice de materias.

| AFECCIONES CUTÁNEAS | Lámina. | Figura. | Página del texto. |
|--|---------|---------|-------------------|
| <i>Achroma vitiligo</i> , véase Vitiligo. | | | |
| Acné queloidiano, véase <i>Dermatitis papillaris capillitii</i> . | | | |
| Acné de los fabricantes de cloro | LXXXIII | 138 | 114 |
| Acné brómico, véase Toxicodermia provocada por el bromo. | | | |
| Acné yódico | LXXXIII | 137 | 114 |
| Acné necrótico (varioliforme) | LXXXVI | 126 | 105 |
| Acné rosáceo | LXXXVII | 127 | 107 |
| Acné varioliforme de Bazin, véase <i>Mollusca contagiosa</i> . | | | |
| Acné vulgar (acné simple, ó juvenil, ó punteado), Comedones (de la cara) | LXXV | 123 | 101 |
| Acné vulgar, comedones (de la espalda) | LXXV | 124 | 101 |
| Acrodermitis atrofiante, véase Atrofia cutánea idiopática. | | | |
| Actinomicosis de la piel | LXXIV | 122 | 100 |
| Adenoma sebáceo (de Pringle) | XCIII | 153 | 130 |
| Alopecia areata, véase Pelada. | | | |
| Angiomas seniles, véase Verrugas seniles. | | | |
| Antrax (pústula maligna) | LXXIV | 121 | 99 |
| Aftas | LIX | 98 | 73 |
| <i>Area Celsi</i> , véase Pelada. | | | |
| Ateroma múltiple (quistes sebáceos) | XCIX | 164 | 143 |
| Atrofia cutánea idiopática (adquirida) | LXXXVII | 144 | 121 |
| Atrofioderma pigmentada, véase Xeroderma pigmentado. | | | |
| Cancroide, véase <i>Ulcus rodens</i> . | | | |
| Carbunco verdadero, véase Antrax. | | | |
| Carcinoma, véase <i>Ulcus rodens</i> . | | | |
| Carcinoma epitelial cicatrizante | CIII | 170 | 149 |
| Carcinoma de la lengua | CIV | 171 | 151 |
| Carcinoma del pene | CIV | 172 | 151 |
| Cavernomas seniles, véase Verrugas seniles. | | | |
| Cloasma | XC | 148 | 128 |
| Cloracné, véase Acné de los fabricantes de cloro. | | | |
| Circinaria, véase Eczema seborreico esternal. | | | |
| <i>Ctreclus migrans lingue</i> , véase Glositis exfoliatriz marginada. | | | |
| Comedones, véase Acné vulgar (de la cara). | | | |
| Condiloma subcutáneo, véase <i>Mollusca contagiosa</i> . | | | |

| | Lámina. | Figura. | Página del texto. |
|---|---------|---------|-------------------|
| Condilomas acuminados, véase Papilomas. | | | |
| Condilomatosis penfigoide maligna, véase Pénfigo vegetante de Neumann. | | | |
| <i>Creeping disease</i> , véase <i>Myasis linearis</i> . | | | |
| Costra láctea, véase Eczema crónico infantil. | | | |
| Dermatitis contusiforme, véase Eritema nudoso. | | | |
| Dermatitis herpetiforme (de Duhring)..... | XIII | 20 | 14 |
| Dermatitis liquenoide pruriginosa, véase Liquen crónico simple (de Vidal). | XII | 19 | 13 |
| <i>Dermatitis papillaris capillitii</i> , véase Acné queloidiano..... | LXXVIII | 129 | 109 |
| Dermatomicosis favosa, véase Favus. | | | |
| Dermatomioma múltiple..... | XCVI | 158 | 137 |
| Discromia gingival saturnina..... | LX | 100 | 76 |
| <i>Dysidrosis (Cheiropompholix)</i> | VII | 13 | 8 |
| Ectima gangrenoso..... | CXVIII | 193 | 171 |
| Eczema agudo con pigmentación..... | CIX | 178 | 159 |
| Eczemas artificiales, véase Eczemas profesionales. | | | |
| Eczema crónico infantil (costra láctea)..... | CXV | 189 | 161 |
| Eczema crónico escamoso (con afección ungueal)..... | CXIII | 185 | 159 |
| Eczema crónico córneo de las palmas de las manos..... | CXIII | 186 | 162 |
| Eczema córneo de las plantas de los pies..... | CXIV | 187 | 162 |
| Eczema costroso de la axila..... | CXIV | 188 | 162 |
| Eczema costroso de las mamas..... | CXI | 182 | 159 |
| Eczemas profesionales..... | CXI | 181 | 163 |
| Eczema figurado (flanelar), véase Eczema seborreico esternal. | CXII | 184 | 160 |
| Eczema folicular (ó en placas)..... | CXII | 184 | 160 |
| Eczema húmedo (rojo). <i>Eczema madidans (rubrum)</i> | CIX | 179 | 163 |
| Eczema micótico, véase Eczema seborreico de Unna. | CX | 180 | 169 |
| Eczema orbicular de la boca..... | CX | 180 | 169 |
| Eczema del pezón, véase Enfermedad de Paget. | CXII | 183 | 161 |
| Eczema psoriasiforme, véase Eczema seborreico esternal. | | | |
| Eczema rojo (<i>rubrum</i>), véase Eczema húmedo (<i>madidans</i>). | | | |
| Eczema seborreico de Unna..... | CXV | 190 | 164 |
| Eczema seborreico esternal (psoriasiforme)..... | CXVI | 191 | 163 |
| Elefantiasis consecutiva, véase Lupus vulgar (escleroso). | | | |
| Elefantiasis de los griegos, véase Lepra tuberculosa. | | | |
| Elefantiasis del pene y del escroto..... | LXXXIX | 146 | 125 |
| Epitelioma, véase Carcinoma epitelial cicatrizante. | | | |
| Epitelioma, véase <i>Ulcus rodens</i> . | | | |
| Epitelioma contagioso, véase <i>Mollusca contagiosa</i> . | | | |
| Erisipela..... | LXXIII | 120 | 97 |
| Eritema centrifugo, véase Lupus eritematoso. | | | |
| Eritema exudativo multiforme (eritema iris del dorso de las manos). | I | 2 | 1 |
| Eritema exudativo multiforme (eritema iris de las palmas de las manos)..... | I | 1 | 1 |
| Eritema exudativo multiforme (papuloso)..... | II | 3 | 1 |
| Eritema exudativo multiforme (vesiculoso)..... | II | 4 | 1 |
| <i>Erythema induratum scrophulosorum</i> , de Bazin..... | XXXII | 52 | 40 |

| | Lámina. | Figura. | Página del texto. | |
|--|----------|---------|-------------------|----|
| Eritema iris, véase Eritema multiforme. | | | | |
| Eritema nudoso (contusiforme)..... | III | 5 | 3 | |
| Eritema papuloso descamativo, véase <i>Pityriasis rosea</i> . | | | | |
| Eritema tóxico, véase Toxicodermias. | | | | |
| Eritrasma..... | XLVIII | 77 | 59 | |
| Escarlatina..... | LXXII | 118 | 95 | |
| Escarlatinosa, lengua..... | LXXII | 119 | 95 | |
| Esclerodermia (en bandas)..... | LXXXVI | 141 | 119 | |
| Esclerodermia (en placas)..... | LXXXVI | 142 | 119 | |
| Esclerodermia difusa..... | LXXXVII | 143 | 119 | |
| Escleroma nasal, véase Rinoescleroma. | | | | |
| Escrófuloderma..... | XXXIII | 53 | 41 | |
| Esporotricosis (de de Beurmann)..... | { | XXXVIII | 62 | 47 |
| | | XXXVIII | 63 | 47 |
| | | XXXIX | 65 | 47 |
| Esporotricosis epidérmica (de de Beurmann)..... | | 64 | 47 | |
| Esporotricosis verrugosa (de de Beurmann)..... | XXXIX | 64 | 47 | |
| Estomatitis aftosa, véase Aftas. | | | | |
| Estomatitis fibrinosa maculosa, véase Aftas. | | | | |
| Estomatitis mercurial..... | LX | 99 | 75 | |
| Estrías cutáneas por distensión..... | LXXXVIII | 145 | 123 | |
| Estrófulo, véase Urticaria crónica infantil. | | | | |
| Escoriaciones crónicas de la lengua, véase Glositis exfoliatriz marginada. | | | | |
| Favus escutular y herpético (<i>favus scutularis</i>)..... | XLVI | 75 | 55 | |
| Favus escutular..... | XLVI | 74 | 55 | |
| Fiebre escarlatinosa, véase Escarlatina. | | | | |
| <i>Fibromata mollusca</i> | XCVI | 157 | 137 | |
| <i>Folliclis</i> , véase Tuberculídes. | | | | |
| Foliculitis de la barba (sicosis simple)..... | LXXVI | 125 | 103 | |
| Gangrena diabética..... | XIX | 28 | 23 | |
| Glositis exfoliatriz marginada..... | LVIII | 95 | 69 | |
| Gomas escrófulosos, véase Lupus vulgar. | | | | |
| Granuloma fungoide, véase Micosis fungoide. | | | | |
| Gránulosis roja nasal (<i>granulosis rubra nasi</i>)..... | LXXVII | 130 | 145 | |
| <i>Gutta rosea</i> , véase Acné rosáceo. | | | | |
| Herpes circinado, véase Eritema exudativo multiforme vesiculoso. | | | | |
| Herpes febril, véase Herpes labial. | | | | |
| Herpes iris, véase Eritema multiforme..... | | | | |
| Herpes labial..... | V | 10 | 5 | |
| Herpes penfigoide, véase Dermatitis herpetiforme de Duhring. | | | | |
| Herpes genital..... | V | 9 | 5 | |
| Herpes genital (del pene)..... | IV | 8 | 5 | |
| Herpes tonsurante, véase Tricoficia. | | | | |
| Herpes tonsurante, véase <i>Pityriasis rosea</i> . | | | | |
| Herpes zoster ó zona..... | IV | 11 | 7 | |
| Herpes zoster gangrenoso..... | VII | 12 | 47 | |
| Hydroa pruriginoso, véase Dermatitis herpetiforme de Duhring. | | | | |
| Hydroa vacciniiforme..... | XIV | 21 | 43 | |
| Hydroa vesiculoso, véase Eritema multiforme vesiculoso. | | | | |
| Hiponomoderma, véase <i>Myasis linearis</i> . | | | | |

| | Lámina. | Figura. | Página del texto. |
|---|--|---------|-------------------|
| Ictiosis congénita..... | LXI | 101 | 77 |
| Ictiosis simple y serpentina..... | LXII | 103 | 80 |
| <i>Ichthyosis hystrix</i> | LXIII | 104 | 80 |
| Impétigo contagioso..... | CXVII | 192 | 169 |
| Kerion Celsi, véase Tricoficia profunda. | | | |
| Lengua geográfica, véase Glositis exfoliatrix marginada. | | | |
| Lengua plegada, véase Lengua escrotal. | | | |
| Lengua escrotal..... | LIX | 97 | 73 |
| Lepra anestésica..... | XXXVI | 59 | 44 |
| Lepra tuberculosa..... | XXXV | 57 | 43 |
| Lepra tuberculosa de la cara..... | XXXV | 57 | 43 |
| Lepra tuberculosa (mal perforante plantar)..... | XXXVII | 60 | 44 |
| Lepra tuberculosa de las manos..... | XXXIV | 55 | 43 |
| Lepra tuberculosa psoriasiforme..... | XXXIV | 56 | 43 |
| Lepra de Willan, véase <i>Psoriasis gyrata</i> . | | | |
| Leucemia cutánea..... | CV | 173 | 153 |
| Leucopatía adquirida, véase Vitiligo. | | | |
| Leucoplasia de la lengua..... | LVIII | 96 | 71 |
| <i>Lichen pilaris</i> | LXI | 102 | 79 |
| Liquen anular serpiginoso. | | | |
| Liquen circinado | } véase Eczema seborreico esternal. | | |
| Liquen circunscrito de Willan | | | |
| Liquen circular (<i>lichen gyratus</i>) | | | |
| Liquen córneo, véase Liquen plano verrugoso. | | | |
| Liquen plano..... | LIV | 88 | 69 |
| Liquen plano anular..... | LVI | 91 | 69 |
| Liquen plano atrófico..... | LIV | 89 | 65 |
| Liquen plano de la mucosa bucal..... | LVI | 92 | 66 |
| Liquen plano verrugoso..... | LV | 90 | 65 |
| Liquen de los escrofulosos (<i>lichen scrophulosorum</i>)..... | XXXII | 41 | 39 |
| Liquen crónico simple (de Vidal)..... | LVII | 93 | 67 |
| Liquen urticado, véase Urticaria crónica infantil. | | | |
| Liodermia esencial con atrofia y telangiectasia, véase <i>Xeroderma pigmentosum</i> . | | | |
| <i>Lupus chilblain</i> , véase Lupus pernio. | | | |
| <i>Lupus engelure</i> , véase Lupus pernio. | | | |
| Lupus eritematoso (de las orejas)..... | XXI | 31 | 27 |
| Lupus eritematoso (de la cabeza)..... | XXII | 33 | 27 |
| Lupus eritematoso (de la cara)..... | XXI | 30 | 27 |
| Lupus eritematoso (de las manos)..... | XXII | 32 | 27 |
| Lupus eritematoso diseminado (de la cara)..... | XXIII | 34 | 27 |
| Lupus pernio (asfíctico)..... | XXIII | 35 | 29 |
| Lupus vulgar exfoliativo; <i>cornu cutaneum</i> | XXV | 39 | 32 |
| Lupus facial vulgar; epiteloma..... | XXVI | 40 | 33 |
| Lupus facial vulgar; lesión gravísima..... | XXVI | 41 | 32 |
| Lupus vulgar hipertrófico..... | XXIX | 45 | 31 |
| Lupus vulgar incipiente (maculoso)..... | XXIV | 36 | 31 |
| Lupus vulgar maculoso..... | XXV | 38 | 31 |
| Lupus vulgar (de las manos)..... | XXIX | 46 | 32 |
| Lupus vulgar de la mucosa de la boca..... | XXX | 47 | 32 |

| | Lámina. | Figura. | Página del texto. |
|---|---------|---------|-------------------|
| Lupus vulgar; mutilación | XXVIII | 44 | 32 |
| Lupus vulgar escleroso; elefantiasis consecutiva..... | XXVIII | 43 | 32 |
| Lupus vulgar serpiginoso..... | XXVII | 42 | 32 |
| Lupus vulgar verrugoso..... | XXIV | 37 | 31 |
| Linfangitis tuberculosa, véase Escrofuloderma. | | | |
| Mal perforante plantar, véase Lepra tuberculosa. | | | |
| Manchas azuladas (<i>macule cerulee</i>), úlcera ó chancro blando eleva- do; bubón inguinal..... | CXXII | 200 | 178 |
| Melanodermia por pediculosis de los vestidos..... | CXXII | 199 | 177 |
| Melanodermia lenticular progresiva, véase Xeroderma pigmentado. | | | |
| Melanodermia uterina, véase Cloasma. | | | |
| Microsporia, véase Tricoficia capilar. | | | |
| Miliar roja (<i>miliaria rubra</i> ó sudamina)..... | VIII | 14 | 9 |
| <i>Mollusca contagiosa</i> | XCVII | 159 | 139 |
| <i>Morbilli</i> , véase Sarampión. | | | |
| <i>Morbus Darier</i> (enfermedad de Darier, psorospormosis folicular ve- getante)..... | LXIV | 105 | 81 |
| <i>Morbus Paget</i> (enfermedad de Paget)..... | CI | 167 | 147 |
| <i>Morbus Raynaud</i> (enfermedad de Raynaud)..... | XVIII | 27 | 21 |
| Morphœa, véase Esclerodermia. | | | |
| Micosis fungoide..... | CVII | 175 | 155 |
| Micosis fungoide, período eczematoso ó premicósico..... | CIV | 174 | 155 |
| Micosis tonsurante, véase Tricoficia. | | | |
| Miasis lineal (<i>myiasis linearis</i>)..... | CXXIII | 201 | 179 |
| Nevus linear ó neuropático, unilateral ó zoniforme..... | XCII | 151 | 130 |
| Nevus papilomatoso ó verrugoso..... | XCI | 149 | 129 |
| Nevus pigmentado; sarcoma..... | XCIII | 152 | 129 |
| Nevus telangiectoide, angiomatoso, flameante (<i>flammeus</i>) ó vas- cular..... | XCII | 150 | 129 |
| Neurodermitis crónica circunscrita, véase Liquen crónico simple. | | | |
| Neurofibromas, véase <i>Fibromata mollusca</i> . | | | |
| Onicauxis, véase Onicogriposis. | | | |
| Onixis psoriásico (<i>onychia psoriasica</i>), véase Psoriasis ungueal vulgar. | | | |
| Onixis eczematoso (<i>onychia eczematosa</i>), véase Eczema crónico escamoso..... | | | |
| Onicogriposis..... | CXXIII | 202 | 179 |
| Onicomiosis tricofitina, véase Tricoficia de las uñas ó ungueal. | | | |
| Papilomas (condilomas acuminados)..... | XCV | 156 | 134 |
| Papiloma maligno, véanse Carcinomas lingual y del pene. | | | |
| Pediculosis de la cabeza; eczema impetiginoso..... | CXXI | 197 | 177 |
| Pediculosis de los vestidos (<i>vestimentorum</i>)..... | CXXI | 198 | 177 |
| Pelada (alopecia areata)..... | CXXIV | 203 | 181 |
| Pelagra..... | LXXXIV | 139 | 117 |
| | LXXXV | 140 | 117 |
| Peliosis, véase Púrpura hemorrágica. | | | |
| Pénfigo agudo, véase Impétigo contagioso. | | | |
| Pénfigo foliáceo..... | XI | 17 | 11 |
| Pénfigo de los recién nacidos (pénfigo agudo contagioso de los recién nacidos)..... | XII | 18 | 13 |

| | Lámina. | Figura. | Página del texto. |
|--|---------|---------|-------------------|
| Pénfigo vegetante de Neumann..... | X | 16 | 12 |
| Pénfigo vulgar (crónico)..... | XI | 15 | 11 |
| <i>Perniones</i> (véase Sabañones). | | | |
| Pitiriasis lingual, véase Glositis exfoliatrix marginada. | | | |
| <i>Pityriasis rosea</i> (maculosa y circinada, ó roja aguda diseminada; <i>rubra acuta diseminata</i>)..... | XLVIII | 78 | 59 |
| Pitiriasis roja pilosa de Devergie (<i>pityriasis rubra pilaris Devergie</i>)..... | LVII | 94 | 67 |
| <i>Pityriasis versicolor</i> | XLVII | 76 | 57 |
| Pórrigo decalvante, véase <i>Alopecia areata</i> . | | | |
| Pórrigo favoso, véase Favus. | | | |
| Prúrigo (de los brazos)..... | LXV | 106 | 83 |
| Prúrigo (de los muslos)..... | LXV | 107 | 83 |
| <i>Psoriasis vulgaris guttata et ostracea</i> | XLIX | 79 | 61 |
| <i>Psoriasis lingualis</i> , véase Leucoplasia lingual. | | | |
| Psoriasis vulgar de la cabeza..... | LI | 82 | 61 |
| Psoriasis vulgar difuso y nummular..... | XLIX | 80 | 62 |
| <i>Psoriasis gyrata y sepiginosa</i> | L | 81 | 61 |
| Psoriasis vulgar rupioide..... | LII | 85 | 62 |
| Psoriasis vulgar de la palma de la mano..... | LIII | 86 | 61 |
| Psoriasis vulgar ungueal..... | LI | 83 | 62 |
| Psoriasis vulgar (del pene)..... | LII | 84 | 62 |
| | LIII | 87 | 61 |
| Púrpura hemorrágica..... | III | 6 | 3 |
| | IV | 7 | 4 |
| Pústula maligna, véase Antrax. | | | |
| Queloide..... | XCVII | 160 | 140 |
| Queiroponfolis, véase Disidrosis. | | | |
| Queratosis pilosa, véase <i>Lichen pilaris</i> . | | | |
| Quistes epidermoideos, véase Ateroma múltiple. | | | |
| Quistes sebáceos, véase Ateroma múltiple. | | | |
| Rinofima..... | LXXVII | 128 | 107 |
| Rinoescleroma..... | XXXVII | 61 | 45 |
| <i>Rosacea</i> , véase Acné rosáceo. | | | |
| Roséola escamosa, véase <i>Pityriasis rosea</i> . | | | |
| Rubéola (roséola)..... | LXXI | 117 | 93 |
| Sabañones (perniones)..... | XVIII | 26 | 21 |
| Sarampión (<i>morbilli</i>)..... | LXX | 116 | 91 |
| Sarampión (cara en el)..... | LXX | 115 | 91 |
| Sarna de las manos (<i>scabies manus</i>)..... | CXIX | 194 | 173 |
| Sarna del pene (<i>scabies penis</i>)..... | CXX | 196 | 174 |
| Sarna pustulosa..... | CXX | 195 | 173 |
| Sarcoma idiopático múltiple hemorrágico ó pigmentoso..... | CVII | 176 | 157 |
| Sarcoma cutáneo..... | CVIII | 177 | 157 |
| Seborrea circunscrita de Duhring, véase Eczema seborreico esternal. | | | |
| Seborrea congestiva, véase Lupus eritematoso. | | | |
| Sicosis parasitaria, véase Tricoficia profunda de la barba. | | | |
| Sicosis vulgar simple ó no parasitaria, véase Foliculitis de la barba. | | | |
| Sicosis simple, no parasitaria ó cócogena, véase Foliculitis de la barba. | | | |

| | Lámina. | Figura. | Página del texto. |
|--|---------|---------|-------------------|
| Tina favosa (<i>tinea favosa</i>), véase Favus. | | | |
| Tina pelada (<i>tinea pellada</i>), véase Alopecia areata. | | | |
| Tina tricofítica, véase Tricoficia capilar (<i>trichophytia capillitii</i>). | | | |
| Toxicodermia por ingestión de antipirina..... | LXXXI | 133 | 113 |
| Toxicodermia por ingestión de arsénico (hiperqueratosis)..... | LXXXI | 134 | 114 |
| Toxicodermia por ingestión de bálsamo de copaiba..... | LXXXIX | 131 | 114 |
| Toxicodermia por ingestión de bromo..... | LXXXII | 135 | 114 |
| Toxicodermia por ingestión de yodo, véase Acné yódico. | | | |
| Toxicodermia mercurial..... | LXXX | 132 | 113 |
| Tricoficia anular (<i>trichophytia annularis-iris</i>)..... | XLI | 67 | 51 |
| Tricoficia capilar (microsporia)..... | XLV | 73 | 51 |
| Tricoficia capilar profunda (Kerion Celsi)..... | XLIII | 71 | 52 |
| Tricoficia profunda de la barba (sicosis parasitaria)..... | XLII | 70 | 52 |
| Tricoficia profunda..... | XLI | 68 | 52 |
| Tricoficia profunda de la nuca..... | XLIV | 72 | 52 |
| Tricoficia ungueal..... | XLII | 69 | 52 |
| Tubercúlides..... | XXXIII | 54 | 41 |
| Tubérculo anatómico, véase Verruga necrogénica. | | | |
| Tuberculosis cutánea verrugosa, véase Lupus verrugoso. | | | |
| Tuberculosis lingual..... | XXXI | 49 | 37 |
| Tuberculosis miliar ulcerosa, véase Tuberculosis nasal (y lingual). | | | |
| Tuberculosis milio-papulosa confluyente, véase Liquen de los escrofulosos. | | | |
| Tuberculosis de la nariz..... | XXXI | 50 | 37 |
| Tuberculosis verrugosa cutánea, véase Lupus vulgar verrugoso. | | | |
| Úlcera producida por los rayos Röntgen..... | XX | 29 | 25 |
| Úlcera tropical endémica (Leishmaniosis ulcerosa cutánea)..... | XL | 66 | 49 |
| | CII | 168 | 149 |
| <i>Ulcus rodens</i> | CII | 169 | 149 |
| <i>Ulcus rodens</i> , véase Carcinoma epitelial cicatrizante. | | | |
| <i>Ulerythema centrifugum</i> , véase Lupus eritematoso. | | | |
| Urticaria..... | XV | 22 | 17 |
| Urticaria crónica infantil (<i>strophulus</i>)..... | XVII | 25 | 17 |
| Urticaria pigmentada..... | XVI | 24 | 18 |
| Urticaria roja (<i>rubra</i>)..... | XVI | 23 | 17 |
| Vacuna generalizada, véase Vacuna. | | | |
| Vacuna (<i>vaccinia</i>) en el cuerpo..... | LXVI | 108 | 85 |
| Vacuna (en el pene)..... | LXVI | 109 | 85 |
| Varicela (<i>varicellæ</i>) en el adulto..... | LXVII | 110 | 87 |
| Varicela en el niño..... | LXVIII | 113 | 87 |
| Viruela..... | LXVIII | 112 | 88 |
| Viruela discreta..... | LXVII | 111 | 88 |
| Verruga necrogénica..... | XXX | 48 | 36 |
| Verrugas gonorreicas, véase Papilomas. | | | |
| Verrugas seborreicas, véase Verrugas seniles. | | | |
| Verrugas, cavernomas seniles..... | XCIV | 154 | 130 |
| Verrugas vulgares..... | XCIV | 155 | 133 |
| Vitiligo..... | XC | 147 | 127 |
| Vitiligoide, véase Xantoma. | | | |
| Xantoma palpebral..... | XCIX | 163 | 141 |

| | Lámina. | Figura. | Página del texto. |
|---|---------|---------|-------------------|
| Xantoma plano de la palma de las manos..... | XCVIII | 162 | 141 |
| Xantoma tuberoso múltiple..... | XCVIII | 161 | 141 |
| Xeroderma pigmentado..... | C | 166 | 145 |

AFECCIONES VENÉREAS

| | | | |
|---|---------|-----|-----|
| Alopecia sifilitica..... | CXXIV | 204 | 187 |
| Bubón, véase Ulcera blanda. | | | |
| Caries sifilitica de los huesos del cráneo..... | CLIII | 254 | 189 |
| Cicatrices del paladar blando consecutivas á ulceraciones sifiliticas.. | CLIII | 253 | 190 |
| Condilomas planos, véase sifilide papulosa. | | | |
| Chancro sifilitico en el surco del glande..... | CXXV | 205 | 183 |
| Chancros sifiliticos (<i>scleroses syphilitice</i>)..... | CXXVI | 207 | 183 |
| Chancro sifilitico del prepucio..... | CXXV | 206 | 183 |
| Chancro sifilitico del dedo..... | CXXVIII | 212 | 183 |
| Chancro sifilitico y edema indurativo en un niño..... | CXXVII | 210 | 183 |
| Chancro sifilitico de los grandes labios..... | CXXVII | 209 | 183 |
| Chancro sifilitico del labio superior..... | CXXVIII | 211 | 183 |
| Chancro sifilitico lingual..... | CXXIX | 213 | 183 |
| Chancro sifilitico fagedénico..... | CXXVI | 208 | 183 |
| Chancro sifilitico de la amígdala..... | CXXX | 215 | 183 |
| Chancro redux, véase Sífilis gomosa del glande. | | | |
| Chancro venéreo y bubón (<i>ulcera mollis</i>)..... | CLXI | 267 | 199 |
| Chancro venéreo vulvar..... | CLX | 265 | 199 |
| Chancro venéreo digital..... | CLIX | 264 | 199 |
| Chancro venéreo gangrenoso..... | CLXI | 268 | 199 |
| Chancro venéreo del meato..... | CLIX | 263 | 199 |
| Chancro venéreo fagedénico..... | CLX | 266 | 199 |
| Dientes de Hutchinson, véase Sífilis hereditaria de los dientes. | | | |
| Exantema maculoso, véase Sifilide maculosa. | | | |
| Exantema pápulo-escamoso, véase Sifilide pápulo-escamosa. | | | |
| Exantema papuloso lenticular, véase Sifilide papulosa lenticular. | | | |
| Exantema papuloso orbicular, véase Sifilide papulosa orbicular. | | | |
| Exantema pustuloso, véase Sifilide papulo-pustulosa. | | | |
| Leucoderma sifilitico..... | CXLIV | 237 | 187 |
| Liquen sifilitico, véase Sifilide liquenoide. | | | |
| Perionixis sifilitica (<i>paronychia syphilitica</i>)..... | CXLIV | 236 | 187 |
| Pénfigo sifilitico, véase Sifilide hereditaria vesiculosa de las palmas de las manos. | | | |
| Pénfigo sifilitico, véase Sífilis hereditaria. | | | |
| Placas opalinas, véase Sifilide papulosa de la lengua. | | | |
| Placas opalinas, véase Sifilide papulosa de la mucosa bucal. | | | |
| Psoriasis sifilitica, véase Sifilide pápulo-escamosa. | | | |
| Roséola sifilitica, véase Sifilide maculosa. | | | |
| Roséola recidivante, véase Sifilide maculosa recidivante. | | | |
| Rupia sifilitica, véase Sífilis maligna. | | | |
| Sifilide anular ó circinada, véase Sifilide papulosa-orbicular. | | | |
| Sifilide circinaria..... | CXLII | 234 | 186 |
| Sifilide corimbiforme..... | CXLIII | 235 | 186 |

| | Lámina. | Figura. | Página del texto. |
|---|----------|---------|-------------------|
| Sifilide framboesiforme | CXLV | 239 | 190 |
| Sifilide liquenoide, véase Sifilide milio-papulosa | | | |
| Sifilide maculosa confluyente; leucoderma..... | CXXXIII | 218 | 185 |
| Sifilide maculosa (roséola)..... | CXXXI | 216 | 185 |
| Sifilide maculosa folicular..... | CXXXIV | 219 | 185 |
| Sifilide maculosa recidivante..... | CXXXII | 217 | 185 |
| Sifilide milio-papulosa (liquenoide)..... | CXLII | 233 | 186 |
| Sifilide pápulo-pustulosa..... | CXXXIX | 228 | 187 |
| | CXL | 229 | 187 |
| Sifilide papulosa..... | CXXXVII | 225 | 186 |
| Sifilide papulosa anular..... | CXXXIV | 220 | 186 |
| Sifilide papulosa (condilomas planos del ano y el escroto, <i>condylo-</i> <i>mata lata</i>)..... | CXXXVIII | 226 | 186 |
| Sifilide papulosa (condilomas planos de la vulva)..... | CXXXIX | 227 | 186 |
| Sifilide papulosa lenticular..... | CXXXV | 221 | 185 |
| Sifilide papulosa lingual..... | CXXXVI | 224 | 188 |
| Sifilide papulosa de la mucosa y comisura labial..... | CXXXVI | 223 | 188 |
| Sifilide papulosa de la mucosa bucal (placas opalinas)..... | CXXXV | 222 | 186 |
| Sifilide papulosa orbicular..... | CXLI | 231 | 185 |
| | CXL | 230 | 185 |
| Sifilide pápulo-escamosa..... | CXLI | 232 | 185 |
| | | | |
| Sifilide psoriasisiforme, véase Sifilide pápulo-escamosa. | | | |
| Sifilide terciaria de la palma de la mano..... | CXLVIII | 245 | 189 |
| Sifilide tubero-serpiginosa..... | CXLVIII | 244 | 189 |
| | CXLIX | 246 | 189 |
| Sifilide ulcerosa del paladar duro..... | CLII | 252 | 190 |
| Sifilide ulcerosa del paladar blando..... | CLII | 251 | 190 |
| Sifilide úlcero-serpiginosa..... | CXLIX | 247 | 189 |
| | CL | 248 | 189 |
| Sifilis gomosa..... | CXLVI | 240 | 188 |
| Sifilis gomosa de los dedos..... | CLI | 250 | 189 |
| Sifilis gomosa del glande..... | CXLVI | 241 | 184 |
| Sifilis gomosa de la lengua..... | CXLVII | 242 | 189 |
| Sifilis gomosa lingual difusa..... | CLI | 249 | 189 |
| Sifilis gomosa nasal..... | CXLVII | 243 | 189 |
| Sifilis hereditaria de los huesos de la nariz..... | CLVII | 260 | 192 |
| Sifilis hereditaria ampullosa (pénfigo sifilítico)..... | CLVI | 258 | 192 |
| | CLVI | 259 | 192 |
| Sifilis hereditaria de los dientes (Hutchinson)..... | CLVII | 261 | 192 |
| Sifilis hereditaria; sifilide papulosa del ano y el escroto..... | CLIV | 255 | 192 |
| Sifilis hereditaria; sifilide papulosa de la cara..... | CLV | 256 | 192 |
| Sifilis hereditaria; sifilide papulosa vulvar..... | CLV | 257 | 192 |
| Sifilis hereditaria tardía..... | CLVIII | 262 | 192 |
| Sifilis maligna (<i>rupia sifilítica</i>)..... | CXLV | 238 | 190 |
| <i>Ulcera mollis</i> , véase Chancro venéreo. | | | |

Erythema exsudativum multiforme.

Eritema exudativo multiforme.

Láminas 1 y 2.

El eritema multiforme constituye una afección de la piel que generalmente aparece con un síndrome como de infección general (sobre todo en primavera y en otoño) en la cual en el trascurso de algunos días se forman máculas, pápulas ó vesículas y flictenas que recaen en sitios predilectos, especialmente en el dorso de las manos y de los pies, en las caras de extensión de los antebrazos y piernas, y á menudo aparecen también en la cara y en otros sitios del cuerpo, siendo más raro que sean afectadas las palmas de las manos y las plantas de los pies, cosa que ocurre cuando se trata de erupciones intensas. Se distinguen los siguientes tipos ó variedades: eritema maculoso, papuloso (fig. 3), anular, ó giroide en caso de involución central (figuras 1 y 2), y vesiculoso (fig. 4). No se conoce el agente causal.

La coloración de los bordes, generalmente infiltrados, es roja, y se torna amortada á medida que se aproxima al centro de los elementos (que ordinariamente está deprimido), y sobre todo cuando la erupción es antigua.

El cuadro morbozo es muy variado, puesto que unos junto á otros pueden coexistir los distintos grados de la exudación. Si hay pápulas anulares ó vesículas dispuestas concéntricamente, la afección se denomina *erythema iris*, y también, aunque con menos propiedad, "herpes iris,,.

En su ulterior evolución las pápulas pierden relieve y palidecen sin descamarse, las vesículas se secan, y, caso de que no sobrevengan nuevos brotes, termina el proceso en algunas semanas. No es raro observar que participen de la dolencia

Figuras 1 y 2. Vaciados procedentes de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner).

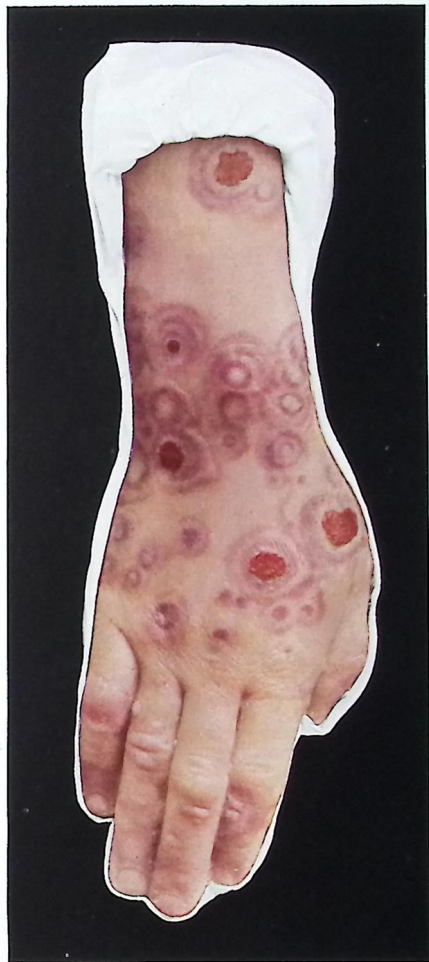
Fig. 3. Vaciado procedente de la Clínica de Breslau (Kröner).

Fig. 4. Idem. Erupción vesiculosa recidivante en una sastra de 25 años: fiebre alta, manifestaciones articulares.

cia las articulaciones: sin embargo, en realidad no deben atribuirse al eritema las complicaciones por parte de las vísceras. Por el contrario, se da el caso de que en afecciones internas, sobre todo infecciosas agudas y crónicas, se desarrollen eritemas de índole tóxica, los cuales, no obstante, no pueden identificarse con el verdadero eritema multiforme.

El **diagnóstico** puede hacerse sin dificultad en los casos típicos por el carácter agudo, las manifestaciones de índole general, la falta de síntomas subjetivos (exceptuando el ligero ardor) y la curación sin descamación. Las sifilides de tipo análogo tienen otro color, y además, por lo general se localizan en la flexura de las articulaciones; los eczemas producen picor y exudación; las erupciones de urticaria parecidas son mucho más fugaces; la tricoficia, que también puede afectar la disposición concéntrica, ocasiona descamación y picor, y es difícil observarla con localización tan típica. El **pronóstico** es francamente benigno.

Tratamiento.—Dada la casi seguridad de que se trata de una enfermedad infecciosa, y como quiera que á menudo coexisten simultáneamente afecciones articulares, se acostumbra dar salicilato sódico á la dosis de 2 á 4 gramos diarios, ó bien administrar preparados sucedáneos. También se emplean con favorable resultado las inyecciones de suero de personas sanas, así como la sangría seguida de una inyección intravenosa de suero fisiológico. Localmente podría recomendarse en los casos de ardor intenso la aplicación de fomentos empapados en la solución de subacetato de alúmina al 1 por 100, y cuando se formen vesículas, las compresas con alcohol.



No. 1. 2. Erythema multiforme.



No. 3. 4. Erythema multiforme.

Erythema nodosum.

Eritema nudoso.

Lámina, 3. Figura 5.

Con fiebre alta, y á menudo con dolores articulares y artritis, á veces asociados con el eritema exudativo multiforme, pero en general aisladamente, aparecen, sobre todo en la cara anterior de las piernas, y más rara vez en otros sitios del cuerpo, nódulos de tamaño que varía entre el de una avellana y el de una nuez, que al pronto dan la impresión de una equimosis (eritema contusiforme), y que desaparecen en 2 ó 3 semanas. La enfermedad es con toda probabilidad de naturaleza infecciosa. La coloración de los nódulos es al principio roja viva, y gradualmente va pasando por todos los matices á que dan lugar las transformaciones de la hematina antes de ser reabsorbida. Á veces se complica el proceso con afecciones internas, en especial endocarditis, y también con hemorragias de las mucosas.

El **diagnóstico** se hará fácilmente por la localización y el color de los elementos morbosos, pues es indudable la dificultad de observar contusiones en tan gran número y dispuestas de tal modo, y, además, las contusiones no estarían solas, sino acompañadas por erosiones. Los gomas múltiples se desarrollan con lentitud, tienen otro color y tienden á la destrucción; el eritema indurado de Bazin, que tiene análoga localización, constituye un proceso eminentemente crónico.

El **pronóstico** es favorable en casos exentos de complicación, y será reservado cuando haya complicación endocardítica.

El **tratamiento** consistirá en reposo en cama y administración de preparados salicílicos.

Purpura hæmorrhagica.

Púrpura hemorrágica.

Lámina 3, Figura 6; Lámina 4, Figura 7.

Designamos con el nombre de "púrpura," á afecciones probablemente de naturaleza infecciosa en las cuales se observa como síntoma predominante hemorra-

Fig. 5. Vaciado procedente de la Clínica de Lesser, en Berlin (Kolbow). Mujer de 36 años, sin manifestaciones artríticas; se había tratado sin guardar cama.

Fig. 6. Vaciado procedente de la Clínica de Kaposi, en Viena (Dr. Henning). Abundantes hemorragias intra y subcutáneas, coloración icterica de la piel.

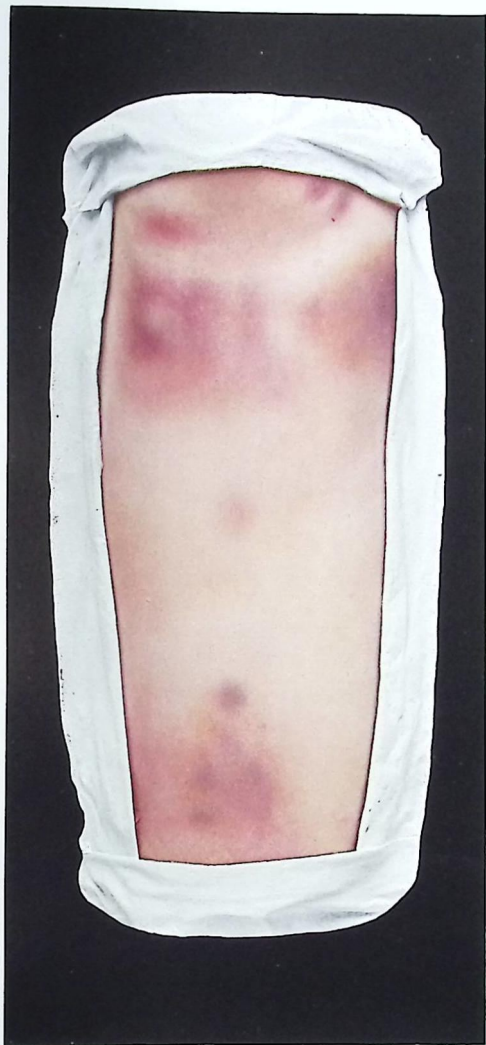
Fig. 7. Vaciado procedente de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner).

gias cutáneas de varia extensión, petequias, equimosis, vibices, etc. Las primeras son del tamaño de un guisante y las últimas tienen forma de estrias, en tanto que las equimosis y sugilaciones constituyen hemorragias en chapa ó placa, caracterizadas porque con la presión digital ú oprimiéndolas con un vidrio no desaparece la coloración rojo-pálida ó rojo-azulada que les es propia. Encima de alguna de esas hemorragias puede elevarse la epidermis en forma de ampollas (fig. 7). Las extremidades inferiores son asiento más frecuente de abundantes hemorragias, pequeñas y grandes, que recaen en personas jóvenes que por lo general padecen dolores reumáticos, sobre todo en las rodillas, y que con el carácter de confluencia y acompañadas de elevación térmica suelen aparecer en primavera y en otoño, dándoseles el nombre de "púrpura ó peliosis reumática,.". Por brotes sucesivos va aumentando á menudo el número de las hemorragias de modo extraordinario, hasta que trascurridas varias semanas hace alto la enfermedad y se reabsorbe gradualmente la sangre extravasada, con la variación de colores ya conocida.

Ciertas formas de púrpura que discrepan del síndrome descrito, como la enfermedad de Werlhoff (*morbus maculosus werlhoffii*) y el escorbuto, afecciones en que por lo general están interesadas las vísceras y las mucosas, así como las erupciones semejantes á la púrpura que se observan en ciertas diátesis, como, por ejemplo, la diabetes, constituyen afecciones graves, en tanto que la simple púrpura reumática es una afección desde luego insignificante.

El **diagnóstico** es fácil de hacer por el conjunto de los síntomas descritos, y el **pronóstico**, favorable en caso de peliosis reumática pura.

Aparte del reposo en cama y la elevación de las extremidades afectas, el **tratamiento** consistirá principalmente en la administración de medicamentos hemostáticos, como son ergotina, percloruro de hierro y, teniendo en cuenta la probable indole infecciosa, el salicilato sódico á la dosis de 2 á 4 gramos al día.



No. 5. Erythema nodosum.



No. 6. Purpura haemorrhagica.

Herpes pro-



No. 8. Herpes proies.

Purpura ha-



No. 7. Purpura haemorrhagica.

Herpes simplex (labialis, progenitalis).

Herpes simple (labial, genital).

Lámina 4, Figura 8; Lámina 5.

Entre las verdaderas afecciones herpéticas, es decir, entre las dermatosis benignas caracterizadas por la aparición en forma aguda de vesículas agrupadas sobre un fondo normal ó ligeramente inflamatorio y que no alcanzan otros grados de desarrollo, sino que, por el contrario, sufren metamorfosis regresivas, la más frecuente es el llamado *herpes simple* (figuras 8 y 9). En primer término, á raíz de afecciones febriles agudas, ó bien sin relación con ellas, aparecen, generalmente en los labios, en su mucosa y bordes y en la nariz, uno ó varios grupos de vesículas que contienen serosidad trasparente, se desecan al cabo de corto tiempo y curan sin dejar cicatriz. En segundo lugar sobrevienen tales erupciones en los órganos genitales masculinos, en el prepucio y en el glande, y en la mujer, en la vulva y en el clitoris. Por efecto de infección secundaria ó por lesiones mecánicas pueden producirse profundas destrucciones, que tardan bastante en curar. Es notable que se produzcan recidivas con extraordinaria frecuencia y que el padecimiento anterior de chancros duros predisponga para el del herpes, tanto del genital como de los de otra localización. En algún caso no parece improbable que se trate de un contagio directo. Por regla general faltan los síntomas subjetivos, con excepción de ligero ardor ó picor.

El **diagnóstico** del herpes labial carece de dificultades; en el de los órganos genitales no siempre es posible hacerlo de primera intención, sobre todo cuando las lesiones provocadas por el herpes han sido mal tratadas. Hay que tener en cuenta que cauterizaciones enérgicas y repetidas con nitrato de plata pueden provocar una induración de tipo chancroso. También es difícil la distinción con el chancro venéreo ó el sifilítico cuando ha ocurrido una infección secundaria. En tales casos por regla general serán decisivos para el diagnóstico el curso clínico

Fig. 8. Vaciado procedente del Hospital San Luis, en París (Baretta), núm. 1.923. Fournier.
Figuras 9 y 10. Vaciados procedentes de la Clínica dermatológica de Friburgo (Vogelbacher).

y el hallazgo ó la falta del *spirochete pallida*, ó, más tarde, la reacción de Wassermann.

El **tratamiento** ha de consistir ante todo en evitar la infección secundaria y procurar la rápida desecación de las vesículas, lo cual se consigue empleando polvos inertes, pomadas y pastas indiferentes ó, mejor aún, fomentos con alcohol de 90 á 95 por 100, al cual se añade 1 por 100 de ácido fénico ó resorcina, ó $\frac{1}{4}$ por 100 de timol ó de ácido salicílico.



No. 10. Herpes labialis.



No. 9. Herpes proenitalis.



Herpes zoster. Herpes zona.

Zona herpético.

Lámina 6, Figura 11; Lámina 7, Figura 12.

El herpes zoster (*herpes zona, ignis sacer*), afección que sobreviene con el síndrome de una enfermedad infecciosa aguda y cuyo agente causal se desconoce, se caracteriza por el brote de vesículas dispuestas en grupos sobre fondo inflamatorio, y que en su distribución corresponden al territorio cutáneo inervado por un nervio ó un plexo nervioso (fig. 11). En esta afección, casi siempre unilateral, las eflorescencias aparecen por lo general con acompañamiento de manifestaciones neurálgicas é infarto de los ganglios linfáticos próximos, hallándose todas las vesículas correspondientes á un grupo en el mismo estado de desarrollo, mientras los distintos grupos pueden aparecer súbitamente ó de un modo sucesivo. El número de grupos de vesículas, así como el de éstas, varía en grandes proporciones, y también ocurre lo mismo con sus dimensiones: unas veces sólo se ven pocos grupos de pápulas, en tanto que otras hay ampollas hasta del tamaño de una cereza. En la evolución ulterior las vesículas se desecan y curan sin dejar cicatrices. En una porción de casos las vesículas tienen una base ó fondo hemorrágico ó gangrenoso (fig. 12): entonces quedan cicatrices persistentes, agrupadas, muy características, y en parte rodeadas de una aureola pigmentada.

El herpes zona sobreviene en primavera y en otoño, como otras enfermedades infecciosas, y, como éstas, suele conferir inmunidad para el resto de la vida. La enfermedad puede localizarse en el territorio cutáneo de distribución del trigémino y en el de todos los nervios espinales ó plexos nerviosos. En los casos en que el herpes zoster ha coincidido con la muerte ocurrida por afecciones intercurrentes ha podido demostrarse por lo general la enfermedad del ganglio espinal correspondiente: sin embargo, también hay zonas de índole tóxica, en particular consecutivos al uso del arsénico y á las intoxicaciones por el óxido de carbono, así como los hay causados por afección del nervio mismo. Son además susceptibles de provocar el herpes zoster las afecciones de los órganos nerviosos centrales, del cerebro y de la medula; pero siempre ha de buscarse la lesión primaria en el sistema nervioso. Las anastómosis nerviosas explican fácilmente que esta enfermedad pueda rebasar la línea media del cuerpo é invadir territorios nerviosos próximos.

El herpes zoster se **diagnostica** sin dificultad por su carácter unilateral, por

Fig. 11. Vaciado procedente de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner).

Fig. 12. Vaciado procedente de la Clínica de Lesser, en Berlín (Kolbow).

los grupos típicos de vesículas y por las neuralgias que le acompañan. El **pronóstico** es decididamente favorable, y sólo se hará con cierta reserva por lo que á la neuralgia concomitante se refiere (1).

El **tratamiento** deber consistir al principio en preparados salicilicos, pues debe tenerse en cuenta la posibilidad de un origen infeccioso; la neuralgia concomitante se tratará con quinina, fenacetina, antipirina y medicamentos parecidos, ó por la diatermia. Como tratamiento local lo más recomendable son los fomentos humedecidos en alcohol, con los cuales la curación suele sobrevenir rápidamente; en caso de gangrena extensa habrán de emplearse fomentos calientes con soluciones de subacetato de alúmina ó nitrato de plata.

Dysidrosis (Cheiropompholyx).

Lámina 7, Figura 13.

En verano, en personas que sudan mucho, sobreviene con frecuencia después de esfuerzos corporales una erupción de pequeñas vesículas, de contenido claro y que al principio están situadas en la profundidad del epidermis, las cuales se localizan por lo general en las inmediaciones de los conductos excretores de las glándulas sudoríparas y no tienen carácter flogístico de ninguna especie, ó, todo lo más, se observa á su alrededor una ligera aréola inflamatoria. Aparecen sobre todo estas vesículas en las partes laterales de los dedos, de las manos y de los pies, y en sus palmas y plantas respectivamente; más rara vez, en la cara dorsal de dichas extremidades. Sobre todo en las palmas de las manos y en las plantas de los pies no es raro que se produzcan ampollas (fig. 13) hasta del tamaño de un garbanzo, y aun mayores, cuyo contenido se enturbia gradualmente; en el curso ulterior de la afección, se desecan las vesículas, y sobreviene la curación del proceso, en extremo pruriginoso, con abundante descamación. Á veces se observa que la enfermedad se trasforma en eczema, y también se ven infecciones secundarias, linfangitis, etc.; pero sólo cuando hay grandes ampollas. El **diagnóstico** puede hacerse desde el principio fácilmente si se tiene en cuenta la localización y la falta de síntomas inflamatorios. El **tratamiento** consigue poco favorables resultados: se combatirá en primer lugar la hiperhidrosis, y, por otra parte, el prurito. Son útiles las pincelaciones con breá disuelta en alcohol, solución carbónica detergente (2) y con tintura de benjuí ó resorcina; pero las recidivas se producen con gran regularidad.

Fig. 13. Vaciado procedente de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner).

(1) No obstante, el traductor ha visto algún caso de herpes zoster en que se interesó la córnea, corriendo gravísimo riesgo la integridad visual.—(N. del T.).

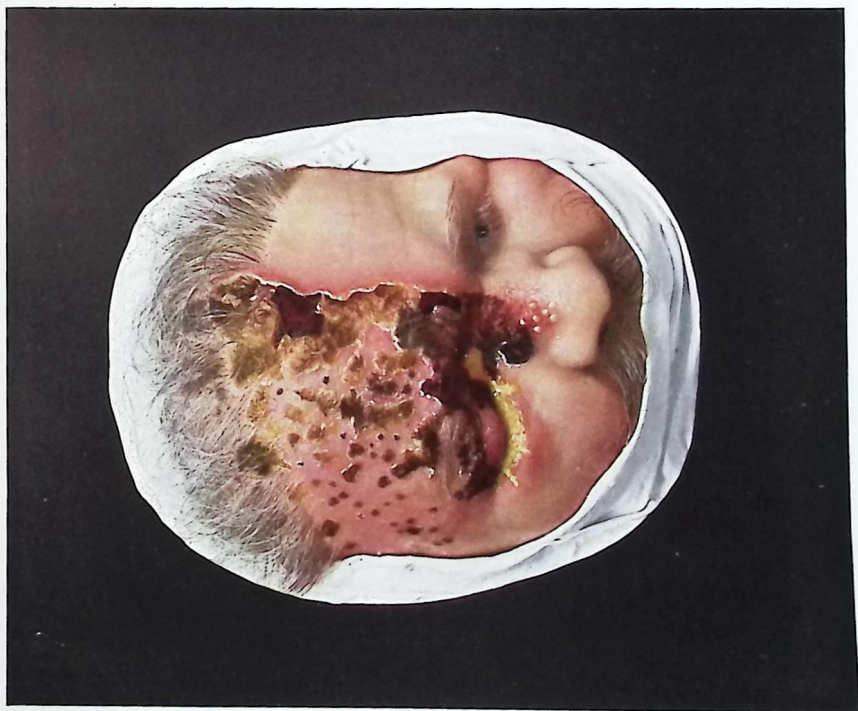
(2) Solución carbónica detergente. *Liquor carbonis detergens*, de la farmacopea alemana: Se prepara por digestión de breá de hulla en tintura de quilaya.—(N. del T.).



No. 11. Herpes zoster.



No. 13. Dysidrosis.



No. 12. Herpes zoster gangraenosus.

Miliaria rubra (Sudamina).

Lámina 8, Figura 14.

Efecto de grandes crisis de sudor, particularmente en verano ó en caso de afecciones febriles, se produce, sobre todo en las flexuras de las extremidades y en el tronco, una erupción de pequeñas pápulas, que á lo sumo alcanzan el tamaño de granos de mijo, las cuales en el vértice están ocupadas por una vesícula de contenido límpido: *miliaria rubra* ó *sudamina*. Cuando por inmigración celular el contenido vesicular adquiere coloración blanquecina y turbia, se origina lo que se conoce con el nombre de *miliaria alba* (ó blanca, para distinguirla de la *rubra* ó roja). Esta afección, que va acompañada de fuerte picor, que asienta muy superficialmente, y cuya relación de dependencia con las glándulas sudoríparas no todos admiten, suele curar en pocos días, á menos que por rascado, ó persistiendo lá acción irritante del sudor, se convierta en eczema, del cual debe distinguirse la afección primitiva eczematosa. Aún no está demostrado con seguridad si la variedad de estafilococos que se encuentran en las lesiones anatómicas de la sudamina pueden considerarse como causantes de la enfermedad actuando sobre una epidermis macerada por el sudor.

El **diagnóstico** de la miliaria rubra no es difícil teniendo presente lo típico del cuadro morbosos, su rápido descenso y el hecho de ir precedida de grandes sudores. El **pronóstico** es francamente favorable.

El **tratamiento** debe perseguir la eliminación del sudor irritante por medio de lociones con soluciones indiferentes (de cloruro de sodio, soluciones de ácido bórico al 3 por 100, de resorcina al 1 por 100, etc.); aún mejor actúan los lavados con alcohol de 90 por 100, al cual se añade 1 por 100 de resorcina ó ictiol, ó $\frac{1}{4}$ por 100 de timol. Después se consigue en pocos días la curación espolvoreando las partes enfermas con polvos inertes.

Fig. 14. Vaciado procedente de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner).



No. 14. Miliaria rubra (Sudamina).



Pemphigus.

Pénfigo.

Láminas 9, 10 y 11.

Se designa con el nombre de "pénfigo," una grave dermatosis de etiología desconocida, en la cual se observan erupciones ampollas, acompañadas de fiebre, y cuyo curso suele ser crónico: en el verdadero pénfigo no incluimos ni el pénfigo de los recién nacidos (*pemphigus neonatorum*) ni la dermatitis herpetiforme de Duhring. Por regla general se admiten dos formas de *pénfigo vulgar* (ó *crónico*), una benigna y maligna otra, las cuales, sin embargo, no pueden separarse estrictamente, toda vez que la segunda puede proceder de la primera. En ambas aparecen por brotes ampollas de distintas dimensiones sin localización especial (fig. 15), las cuales contienen serosidad clara y aparecen sobre una piel normal, con elevación térmica concomitante ó sin ella: alguna vez precede un eritema á la verdadera erupción de ampollas. Más rara vez es hemorrágico el contenido de las flictenas.

Por regla general el curso del pénfigo es muy crónico, y después de curado un brote puede haber intervalos de meses, y aun de años hasta el siguiente. Además del tegumento externo también las mucosas pueden ser asiento de un proceso análogo, sin que nunca lleguen las ampollas á desarrollarse por completo, sino que la epidermis levantada permanece adherida afectando el aspecto de una falsa membrana blancuzca y circunscrita; por lo demás, las mucosas sólo suelen afectarse en casos muy graves que terminan por la muerte.

En el grupo de los pénfigos ocupan un lugar especial el *pénfigo foliáceo* (*pemphigus foliaceus*) y el *vegetante* (*pemphigus vegetans Neumanni*). Otras variedades, como el *pénfigo circinado* (*pemphigus circinatus*) y el *pruriginoso* (*pemphigus pruriginosus*), que va acompañado de fuerte picor, corresponden al pénfigo vulgar. El *pénfigo foliáceo* y el *vegetante* casi siempre son mortales: en el primero (fig. 17) las ampollas son en extremo flácidas, y su contenido es turbio. Muchas veces no hay formación de ampollas, sino que la epidermis se desprende en gran extensión y se forman así abundantes colgajos epidérmicos. La epidermis no se regenera normalmente, de modo que levantando las grandes escamas queda al descubierto el cuerpo reticular de Malpighio, que produce exudación, ó bien, aun en el caso de que aparentemente haya habido cutificación, basta la lesión más insignificante para que queden al descubierto las capas cutáneas profundas.

Fig. 15. Vaciado procedente de la Clínica dermatológica de Friburgo (Vogelbacher); pénfigo maligno vulgar que condujo á la muerte en pocos días.

Fig. 17. Vaciado procedente de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner).

La afección que nos ocupa va acompañada de fuerte prurito y grave alteración del estado general, hasta que al cabo de algún tiempo sucumbe el enfermo. Por regla general en el *pénfigo vegetante* se forman primero ampollas, y una vez rotas éstas aparecen proliferaciones condilomatosas, en particular en las superficies cutáneas que se rozan con otras, en los órganos genitales y en sus inmediaciones (fig. 16), en las axilas y debajo de las mamas, sin que después sobrevenga una cutificación normal, sino que el exudado fibrinoso adherente, y que despidе muy mal olor, se acumula en las partes afectas. También el *pénfigo vegetante*, en el cual están igualmente interesadas las mucosas, siempre es mortal, y á veces el fatal desenlace llega después de interrumpirse el curso del proceso por largos intervalos de reposo.

El **diagnóstico** del *pénfigo vulgar* no es difícil en casos típicos, cuando sólo aparecen erupciones de ampollas. Caso de haber eritemas prodrómicos, debe excluirse el eritema polimorfo atendiendo á la localización y al curso evolutivo. En la dermatitis herpetiforme además de flictenas hay siempre pápulas, habones de urticaria ó eritemas. También se tendrán en cuenta el curso benigno y los síntomas por parte del sistema nervioso. El *pénfigo vegetante* puede confundirse muy fácilmente en sus comienzos con sífilis: en tal caso será decisiva para el diagnóstico la falta de otras manifestaciones luéticas, la evolución y el hallazgo del *spirochete pallida*, la reacción de Wassermann y el resultado negativo, y aun el efecto contraproducente del tratamiento específico. El diagnóstico del *pénfigo foliáceo* es á menudo difícil en sus comienzos, sobre todo cuando se trata de diferenciarle de la *pityriasis rubra*: en tal caso nos servirán en primer término como signos diferenciales el fondo exudativo del *pénfigo foliáceo* y la producción de ampollas flácidas que no hay en la *pityriasis rubra*.

El **pronóstico** será reservado en el *pénfigo vulgar*, puesto que al principio resulta difícil diferenciar la forma benigna de la maligna. Por eso seremos circunspectos respecto del pronóstico siempre que el diagnóstico haya sido bien hecho.

No se conoce **tratamiento** del *pénfigo* que pueda merecer confianza: hay que limitarse á aliviar á los enfermos del prurito, á veces horrible, así como de los grandes dolores que se producen al quitar las ropas ó apósitos que se adhieren directamente sobre el cuerpo reticular de Malpighio, que está al descubierto, y esto se consigue con pomadas, polvos ó baños, y mejor, en casos de gran extensión, con el baño permanente. Al interior se recomiendan el arsénico, la quinina, la estricnina y la antipirina; pero su eficacia es más que dudosa.

Fig. 16. Vaciado procedente de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner).



No. 15. Pemphigus vulgaris.



No. 16. Pemphigus vegetans.





No. 17. Pemphigus foliaceus.

Pemphigus neonatorum.

Pénfigo de los recién nacidos.

Lámina 12, Figura 18.

El pénfigo de los recién nacidos es una enfermedad infecciosa que casi siempre se observa epidémicamente y ataca de preferencia á los niños recién nacidos, más rara vez á los ya algo mayores. En ella, con fiebre ó sin elevación térmica, se forman, en parte sobre piel normal y en parte sobre un fondo enrojecido, ampollas y vesículas cuya cubierta suele romperse pronto, de modo que el cuerpo reticular de Malpighio queda al descubierto (fig. 18). En el curso ulterior pueden aparecer nuevos brotes, ó bien curarse la afección en corto tiempo después de un brote único. Pueden sobrevenir complicaciones, efecto de infecciones secundarias. Se desconoce la **etiología**, y la localización de las ampollas no tiene nada de típico.

Para hacer el **diagnóstico diferencial** hay que excluir sobre todo el pénfigo sifilítico de los recién nacidos, lo que se hará atendiendo á que el último se localiza en las palmas de las manos y en las plantas de los pies, y á la falta de otras manifestaciones sifilíticas; también podrá recurrirse á la reacción de Wassermann.

El **pronóstico** es en general favorable, pero también se da el caso de epidemias graves.

El **tratamiento** consistirá en la aplicación de polvos para proteger las ampollas y en fomentos para evitar la infección secundaria, así como también en baños con adición de sustancias antisépticas.

Dermatitis herpetiformis (Duhring).

Dermitis herpetiforme de Duhring.

Lámina 12, Figura 19; Lámina 13.

La dermatitis herpetiforme, descrita exactamente por Duhring, que la ha caracterizado de un modo perfecto, se distingue en primer lugar por la variedad de las

Fig. 18. Vaciado procedente de la Clínica de Lesser, en Berlin (Kolbow).

eflorescencias. En efecto; junto á ampollas de urticaria, eritemas y pápulas (fig. 20) se observan sobre todo ampollas de variado tamaño (fig. 19), y simultáneamente hay manifestaciones nerviosas y prurito de extraordinaria intensidad. El proceso puede quedar estacionario en cualquier período del desarrollo, y también pueden aparecer ampollas de un modo inmediato. Efecto del prurito, que provoca rasgado, y por infecciones consecutivas (fig. 20) aumenta todavía más el polimorfismo. Por regla general sobrevienen brotes frecuentes, y el proceso se prolonga durante mucho tiempo; pero sin duda de ninguna especie debe considerarse esta enfermedad como benigna, al contrario de lo que ocurre con el pénfigo, y á pesar de que los enfermos se desmejoran grandemente por efecto de las molestias que acarrea y de los frecuentes brotes sucesivos.

La **etiología** se desconoce; pero muchos admiten como causa una neurosis. Por regla general el **diagnóstico** sólo puede hacerse después de prolongada observación, y gracias al polimorfismo, al intenso prurito, á los brotes sucesivos y á la benignidad del curso.

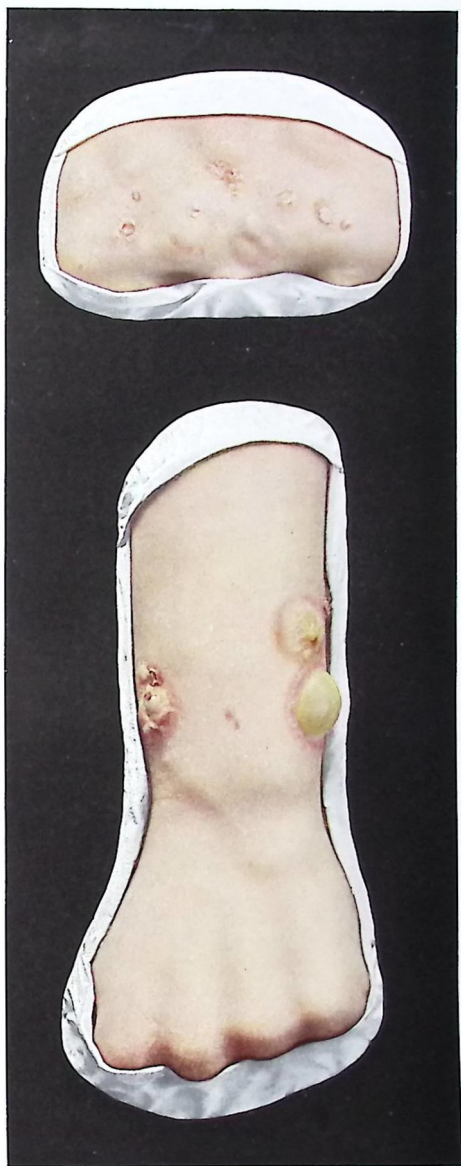
El **tratamiento** tiene que ser puramente sintomático, combatiendo en primer término las manifestaciones nerviosas y atenuando las molestias locales por medio de calmantes, baños, y acaso por apósitos humedecidos en medicamentos antipruriginosos. Á menudo son útiles los lavatorios con alcohol, los baños sulfurosos y los preparados de brea, y á veces también la administración del arsénico y de la estricnina. Como tratamiento nuevo que con frecuencia va seguido de éxito favorable citaremos la inyección intravenosa de suero fisiológico, precedida de sangría, ó la de pequeñas cantidades de suero sanguíneo desfibrinado procedente de individuos sanos.

Fig. 19. Vaciado procedente del Hospital San Luis, en: Paris (Baretta). Núm. 1.352. Tenneson.

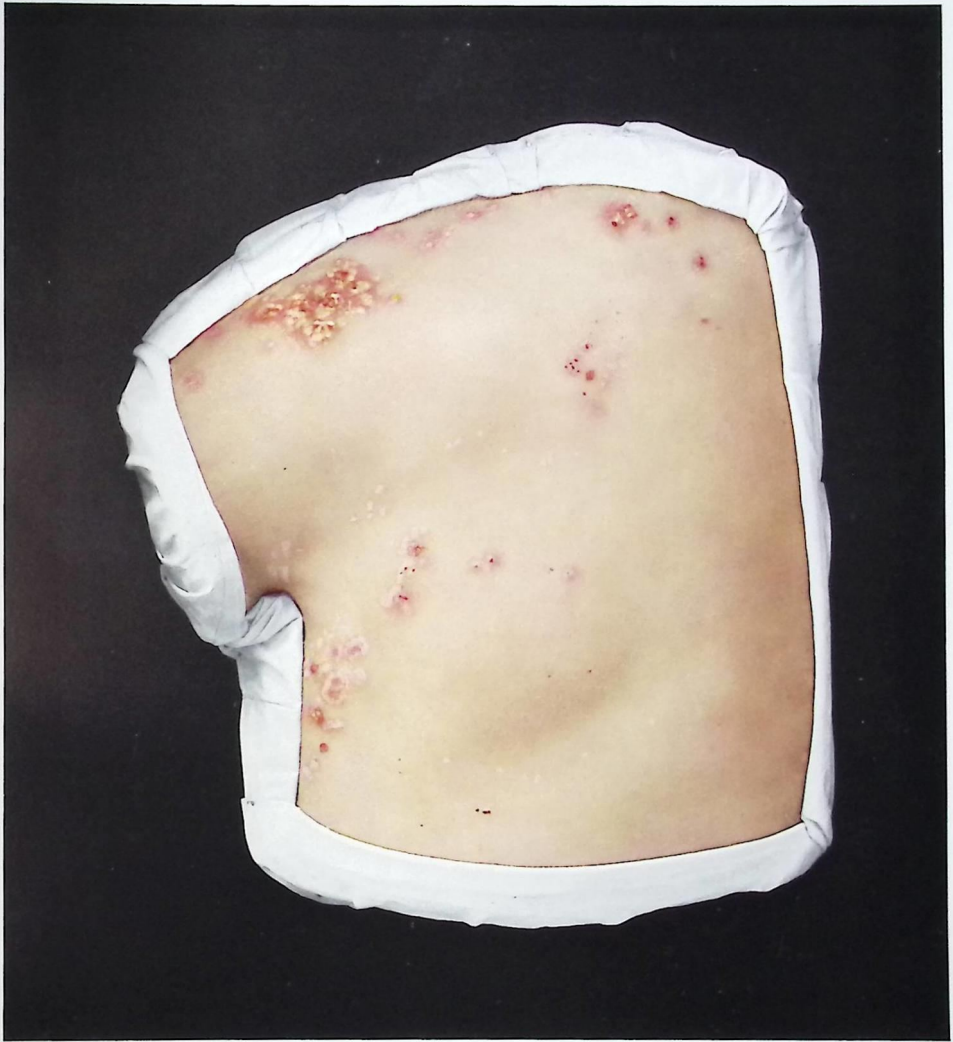
Fig. 20. Vaciado procedente de la Clínica dermatológica de Friburgo (Vogelbacher).



No. 18. Pemphigus neonatorum.



No. 19. Dermatitis herpetiformis (Dühring).



No. 20. Dermatitis herpetiformis (Duhring).

Hidroa vacciniforme.

Lámina 14.

Sobre todo en primavera y en personas jóvenes, á causa de una hipersensibilidad especial de la piel para los rayos químicos activos de la luz solar, se producen en las partes cutáneas habitualmente descubiertas, en particular en el dorso de las manos y en los antebrazos, y también en la cara y en las orejas (fig. 21), nódulos de coloración blanquecina ó amoratada, rodeados de aréola inflamatoria, que por lo general se convierten en ampollas y se desecan pronto, formando costras de color pardo-rojizo ó aún más oscuro. La curación, que puede ocurrir previo un proceso supurativo ó sin él, ocasiona siempre la producción de cicatrices hondas, de bordes bien limitados y de aspecto uniforme, que recuerdan mucho las de la viruela. Como quiera que de ordinario la enfermedad recidiva en primavera y en verano, sobre todo en los individuos que trabajan al aire libre, la piel acaba por tener un aspecto muy original. En efecto; de la pigmentación oscura de la cara y de los antebrazos destacan cicatrices blancas, entre las cuales se encuentran eflorescencias recientes y costras como las antes descritas. Casi nunca hay síntomas generales ni subjetivos; en casos raros se ha observado hematorporfirinuria, y también una vez catarro primaveral conjuntival. Se desconoce la *causa* de la hipersensibilidad cutánea, que también puede observarse respecto de los rayos luminicos de ondulación corta producidos artificialmente. El aumento de sensibilidad cesa de un modo espontáneo á los treinta años.

El **diagnóstico** no suele dar lugar á dificultades por lo muy característico del aspecto que la piel tiene, y se confirma por el dato suministrado por el enfermo de que al comenzar todos los años á trabajar al aire libre sobreviene un nuevo brote. En casos dudosos puede un punto dado de la piel someterse á la luz de una lámpara que emita luz abundante en rayos de ondas cortas como la producida por el aparato de Finsen ó la lámpara de mercurio.

El **pronóstico** es favorable.

Fig. 21. Vaciado procedente de la Clinica dermatológica de Friburgo (Vogelbacher).

Tratamiento.—Consiste sobre todo en eliminar los rayos químicos activos, lo que antes se procuraba conseguir con el uso de velos amarillos, verdes ó rojos, ó pincelando la piel con solución de quinina al 10 por 100. Hoy parece de resultado mucho más seguro la pomada de zeozón ó ultrazeozón, la cual contiene la sustancia activa de la esculina, y, según los experimentos hechos hasta la fecha, merece absoluta confianza en lo referente á impedir el paso hasta la piel de los rayos lumínicos de onda corta.



No. 21. Hydroa vacciniformis.

Urticaria.

Láminas 15, 16 y 17.

La urticaria se caracteriza por la aparición de habones; es decir, elementos poco elevados, muy pruriginosos, de coloración blanca, rojo-clara (fig. 22) y más rara vez rojo-oscura (fig. 23), y aun amoratada, de muy variables dimensiones y que aparecen aislados, en grupos ó confluentes. Con igual rapidez que aparecen pueden desaparecer, sin que por lo general dejen pigmentaciones; por coalescencia de elementos próximos pueden originarse formas serpiginosas. La extensión de piel atacada varía de modo extraordinario; no es raro que la erupción comprenda gran parte de la superficie del cuerpo, bien en un momento dado, bien en brotes sucesivos é inmediatos. Algunas personas tienen una gran predisposición, que puede ser congénita ó consecuencia de dermatosis padecidas antes, para responder con producción de urticaria á cualquier estímulo que actúe sobre el tegumento cutáneo; cualquier arañazo se transforma en habón de forma exacta al rasguño (*urticaria facticia, dermatografismo*).

En los niños aparecen pequeñas pápulas de tipo de urticaria en forma de brotes que se suceden frecuentemente y están mezcladas con verdaderos habones, que á menudo tienen en su superficie una vesícula y costrita hemorrágica (líquen urticado ó estrófulus, fig. 25), afección que debe merecer atención especial, ya que en una porción de casos representa la avanzada de una importante dermatosis, generalmente incurable, cual es el prùrigo.

Asimismo pertenecen á la urticaria los edemas agudos circunscritos, llamados también "urticaria gigante,, que interesan, no sólo la piel, sino además las capas histológicas profundas. Estos edemas aparecen y se borran súbitamente, y constituyen una afección por lo general hereditaria.

Debemos mencionar también la *urticaria pigmentada* (fig. 24) de la infancia,

Fig. 22. Vaciado procedente de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner). Hombre de 30 años que desde hacía 12 meses padecía una urticaria crónica.

Figuras 23 y 25. Vaciados procedentes de la misma Clínica.

Fig. 24. Vaciado procedente de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner). Niño de 2 años que padecía de tetania al mismo tiempo; afección extendida á todo elcuerpo; reflejos cutáneos exaltados; urticaria facticia en todo el tegumento externo.

afección muy rara. En ella los habones, que persisten largo tiempo, dejan intensas pigmentaciones, que á su vez tienen los caracteres del dermatografismo, y por lo general persisten toda la vida.

La urticaria es provocada en primer término por estímulos externos que actúan directamente sobre la piel (picaduras de insectos, ortigas, orugas, etc.), sin que, no obstante, la erupción de urticaria permanezca limitada siempre al sitio primitivamente atacado; en segundo lugar, y éste es el caso más frecuente, en ciertas personas su punto de partida es el tubo gastro-intestinal, y es debida á ciertos alimentos (pescados, crustáceos y frutas, en particular fresas) ó medicamentos. Es corriente que en tal caso coexistan con las alteraciones cutáneas trastornos digestivos, vómitos y diarreas; *urticaria ab ingestis*. Asimismo con frecuencia van acompañadas de urticaria ciertas enfermedades internas, en particular las que dan lugar á alteraciones de la crisis sanguínea (leucemia, diabetes). Igualmente pueden provocar urticaria ciertas afecciones genitales del sexo femenino y algunas alteraciones del tubo digestivo, y en el hombre sobreviene además alguna vez después de sondajes, etc. Las embarazadas sufren á veces *urticaria facticia*, la cual no vuelve á presentarse después de dar á luz. Aparte de las formas enumeradas hay una serie de casos de urticaria crónica en los cuales no es posible hallar causa alguna, y que suelen ser muy rebeldes.

El **diagnóstico** de la urticaria se deducirá del síndrome constituido por los habones típicos y por el prurito. Á veces es muy difícil diferenciar de la urticaria ciertos exantemas medicamentosos.

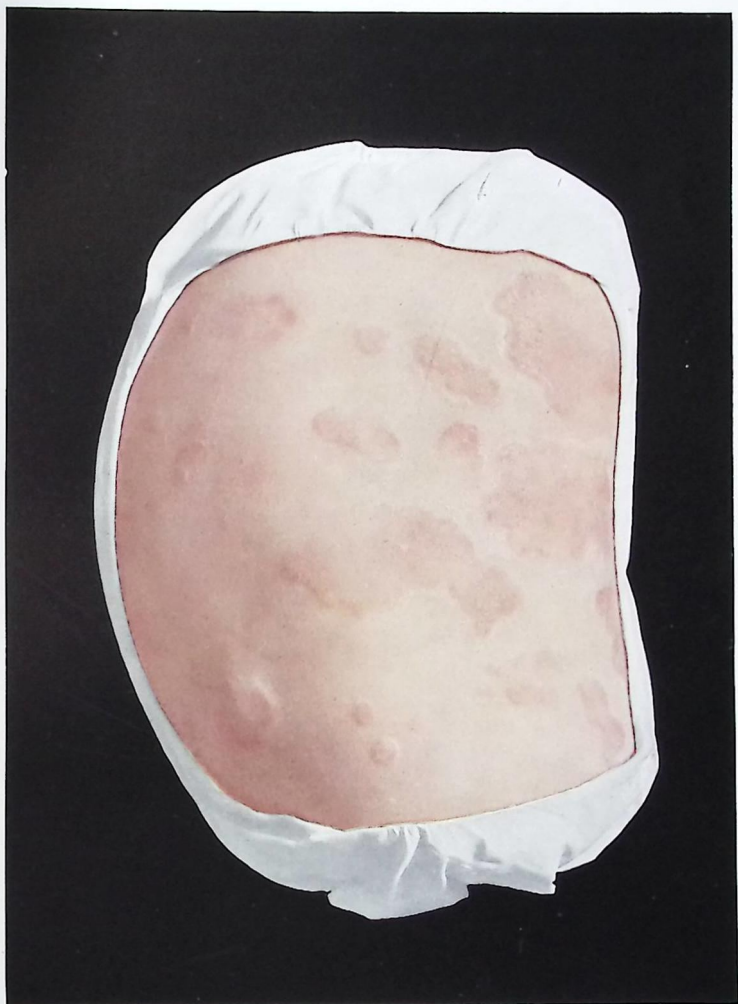
El **pronóstico** será reservado en la urticaria crónica infantil (amenaza de prurigo); por lo demás, en general es favorable, con excepción de las formas crónicas antes citadas, en las cuales el estado general experimenta un perjudicial influjo por efecto del prurito y del insomnio.

El **tratamiento** sólo va seguido de éxito favorable cuando se consigue descubrir la causa de la urticaria; es decir, suprimir los factores etiológicos: en particular debe buscarse la posible relación con trastornos digestivos y afecciones generales. No es raro ver en las mujeres que una urticaria de larga fecha cura después de haberlo hecho un proceso morboso de índole genital. Si no podemos descubrir causa ninguna á que achacar la urticaria, recurriremos á la atropina, al arsénico, á la pilocarpina, á la ergotina, y, si acaso, al clorato potásico ó al mentol. La finalidad del tratamiento en tales casos debe ser calmar el prurito, á veces enorme. Podrán usarse los opiáceos, pero sólo con gran cautela; más bien se recurrirá á los hipnóticos; á veces la antipirina da excelente resultado para combatir el picor. Rerientemente se ha empleado con éxito satisfactorio, á veces incluso sorprendente, la inyección intravenosa de suero fisiológico, precedida de sangría, y también las

inyecciones de suero sanguíneo desfibrinado procedente de sujetos sanos: sin embargo, á pesar de dicho tratamiento hemos observado recidivas con suma frecuencia.

En el tratamiento externo por la balneación ha de tenerse presente que cada enfermo responde de modo muy distinto al calor y al frío: el primero actúa á veces favorablemente administrado en forma de baños ó duchas calientes, en tanto que en muchas otras ocasiones dan mejor resultado las aplicaciones hídricas frías. Además de esto se ensayarán las lociones con alcohol puro ó mentolado, solución carbónica detergente ó solución alcohólica de brea, y también se emplearán el tumenol, el ictiol, el ácido fénico y el bromocol ó eugufom, que en forma de pomadas y en lociones dan buen resultado para calmar el picor. Debe evitarse toda irritación mecánica de la piel, como la ocasionada por el uso de ropa interior áspera.





No. 22. Urticaria.



No. 23. Urticaria rubra.



No. 24. Urticaria pigmentosa.



No. 25. Urticaria chronica infantum (Strophulus).

Perniones.

Sabañones.

Lámina 18, Figura 26.

Con el comienzo de la estación fría, generalmente en individuos jóvenes y anémicos, se producen nódulos rojo-amorados ó tumefacciones de consistencia pastosa, que se localizan de preferencia en las manos y en los pies (fig. 26), más rara vez en la cara y en las orejas, debido todo ello á la acción del frío, á menudo de poca intensidad. Los sabañones provocan fuerte picor, sobre todo al entrar en calor. Lesiones mecánicas insignificantes ocasionan en tales sitios el despegamiento de la epidermis en forma de ampolla repleta de serosidad sanguinolenta, que es el punto de partida de úlceras ligeramente atónicas y difíciles de curar. En la mayoría de los casos es posible comprobar una predisposición hereditaria. Al comenzar la época calurosa del año los sabañones curan espontáneamente; pero siempre son de temer las recidivas.

El **diagnóstico** es bien fácil si se tienen en cuenta la localización y la época en que aparecen al comenzar los fríos. Para el **pronóstico** se tendrá en cuenta la frecuencia de las recidivas.

El **tratamiento** se propondrá en primer lugar combatir la anemia casi siempre existente y endurecer en lo posible la piel. Una vez bien constituidos los sabañones, hay que procurar que cutifiquen las úlceras por medio de fomentos de nitrato argéntico débil ó con pomada de nitrato de plata y bálsamo del Perú al 1 por 100; después se atenderá á las perturbaciones circulatorias y á los trastornos vasculares con luz azul, amasamiento, baños calientes seguidos de loción alcohólica, pincelación con tintura de yodo, colodión ó traumaticina, fomentos con alcohol ó fricciones con pomada de cloruro de calcio al 1 por 100.

Morbus Raynaud.

Enfermedad de Raynaud.

Lámina 18, Figura 27.

En la enfermedad de Raynaud, afección debida á trastornos de la invasión de los vasos sanguíneos y de origen central, sobrevienen en ambas extremidades

Fig. 26. Vaciado procedente de la Clinica de Neisser, en Breslau (Kröner).

en forma accesimal asfixias locales, frialdad y acorchamiento, acompañados de coloración cutánea muy pálida y á menudo cianótica (fig. 27). El proceso puede permanecer durante años reducido á este síndrome, pero también pueden producirse necrosis, que por lo general comienzan por las puntas de los dedos (gangrena simétrica de las extremidades).

El **tratamiento** debe tender á conseguir el mejoramiento de las condiciones circulatorias mediante baños calientes, amasamiento, etc.: no obstante, los resultados son poco satisfactorios.

Fig. 27. Vaciado procedente de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner). Véanse las actas del Congreso de Dermatólogos de Breslau, 1901.



No. 27. Morbus Raynaud.



No. 26. Perniones.

Gangrena diabética.

Lámina 19, Figura 28.

Entre las dermatosis que se observan en los diabéticos, debidas en parte á trastornos del metabolismo nutritivo (urticaria, eczema, purpura) y en parte á irritaciones producidas por la orina glucosúrica, y muchas veces también dependientes de infecciones secundarias (prurito vulvar, impétigo, forunculosis), la más importante es la gangrena diabética, debida segura y principalmente á la falta de resistencia de los tejidos contra las infecciones por efecto de trastornos nutritivos.

Con frecuencia, y por lo general en las extremidades inferiores, en particular en los dedos de los pies, se produce una coloración cianótica sobre la cual se forman ampollas que á causa de rascamiento ó por efecto de traumatismos de otra índole, pero también insignificantes, se rompen y dejan úlceras gangrenosas profundas con gran tendencia á la progresión rápida hacia el centro, siendo bastante frecuente que el sujeto muera con síntomas de septicemia generalizada. Á veces la gangrena se extiende por formarse ampollas que aparecen adoptando una disposición serpiginosa; en otras ocasiones el proceso permanece localizado, como en el mal perforante plantar.

El **diagnóstico** se hará ateniéndose al padecimiento de la diabetes, y sobre todo al comienzo de la enfermedad, que es por cualquier punto del pie ó de sus dedos, en tanto que la gangrena senil siempre empieza por la punta de los dedos del pie.

El **pronóstico** depende en parte de la gravedad de la diabetes. En efecto; la glucosuria y acetonuria acentuadas sugieren un pronóstico poco favorable. En casos de gangrena superficial y circunscrita puede llegar á obtenerse la curación; por el contrario, la invasión rápida, en especial la de la piel de las piernas, acaba generalmente por la muerte.

Tratamiento.—Ante todo debe atenderse mucho á la profilaxia. En los diabéticos se tratará con cuidado cualquier dermatosis, como eczema, etc., y se evitará en lo posible la más insignificante erosión. Como es natural, la afección fundamental habrá de combatirse con dieta apropiada, etc. Al comienzo de una gangrena no se emplearán sino con mucha precaución las soluciones antisépticas, en particular de ácido fénico. Los mejores resultados son los obtenidos con intervención quirúrgica lo más precoz que sea posible.

Fig. 28. Vaciado procedente de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner).





No. 28. Gangraena diabetica.



Ulcus e radiis Roentgen.

Ulceración producidas por los rayos Roentgen. Radiodermitis.

Lámina 20, Figura 29.

Los rayos Roentgen aplicados en dosis excesivas sobre el tegumento externo, bien en una sola sesión, bien por efecto de la acción acumulativa resultante de la aplicación durante días ó semanas, después de cierto periodo de latencia provocan alteraciones de intensidad variable: según la dosis y la idiosincrasia individual se producen alopecia (no obstante, el pelo vuelve á crecer), dermatitis (que dejan tras sí pigmentaciones y atrofias), y hasta ampollas, consecuencia de las cuales son supuraciones prolongadas, y también escoriaciones, úlceras y necrosis (fig. 29). Las ulceraciones son muy dolorosas, y están primero cubiertas por un exudado adherente, amarillo-rojizo, de apariencia difteroides, que cuando se desprende deja ver debajo (cuando se han empleado altas dosis) pérdidas de sustancia profundas, gangrenosas, que pueden alcanzar hasta los músculos y los huesos; como al mismo tiempo hay fiebre y grandes dolores, el estado general se resiente muy desfavorablemente. Al principio es mínima la tendencia á la curación; sólo después de meses y de años (cuando los procesos destructivos son de mayor extensión) llegan á cicatrizar, pudiendo casi sin motivo volver á ulcerarse la cicatriz resultante.

En los casos en que hubo formación de ampollas, sobre todo después de ulceraciones por radiodermitis, quedan cicatrices especiales, en parte pigmentadas de oscuro y en parte acrómicas, que con frecuencia son también telangiectásicas.

En las personas que se ocupan en investigaciones con los rayos Roentgen y en los operarios de los departamentos radioterápicos con el trascurso del tiempo se producen, en las manos sobre todo y de modo gradual, alteraciones cicatriciales atróficas, las uñas se desprenden, y hasta pueden originarse en los dedos epitelomas de muy mala índole.

El examen anatómo-patológico descubre sobre todo degeneración vacuolar de los tejidos (en particular de la pared de los vasos) que alcanza gran extensión, lo

Fig. 29. Vaciado procedente de la Clínica dermatológica de Friburgo (Vogelbacher).

cual explica en cierto modo la escasa tendencia á la curación. Por consiguiente, no se trata de una quemadura por los rayos Roentgen.

El **diagnóstico** se deduce sin dificultad del cuadro clínico característico y del curso en extremo crónico. El **pronóstico** es benigno si el daño se aprecia á tiempo y se evita que sigan actuando los rayos Roentgen: de todos modos, los enfermos sufren grave alteración de su estado general por efecto de los dolores y del larguísimo lapso de tiempo que transcurre hasta conseguir la curación. En los casos de Roentgen—ó radio-epiteliomas (que se forman sólo por la aplicación de dosis pequeñas repetidas con mucha frecuencia)—el pronóstico será, por lo menos, reservado.

Tratamiento.—Nos ha dado muy favorables resultados el empleo de la luz de mercurio bajo la forma de lámparas de uviol ó de cuarzo; se recomiendan además las curas antisépticas húmedas y secas alternativamente, y las pomadas. En los dolores está indicado el empleo local de anestésina, ortoformo ó cicloformo; pero no debe insistirse mucho tiempo, porque con facilidad se tornan necróticas las granulaciones, y el fondo de las úlceras aparece pultáceo. Lo mejor será emplear también el tratamiento por la luz azul, fomentos con solución fisiológica de sal común, y tan pronto como se hayan formado granulaciones hacer un injerto sobre ellas, ó reseca primeramente toda la úlcera é injertar después. En caso de producción de epiteliomas se extirparán lo más precozmente posible, comprendiendo bastante tejido sano. Lo más importante es la profilaxia. En efecto; puede evitarse con bastante seguridad la formación de úlceras consecutivas á radiodermitis dosificando exacta y cuidadosamente los rayos Roentgen, cosa muy factible con el auxilio de los instrumentos modernos ideados para medir la intensidad de su acción, filtrando los rayos que producen efecto superficial, cuando se trata de aplicaciones profundas, y protegiendo la piel sana con láminas de plomo.



No. 29. Ulcus e radiis Roentgen.

Lupus erythematosus.

Lupus eritematoso.

Láminas 21, 22 y 23, Figura 34.

En el lupus eritematoso, que generalmente afecta á la piel de la cara (fig. 30), de las orejas (fig. 31) y del cuero cabelludo (fig. 33), y más rara vez á la de las extremidades (fig. 32), hay una alteración que, comenzando por pápulas rojas poco típicas, llega á formar por crecimiento periférico verdaderas placas, cuyo borde tiene una coloración roja (cuando son recientes) y cuya periferia (cuando son antiguas) está cubierta de escamas que al desprenderse dejan ver en su cara inferior prolongaciones que corresponden á los orificios foliculares dilatados. Además, en las partes marginales se encuentran formaciones semejantes á comedones, que, sin embargo, son más secos, no tan grasientos como los comedones verdaderos. Aparte de esos casos de lupus eritematoso *folicular* profundo, no es raro ver formas *vasculares* más superficiales. El proceso avanza de modo muy lento y en sentido periférico, en tanto que en el centro de la lesión, y sin que llegue á ulcerarse, se desarrollan puntos cicatriciales atróficos, frecuentemente surcados por varicosidades. En la cara, que es donde con preferencia se localiza, la rubicundez que afecta á la nariz y á las mejillas simula la forma de una mariposa. En el cuero cabelludo la atrofia cicatricial provoca alopecia definitiva. No es raro observar el lupus eritematoso también en las mucosas, sobre todo en la de los labios, donde afecta la forma de lupus eritematoso discoide.

Comprimiendo desaparece la rubefacción; si se hace la compresión sirviéndose de una lámina de cristal (*vitropresión*), no se ven los característicos nodulillos del lupus vulgar, afección de la que debe diferenciarse rigurosamente. En los dedos adopta á veces un aspecto semejante al de un sabañón, ocasionando dolores de cierta intensidad á causa de las grietas y fisuras que se forman: con esta única excepción, el proceso no acarrea sino escasas ó nulas molestias subjetivas. Aparte de esta modalidad, denominada "lupus eritematoso discoide", hay otra forma aguda, el "lupus eritematoso diseminado", (fig. 36), en la cual con frecuencia se obser-

Figuras 30, 31 y 33. Vaciados procedentes de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner).

Fig. 32. Vaciado procedente del Hospital San Luis, en Paris (Baretta) Núm. 1.437 de Vidal. Lupus eritematoso simétrico de las manos de 2 años de fecha. Simultáneamente estaba atacada la cara.

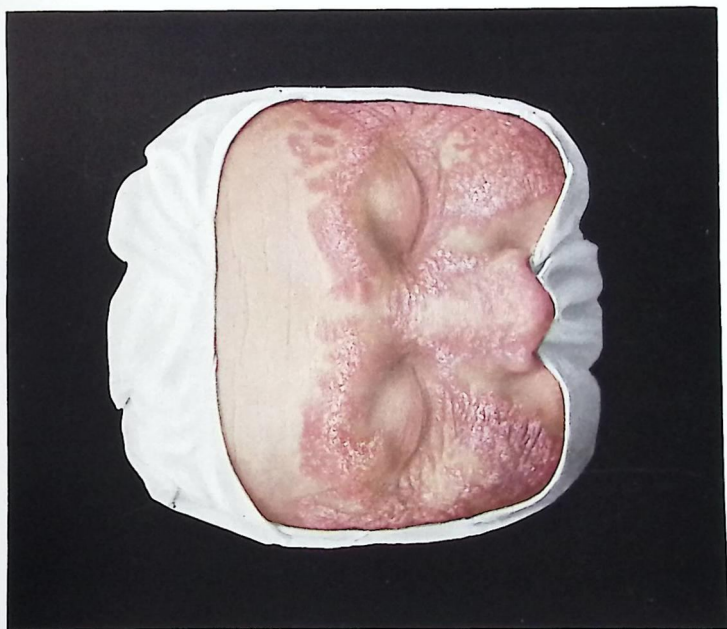
Fig. 34. Vaciado procedente de la Clínica dermatológica de Friburgo (Johnsen). La afección plana de la piel de la mejilla permite apreciar, sobre todo en las porciones marginales, la formación de abundantes eflorescencias pequeñas y redondeadas. Gracias á la administración de quinina al interior y á la pincelación simultánea con tintura de yodo la enfermedad curó en corto plazo sin dejar el menor residuo.

van en la piel de la cara y del resto del cuerpo elementos abundantes, con acompañamiento de violentos síntomas generales y de fiebre. Dichos elementos luposos desaparecen al poco tiempo y nunca se extienden en dirección periférica, como ocurre en la forma discoidea, sino que curan con formación de cicatrices. La forma últimamente indicada puede originarse tomando como punto de partida el lupus eritematoso discoide; pero también puede sobrevenir espontáneamente, y constituye siempre una afección grave. Desconocemos los agentes causales del lupus eritematoso: sin embargo, se pretende hacer depender la enfermedad de la tuberculosis, y se atribuye la patogénesis á las toxinas de los bacilos tuberculosos existentes en cualquier punto del organismo; en todo caso, no en el sitio de la lesión (*tuberculide*). Hasta ahora no se ha aportado ningún comprobante de esta opinión; pero siempre será notable la coincidencia de la tuberculosis con el lupus eritematoso.

El **diagnóstico** se hará teniendo en cuenta la localización, la forma en discos, la producción característica de escamas y la dilatación de los folículos, así como la atrofia cicatricial central. Para el diagnóstico diferencial se tendrán en cuenta sobre todo la sífilis y el lupus tuberculoso. Las lesiones sífilíticas se caracterizan por la notable infiltración y el color cobrizo ó de vino de Borgoña; además, es raro que no haya otras manifestaciones de lúes. Para diferenciar el lupus eritematoso del tuberculoso nos fijaremos ante todo en la falta de tubérculos lúpicos y de ulceraciones. El psoriasis y las afecciones micósicas podrán excluirse desde luego por la falta de atrofia cicatricial.

El **pronóstico** se hará con reservas, toda vez que en la forma discoide no siempre el tratamiento va seguido de buen éxito. Según ya hemos dicho, la forma diseminada constituye una afección por lo general grave.

Tratamiento.—Como el lupus eritematoso suele curar sin ocasionar profundas lesiones destructoras, y si bien eso ocurre en un plazo indeterminable, debemos evitar toda intervención terapéutica enérgica en exceso. De los medicamentos externos acelerarán la curación espontánea los que provocan gran acúmulo de sangre é impregnación serosa. Suelen dar buenos resultados los lavados jabonosos intensos, los toques muy superficiales con el termo-cauterio de Paquelin, las pincelaciones con tintura de yodo y las embrocaciones con pomadas de azufre ó resorcina; pero toda aplicación de un medio irritante irá seguida de un descanso y del empleo de medios indiferentes (pomadas ó emplastos) hasta tanto que haya pasado la reacción. Algunas veces da buen resultado cubrir la parte afecta con emplasto mercurial. También se consiguen buenos resultados, aun tratándose de casos rebeldes, con la administración de quinina al interior durante mucho tiempo y la aplicación simultánea de tintura de yodo. En la forma vascular da á veces excelente resultado la persistente aplicación de emplasto jabonoso-salicílico al 10 por 100. Se recomienda además para tales casos el empleo de corrientes eléctricas de alta frecuencia, en tanto que en la forma folicular son muy de aconsejar las aplicaciones de rayos Roentgen ó los de las lámparas de cuarzo, así como también el tratamiento con la nieve de ácido carbónico.



No. 30. 31. Lupus erythematosus.



No. 32. 33. Lupus erythematosus.

Lupus pernio.

Lámina 23, Figura 35.

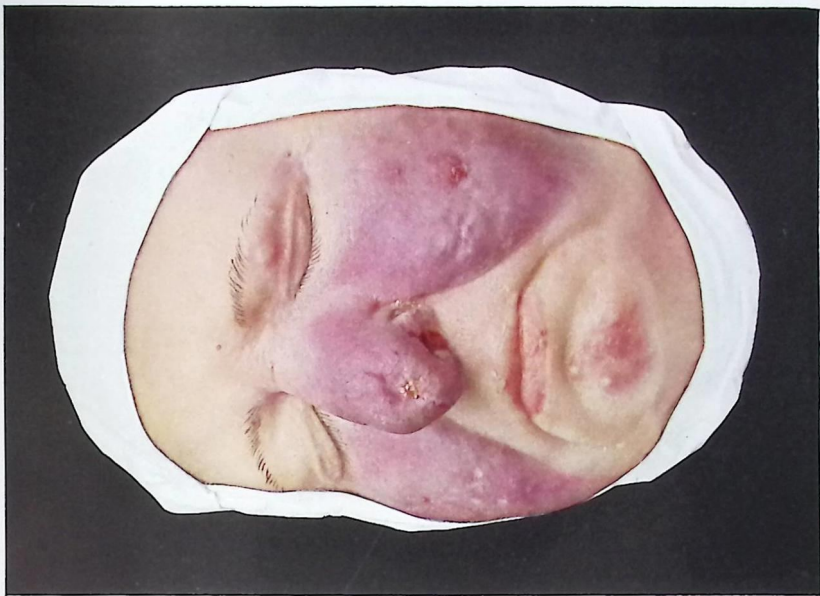
Es una enfermedad rara, cuyas relaciones con el lupus tuberculoso y con el eritematoso aún no están bien determinadas, y que se caracteriza por la producción de infiltrados y tumefacciones grandes, cianóticos, de contornos mal limitados y que recaen especialmente en la piel de la cara, las orejas y las manos. En determinados sitios pueden producirse pequeñas escoriaciones y úlceras que después de formar costras curan con mucha lentitud y dejando cicatriz. La afección, que ataca sobre todo á individuos anémicos, puede curar espontáneamente después de algunos años.

Para el **diagnóstico** diferencial hay que tener en cuenta sobre todo los sabañones; pero, por lo general, los sabañones constituyen nódulos más pequeños y desaparecen al comenzar el calor.

No se conoce **tratamiento** seguro del lupus pernio. Se recomienda combatir la anemia por medio de hierro y arsénico, así como el empleo de curas húmedas en las formas ulcerosas, baños calientes, amasamiento, y, *cuando la epidermis está intacta*, emplastos de acción suave. En varios casos hemos visto una más notable mejoría por las irradiaciones con la lámpara de cuarzo.



No. 34. Lupus erythematosus disseminatus.



No. 35. Lupus pernicio.



Lupus vulgaris (lupus tuberculosus).

Lupus vulgar (lupus tuberculoso).

Láminas 24 á 30, Figura 47.

Entre las afecciones provocadas por la presencia del bacilo tuberculoso en la piel la más importante (tanto por su relativa frecuencia como por la trascendencia de las lesiones y las destrucciones que determina) es el lupus tuberculoso, el cual en la mayoría de los casos, si no siempre, debe de ser producido por inoculación externa.

La eflorescencia primaria del lupus, el tubérculo lúpico, aparece en la piel primero como una mancha pardusca ó rojizo-pardusca, que vista por encima de una lámina de cristal con que se comprime (*vitropresión*) resulta amarillo pálida, no rebasa en absoluto el nivel de la piel, es algo trasluciente, como de brillo céreo, y está cubierta por epidermis intacta. La consistencia es más blanda que la de la piel normal; si se aplica sobre dicha mancha un estilete fino, se hunde 1 ó 2 milímetros á poca presión que sobre él se haga (*lupus vulgaris* ó *maculosus*, figuras 36 á 38).

Por confluencia de tubérculos próximos y por crecimiento excéntrico se forma una elevación de poco relieve (*lupus tumidus*). Los tubérculos lúpicos pueden curar, ya por degeneración adiposa de los elementos y reabsorbiéndose con exfoliación, ya por trasformarse en ulceraciones de bordes planos, blandos, por lo general bien marcados, y más rara vez lisos, y cuyo fondo es más ó menos claramente granuloso y algo hemorrágico: rara vez es de aspecto sucio (*lupus ulcerans*, fig. 42). Puede afectar la forma hipertrófica por proliferar el tejido de granulación (*lupus hypertrophicus*).

Cuando las granulaciones se cubren de masas córneas, lo que sobre todo ocurre en los dedos de los pies y de las manos, el lupus se torna de aspecto verrugoso (*lupus verrucosus*, fig. 37). La afección descrita por Riehl y Paltauf (*tuberculosis verrucosa cutis*) no es sino una forma de lupus verrugoso. Por cicatrizar en el centro espontáneamente y progresar los tubérculos lúpicos ó las ulceraciones en el borde afectando formas curvas, se origina el lupus serpiginoso (fig. 42).

En las mucosas el lupus da lugar á la formación de nodulillos blancos, brillantes, con engrosamiento del epitelio, que se destruye pronto, por lo cual se forman ulceraciones que se asemejan á las de la piel, ó se cubren de granulaciones hipertróficas (fig. 47).

Considerado anatómicamente, el lupus asienta de modo exclusivo en la piel y en el tejido celular subcutáneo. No invade nunca las aponeurosis, los músculos

Figuras 36, 37 y 45. Vaciados procedentes de la Clínica de Friburgo (Johnsen).
Figuras 38 y 42. Vaciados procedentes de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner).
Fig. 47. Vaciado procedente de la Clínica dermatológica de Friburgo (Johnsen).

ni los huesos: no obstante, secundariamente estos tejidos pueden tomar parte en el proceso.

La localización más frecuente del lupus tuberculoso es la cara, sobre todo la nariz, donde por reabsorción de los elementos lúpicos y por la atrofia cicatricial subsiguiente se constituye un aspecto en extremo característico (1) (figuras 38 y 39); es muy de notar que el esqueleto de la nariz permanezca intacto. El punto de partida del lupus puede radicar tanto en la piel como en las mucosas, y en caso de prolongarse el proceso durante mucho tiempo, acarrear horribles mutilaciones (fig. 41, con destrucción de los globos oculares y microstomía).

Sin embargo, no es raro que el lupus se localice también en las extremidades, y en este caso en las manos y en los pies puede provocar obliteración de los vasos y pérdida consecutiva de falanges de dedos, y aun de dedos completos (*lupus mutilans*, fig. 44). Sin lesión aparente de las falanges pueden éstas encontrarse luidas bajo el tejido de cicatriz al hacer el examen radioscópico.

El curso del lupus tuberculoso es en extremo crónico; la afección suele comenzar en la infancia, rara vez en edad avanzada, y se extiende muy lentamente, ó da motivo á la producción de nuevos focos. El estado general se resiente muy poco ó nada, por más que los luposos están más expuestos que otros sujetos á padecer tuberculosis generalizada. En el curso del lupus puede la infección tuberculosa atacar á los vasos linfáticos, los cuales constituyen entonces en ciertos puntos abscesos frios que se abren al exterior: de este modo se origina la lesión llamada escrofuloderma (*gommés scrophuleux*), que también sobreviene sin lupus. La obstrucción de los vasos linfáticos juntamente con la erisipela, nada rara en los lupus, ocasiona en los órganos genitales externos y en las extremidades estados elefantíacos (fig. 43), cuya índole lupsosa á veces sólo difícilmente puede determinarse después de curado el lupus. Sobre un lupus que lleva años de existencia se desarrolla en algunos casos una forma maligna del epiteloma (fig. 40), y, aunque con más rareza, una neoformación de origen epitelial, cual es el cuerno cutáneo (fig. 39).

Á veces hallamos el lupus como afección que ha sobrevenido secundariamente á enfermedades tuberculosas de otros tejidos; sobre todo en casos de fistulas anti-guas de origen óseo ó ganglionar, caso en el cual se encuentran por lo general tubérculos típicos en su interior ó alrededor de las cicatrices.

El diagnóstico del lupus tuberculoso no es difícil cuando hay puntos lúpicos

Fig. 39. Vaciado procedente del Hospital San Luis, en París (Baretta). Núm. 1.059, Guibout.

Fig. 41. Vaciado procedente de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner). La enferma vive aún.

Figuras 43, 44 y 46. Vaciado procedente de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner).

Fig. 40. Vaciado procedente del Hospital San Luis, en París (Baretta), Besnier. Hombre de 51 años que venía padeciendo el lupus desde hacia 22; no había sido tratado apenas, y sobre todo nunca se le había aplicado el termo-cauterio.

(1) Los alemanes emplean la expresión vulgar *Abgegriffene Nase*, en extremo gráfica, pero que tenemos por intraducible: viene á significar algo como *nariz usada ó corroida*, calificativo muy apropiado al aspecto especial de las alas de la nariz lupsosa.—(N. del T.).

típicos, sobre todo si para el examen se recurre á la vitropresión, procedimiento con el cual se hace desaparecer la hiperemia difusa que oculta dichos puntos, que así se perciben más claramente. El resultado positivo del procedimiento que consiste en oprimir con la punta del estilete aseguera el diagnóstico. Pero como no es posible demostrar los puntos lúpicos en todos los períodos de la enfermedad, para diagnosticar hay que tener en cuenta además el curso en extremo crónico de la dolencia y su limitación á la piel y al tejido celular subcutáneo. La sífilis provoca en plazo de tiempo mucho más corto destrucciones considerablemente más extensas y profundas. El comienzo de la enfermedad en la juventud, su indolencia y, en fin, la reacción local por el empleo de la tuberculina vieja (*alttuberkulin*) de Koch hacen posible un criterio absolutamente cierto.

Para el diagnóstico diferencial se tendrán en cuenta, aparte del lupus crítematoso (falta de puntos lúpicos y ulceraciones), el acné rosáceo (abultamientos nodulosos y falta de puntos lúpicos) y la tricoficia profunda (comprobación de los parásitos, falta de destrucciones ulcerosas), y sobre todo, como antes hemos dicho, la sífilis ulcerosa, cuya exclusión no siempre es fácil, pero que, no obstante, podrá lograrse por el resultado de la reacción de Wassermann, la falta de acción del tratamiento antisifilítico, y además si se tiene presente la predilección de la sífilis por los huesos y la reacción típica por la tuberculina.

El pronóstico es favorable por lo que afecta á la vida, con excepción de los casos en que sobreviene la infección general tuberculosa; por lo que á la curación se refiere, antes, sobre todo en casos de lupus extensos, y en particular en los que recaían en la cara, el pronóstico era totalmente desfavorable. Sólo se conseguían resultados duraderos en casos de focos recientes, no demasiado grandes y situados en puntos apropiados á su extirpación en pleno tejido sano. Por fortuna, con el procedimiento de Finsen, empleado desde hace pocos años, disponemos de un medio para lograr la curación duradera de enfermos luposos graves que hasta hace poco habían de considerarse como los seres más desgraciados por lo terrible de la desfiguración que generalmente sufrían.

El éxito del tratamiento del lupus depende en primer lugar de que el diagnóstico se haga precozmente, pues si el foco lúpico es todavía tan circunscrito que puede extirparse en totalidad sin gran pérdida de sustancia, se recomienda la extirpación radical, lo mismo que si se tratara de un tumor maligno: la pérdida de sustancia se cubrirá por medio de sutura ó por trasplatación. Cuando el lupus alcanza mayor extensión y participan del proceso el tejido subcutáneo y la red de los vasos linfáticos, tal método es de resultados menos seguros, aunque, de todos modos, una técnica operatoria muy perfecta puede proporcionar también una curación radical en caso de gran extensión del proceso luposos.

Cuando ya no sea posible la extirpación de todo el tejido enfermo hay que evitar á cualquier trance el empleo de otros métodos quirúrgicos, sobre todo de raspados, escarificaciones, etc., porque éstos, aparte de su eficacia, que siempre es transitoria, llevan consigo el peligro de difusión local ó general de la infección tuberculosa. Tampoco debe aconsejarse, según nuestra experiencia, la combinación del raspado con el termo-cauterio, el empleo de la electricidad estática (Suchier) y

el de los cáusticos, pues la oclusión de los vasos sanguíneos y linfáticos no es lo bastante rápida para evitar la producción de metástasis. Por lo demás, los buenos resultados conseguidos con la aplicación de estos procedimientos siempre son pasajeros, y con el empleo repetido de esos modos de tratamiento insuficientes los enfermos llegan á perder toda confianza en la terapéutica antiluposa y dejan que la afección siga su curso destructor.

El peligro de la difusión es menor cuando se emplean el termo-cauterio ó el tratamiento de Hollönder con aire caliente; pero casi nunca se consigue destruir con la cauterización todo el tejido enfermo: el aire caliente tampoco produce una curación radical, y fácilmente ocasiona cicatrices queloidianas que dificultan todo tratamiento ulterior, sobre todo el de Finsen. Buenos resultados se obtienen con la diatermia (hasta coagulación), aunque tal procedimiento, cuya acción desde luego no es electiva, requiere mucha práctica; pero como excluye en absoluto toda posibilidad de difusión metastásica por vía sanguínea ó linfática, creemos que debe aconsejarse eficazmente, sobre todo en los sitios donde no sea muy importante lograr un buen efecto estético.

Suelen ser de gran utilidad las cauterizaciones frecuentes con el galvano-cauterio, cuya acción puede considerarse como electiva, por cuanto la punta penetra con mucha más facilidad en el tejido enfermo que en el sano: es indudable que las aplicaciones del galvano-cauterio constituyen el método más útil, por ser el más activo, del lupus de las mucosas.

Entre los cáusticos se recomienda especialmente el arsénico en forma de pasta de Fray Cosme; pero es inaplicable á grandes superficies, por su toxicidad y por resultar dolorosa su aplicación: también es ventajoso el uso del ácido pirogálico en forma de pomadas en proporción gradualmente creciente (del 2 al 10 por 100). Ambos medicamentos ejercen acción electiva, no atacan á los tejidos sanos, y sólo destruyen la parte enferma, aun cuando no garantizan la falta de recidivas. El nitrato argéntico en sustancia, mejor aún con adición de nitrato potásico para hacer más duro el lápiz, sirve para perforar los puntos cubiertos de epitelio: también se emplea en soluciones concentradas para las úlceras; pero en general su acción es demasiado superficial. El cloruro de zinc, y en particular la potasa cáustica, son medios de acción profunda y enérgica, pero destruyen también el tejido sano. Es indudable que con los fomentos de sublimado al 1 por 1.000 y de permanganato al 2 por 100 cutifican las ulceraciones luposas; pero el resultado no es duradero.

En el lupus de las mucosas son útiles las causticaciones con ácido láctico, ó bien las cauterizaciones con aire caliente, el termo y el galvano-cauterio. En particular la punctura galvano-cáustica repetida con regularidad hasta la curación definitiva debe considerarse como el mejor método de tratamiento de lupus de las mucosas. Las inyecciones de tuberculina, tanto de tuberculina vieja (*alttuberkulin*) como de T. R. (tuberculina de Rosenbach), no pueden curar el lupus, pero son utilizables con ventaja para la delimitación de focos luposos al emplear otros métodos curativos, como, por ejemplo, las intervenciones quirúrgicas. La tuberculina de Rosenbach parece actuar favorablemente cuando se emplea en combina-

ción con otros procedimientos: usándola sola no es suficiente para obtener la curación.

La mayor parte de los métodos antes citados sólo conducen á la curación definitiva en corto número de casos y tras un empleo muy largo y constante: como métodos preparatorios y auxiliares tienen cierto valor en una serie de casos. Algo mejores son los resultados que parece haberse conseguido con los rayos Roentgen: sin embargo, es muy raro lograr con ellos curaciones duraderas valiéndose de dosis débiles (como *máximum*, hasta el eritema); más bien se observan amplias mejorías, siendo en las formas verrugosas é hipertróficas donde mejores servicios prestan como preparación para el tratamiento ulterior según Finsen, y para combatir la formación de infiltraciones difusas. El empleo de altas dosis hasta producir escaras debe evitarse por la larga duración y lo doloroso de las úlceras que originan, así como por el mal resultado estético (alteraciones cutáneas de tipo esclerodérmico, telangiectasias y manchas de pigmento). Para los focos pequeños, incluso los de las mucosas, se recomienda el tratamiento con el *radium*.

Es indudable que tanto para el resultado estético como por lo que atañe al tiempo necesario para la curación (aun en casos de lupus extensos) los mejores resultados se logran con el tratamiento preconizado por Finsen, consistente en el empleo de la lámpara de arco voltaico de luz fuerte y concentrada, con exclusión del efecto calorígeno. Á juzgar por los resultados obtenidos por Finsen y en otras clínicas, incluyendo la de Friburgo, con este procedimiento hasta en muchos casos de lupus grave de la cara que antes se consideraban incurables se consigue una curación verdadera y completa; bien es verdad que después de largo tratamiento. Los resultados estéticos son lo más perfecto que pueda imaginarse. Actualmente parece que no debemos desconfiar de la posibilidad de conseguir que desaparezca el lupus por completo. Lástima que lo muy costosos que resultan la instalación y el tratamiento, así como lo largo de su duración, hayan dificultado grandemente hasta ahora la generalización del método de Finsen. En efecto; ninguno de los aparatos más baratos destinados á reemplazar el aparato original de Finsen (Lortet y Genoud, Bang, lámpara-Dermo, de mercurio, de Foveau y Trouvet) ha dado resultados á pesar de las grandes esperanzas en ellos cifradas, pues ninguno es capaz de curar el lupus con seguridad. Debe, pues, considerarse la finsenterapia como el arma mejor contra tan grave enfermedad, y por su utilidad requiere la creación de Institutos oficiales dotados de los aparatos Finsen originales. Hay que advertir que los mejores resultados únicamente se obtienen con el aparato grande de Finsen, y no con el más pequeño (lámpara de Finsen-Reyn), á pesar de que teóricamente debiera equivaler al grande. También es menester precisar que para la buena aplicación del tratamiento debe contarse con personal bien instruido y que esté siempre bajo la inspección del médico. Como tratamiento preparatorio es conveniente en el lupus ulcerado una cura con ácido pirogálico, y cuando haya gruesas cicatrices callosas, un tratamiento con fibrolisina por inyección intravenosa. La acción de la lámpara de Kromayer, de cuarzo, sólo es suficiente en lupus muy superficiales. En efecto; por lo general después de empleada esta lámpara quedan focos profundos en los cuales sólo se consigue la curación con el aparato de Finsen.

Además habrá de emplearse simultáneamente en el lupus un tratamiento general reconstituyente, como se hace en las tuberculosis de los órganos internos, y alguna vez podrá inyectarse la tuberculina para auxiliar á la terapéutica restante.

Verruga necrogénica. Tubérculo anatómico.

Lámina 30, Figura 48.

En las manos de los disectores anatómo-patológicos, veterinarios y empleados en depósitos de cadáveres ó salas de disección no deja de ser frecuente que se produzcan elevaciones especiales, de color pardusco ó gris negruzco, duras, verrugosas y rodeadas por una aureola ligeramente inflamatoria. La afección, que se origina por inoculación de bacilos tuberculosos, suele ser totalmente benigna y superficial, y sólo rara vez puede observarse la transformación en lupus ó la invasión de tejidos más profundos (vasos linfáticos, vainas tendinosas): á menudo sobreviene incluso la curación espontánea. Para el **diagnóstico diferencial** habrán de tenerse en cuenta las verrugas simples; pero en éstas falta la inflamación de los contornos: además, la superficie suele ser más homogénea que en los tubérculos anatómicos. El **pronóstico** es por lo común favorable.

El **tratamiento** será quirúrgico principalmente; es decir, consistirá en la extirpación. Alguna vez podrá ser oportuna la fototerapia, en caso de verrugas necrogénicas muy extensas.

Fig. 48. Vaciado procedente de la Clínica dermatológica de Friburgo (Verfasser).



No. 36. Lupus vulgaris incipiens (maculosus).



No. 37. Lupus vulgaris verrucosus.



No. 39. Lupus vulgaris; Cornu cutaneum.



No. 38. Lupus vulgaris.



No. 41. Lupus vulgaris.



No. 40. Lupus vulgaris; Epithelioma.



No. 42. Lupus vulgaris serpiginosus.



No. 43. Lupus vulgaris; Elephantiasis consecutiva.



No. 44. Lupus vulgaris; Mutilatio.





No. 45. Lupus vulgaris hypertrophicus.



No. 46. Lupus vulgaris.



No. 47. Lupus vulgaris mucosae oris.



No. 48. Verruca necrogenica.

Tuberculosis linguæ. Tuberculosis nasi.

Tuberculosis lingual. Tuberculosis nasal.

Lámina 31, Figuras 49 y 50.

En individuos enfermos de tuberculosis visceral se observa la verdadera forma de tuberculosis cutánea y de las mucosas, particularmente en los sitios de transición entre la piel y las membranas mucosas: no obstante, tal forma es mucho más rara que el lupus. En esos casos, y por lo general debido á la infección directa por bacilos diseminados, se forman ulceraciones redondeadas ó irregulares, dolorosas y que aumentan en extensión con rapidez, de fondo anfractuoso que sangra fácilmente, y también pultáceo en parte, y en cuyos bordes con frecuencia pueden descubrirse tubérculos miliareos (fig. 50). En las mucosas los bordes de la ulceración están generalmente mal definidos (fig. 49). Las úlceras, en las cuales se encuentran bacilos en abundancia, al revés de lo que ocurre en las luposas, tienen poquísima tendencia á la curación: por el contrario, más bien avanzan con bastante rapidez; pero, no obstante, rara vez alcanzan grandes dimensiones, pues por lo general los enfermos mueren antes de que puedan llegar á ellas.

El **diagnóstico** no tiene dificultad teniendo presente el asiento de la lesión, el aspecto característico, el padecimiento de una afección visceral tuberculosa y el dolor: lo confirman además la demostración de los bacilos y la reacción á la tuberculina. En caso de sospecha de sífilis decidirá la duda el resultado del tratamiento específico y el de la reacción de Wassermann.

El **pronóstico** es desfavorable.

Puesto que el estado general de los enfermos suele prohibir toda intervención enérgica, el **tratamiento** tendrá como objetivo principal calmar los dolores por medio de insuflaciones de polvos como el ortoformo, la anestesia y otros cuerpos parecidos. En caso de ser posible un tratamiento enérgico, se intentará conseguir la curación con cáusticos, el tratamiento fototerápico ó interviniendo quirúrgicamente.

Fig. 49. Vaciado procedente del Hospital San Luis, en Paris (Baretta). Núm. 1.768. Tenneson.

Fig. 50. Vaciado procedente del Hospital San Luis, en Paris (Baretta). Núm. 2.236. Hallopeau.



No. 50. Tuberculosis nasi.



No. 49. Tuberculosis linguae.

Lichen scrophulosorum (Tuberculosis milio-papulosa aggregata).

Lámina 32, Figura 51.

En el tronco, y más rara vez en las extremidades de personas que padecen una tuberculosis cutánea, ósea ó ganglionar, se desarrollan, por lo general sin que lo note el interesado, papulitas pequeñas, abundantes, en parte dispuestas en grupos y en parte diseminadas, de color amarillento á amarillo-rojizo, que se cubren de pequeñas escamas en su superficie cuando llevan ya largo tiempo de existencia, y que cuando se hallan en mayor cantidad confluyen formando superficies escamosas, ásperas y amarillo-parduscas, y más rara vez rojizas (fig. 51). Esta enfermedad, que por lo general afecta á individuos jóvenes, no provoca síntomas subjetivos: es rara la transformación en pústulas ó en nodulitos semejantes á los del acné.

Es indudable la naturaleza tuberculosa del padecimiento (reacción á la tuberculina, estructura anatómica del tubérculo miliar, comprobación de bacilos y transmisión de la enfermedad á los animales, conseguida repetidas veces): sin embargo, puede ser originada por bacilos de débil virulencia. La intensidad de la erupción varía según el estado de la afección tuberculosa que le sirve de base.

El diagnóstico se hará sin dificultad atendiendo á los nodulitos típicos y á la presencia de una afección tuberculosa fundamental; respecto del diagnóstico diferencial, cabe hacerlo especialmente respecto de la sifilide papulosa de pequeños elementos, que en todo caso será excluible por los resultados de la reacción de Wassermann, el fracaso del tratamiento específico ó por la reacción á la tuberculina vieja. El pronóstico es favorable.

El tratamiento tiene por objeto en primer término combatir la afección tuberculosa fundamental, y se corroborará por las fricciones con aceite de hígado de bacalao, ó mejor con pomada de crisarobina, la cual cura la afección con suma brevedad y sin que quede de ella residuo alguno.

Fig. 51. Vaciado procedente de la Clínica dermatológica de Friburgo (Johnsen).

Erythema induratum scrophulosorum Bazin.

Eritema indurado de los escrofulosos, de Bazin.

Lámina 32, Figura 52.

En individuos jóvenes escrófulo-tuberculosos, con más frecuencia en las hembras que en los varones, se encuentran á veces en las piernas nódulos duros de rojos á rojo-azulados é infiltrados que se desarrollan insensiblemente, pues no duelen ni provocan picor, y en ocasiones se abren evacuándose un contenido de notable color amarillo. Tanto después de la abertura como sin que ésta ocurra se reabsorben los nódulos, que persisten largo tiempo y dejan una pigmentación muy oscura, en tanto que nuevos nódulos pueden aparecer en otros puntos. La localización está en el cutis y en el tejido subcutáneo, y su limitación es bastante marcada; por propagación ulterior y por confluencia pueden formarse infiltraciones hasta del tamaño de la palma de la mano. Parece indudable una relación de dependencia entre la tuberculosis y esta enfermedad, más frecuente de lo que generalmente se cree: sin embargo, hasta ahora ha fallado en muchos casos la demostración de los bacilos. No se producen destrozos profundos.

El **tratamiento** consistirá en acudir en primer término á tratar la causa tuberculosa fundamental; el tratamiento local suele ser superfluo y no dar resultados.



No. 52. Erythema induratum scrophulosorum (Bazin).



No. 51. Lichen scrophulosorum.

Scrophuloderma.

Escrofuloderma.

Lámina 33, Figura 53.

Á continuación de una afección tuberculosa de la piel, de los huesos ó de las articulaciones pueden infectarse los vasos linfáticos subcutáneos ó los ganglios por la tuberculosis, formándose nódulos semiesféricos é indoloros, ya aislados, ya dispuestos en forma de cordones, de diverso tamaño y de color que oscila entre el rojo pálido y la coloración livida. Estos nódulos se reblandecen gradualmente, se adhieren á la piel, y al abrirse dan salida á un pus flúido. Las paredes del absceso se retraen, y se forma una úlcera aplanada mal limitada, poco segregante, que pronto se cubre de costras, ó queda una abertura fistulosa en cuyas inmediaciones está la piel despegada en gran extensión.

Á veces sobreviene la curación espontánea con formación de cicatrices irregulares y radiadas; en otros casos, sólo gracias á la terapéutica se consigue curar el proceso, de inusitada cronicidad.

El **diagnóstico**, que se hace por sí solo cuando hay otros focos de indole escrófulo-tuberculosa, sin embargo, en ocasiones tiene dificultades cuando se trata de distinguir el escrofuloderma de los gomas sifilíticos, en los cuales ha de tenerse en cuenta la dureza de la infiltración y el escaso reblandecimiento, así como la formación de úlceras típicas crateriformes y como talladas á pico. Finalmente, decidirán el resultado favorable ó el fracaso de la terapéutica específica y el examen de la sangre.

El **pronóstico** debe hacerse con reserva.

Tratamiento.—Lo mejor es extirpar por completo los nódulos, comprendiendo tejidos sanos: si ha comenzado ya el reblandecimiento en gran extensión, se recomienda la exenteración ó enucleación, que en los escrofulodermas debe hacerse sin consideraciones de ninguna clase, y el tratamiento yodofórmico, ó, si se cree preciso, la galvanocaustia ó la diatermia.

Tuberculid.

Tubercúlides.

Lámina 33, Figura 54.

Así como parece muy dudosa la propiedad con que se designan con el nombre de "tubercúlides", es decir, como toxicodermias tuberculosas ó exantemas tu-

Fig. 53. Vaciado procedente de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner).

Fig. 54. Vaciado procedente de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner).

berculosos, la mayoría de las afecciones comprendidas bajo tal nombre (algunos, como, por ejemplo, el *lichen scrophulosorum* y el eritema indurado de Bazin, desde luego, son seguramente verdaderas lesiones tuberculosas), la afección denominada "tuberculides acneiforme ó necrótico," (*folliclitis*) tiene perfecto derecho al nombre de tuberculide. En esta enfermedad, que afecta formas muy variadas, se producen nódulos subcutáneos bien limitados, sobre los cuales se desarrollan manchas (y pápulas ó vesículas); la regresión se efectúa por reabsorción, ó también por necrosis superficial, dando lugar al desprendimiento ó gradual eliminación de las porciones necrosadas á la formación de cicatrices blancas y bien limitadas, cuyas inmediaciones aparecen al principio pigmentadas de oscuro. Los sitios preferidos para la localización son los dedos de las manos, el dorso de ellas, la articulación del codo y el lado cubital del antebrazo, así como también las orejas; sin embargo, en otros puntos del cuerpo suelen hallarse eflorescencias, por lo general agrupadas. La evolución de la dolencia, que aparece por brotes, es muy larga; por lo general existen tuberculosis crónicas de cualquier otra forma.

El **diagnóstico** se hará atendiendo á la localización, al aspecto de las cicatrices y al curso, circunstancias que lo hacen posible en los casos típicos. Otras veces sólo podrá hacerse por exclusión y teniendo presente la simultaneidad de afecciones de indole tuberculosa.

El **tratamiento** habrá de dirigirse en primer término á tratar la afección tuberculosa fundamental. Aún no se conoce un tratamiento específico local; en un caso obraron muy favorablemente las inyecciones de tuberculina de Rosenbach hechas bajo los nódulos.



No. 53. Scrophuloderma.



No. 54. Tuberculid.

Lepra (elephantiasis græcorum).

Lepra (elefantiasis de los griegos).

Láminas 34 á 36 y 37, Figura 60.

La lepra constituye una enfermedad ya conocida como contagiosa en la remota antigüedad, y estuvo muy extendida hasta la Edad Media: sin embargo, después de las Cruzadas quedó relegada á segundo término por la aparición de la sífilis, y disminuyó en efecto considerablemente, hasta el punto de que en la actualidad sólo se observa á menudo en los trópicos, y también, aunque en forma de casos y focos aislados, en Europa (Noruega, Rusia, Bosnia y Herzegovina, Turquía, Grecia (1), algunos casos se han observado también en Wallis y en la Provenza; hay además un foco leproso en la región de Memel). Según que el agente etiológico, descubierto por Hansen y Neisser (bacilo leproso), se localice en la piel ó en el sistema nervioso, distinguimos la *lepra tuberculosa* (*lepra tuberosa*) y la *lepra nerviosa* (*lepra nervorum* ó *anestésica*); no es raro observar formas mixtas. En la primera forma y bajo el síndrome de una infección general (fiebre, exantema prodromico) se forman gradualmente nódulos é infiltraciones de variable tamaño, sobre los cuales se ve la piel por lo general con un color pardusco y brillante (figura 55), pero en ocasiones tiene un aspecto semejante al del eczema ó el psoriasis (fig. 56). La localización preferente en la cara conduce á la deformidad especial conocida con el nombre de *facies leontina* (fig. 57), ocasionada por la caída prematura de las cejas y el engrosamiento de los pliegues cutáneos naturales. Después de persistir largo tiempo pueden reabsorberse los nódulos, ó formarse úlceras atónicas que curan difícilmente (fig. 58); esto último ocurre con especial frecuencia en las mucosas, que son atacadas con la mayor frecuencia. Parece ser que constituyen á menudo el punto de partida de la afección cutánea á lo menos se ha indicado por varios lados que la afección primitiva suele radicar en la nariz.

Cuando la enfermedad lleva largo tiempo de existencia enferman generalmente los troncos nerviosos periféricos, y por fin también las vísceras; después de padecimientos que se prolongan durante años, y á los cuales se añade la ceguera por destrucción de la córnea ó de todo el globo ocular, sobreviene la muerte.

En la *lepra nerviosa* ó *anestésica* las alteraciones morbosas son atribuibles á

Fig. 55. Vaciado procedente de la Clínica de Lassar, en Berlin (Kasten).

Fig. 56. Vaciado procedente de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner).

Fig. 57. Vaciado procedente del Hospital San Luis, de Paris (Baretta). Núm. 1.000. Lailler. Leproso de las Islas Borbón.

Fig. 58. Vaciado procedente del Hospital San Luis (Baretta). Núm. 1.217. Vidal. Leproso de Calcuta.

(1) También en España se conocen focos leprosos, principalmente en las regiones levantinas, en Asturias y en algunas provincias andaluzas.—(N. del T.).

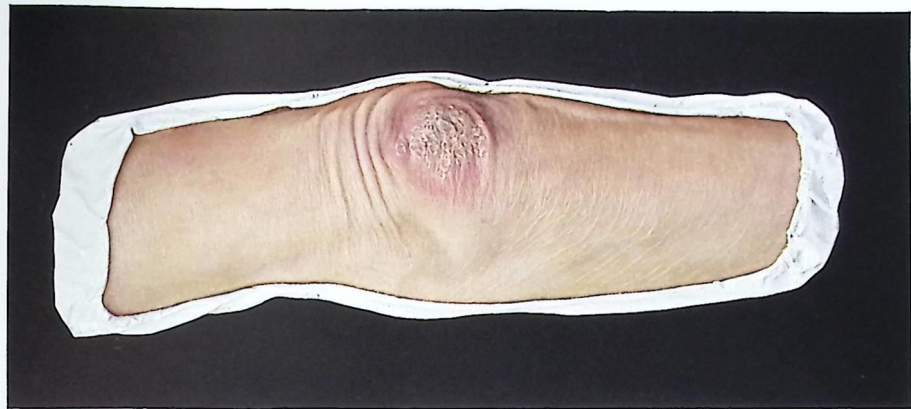
la afección primitiva de los troncos nerviosos periféricos; al comienzo de la dolencia se observan constantemente hiperestésias, anestésias y parestésias; los troncos nerviosos próximos á la piel están engrosados y con aspecto de cordones. Además, se observa desaparición del pigmento, en parte correspondiendo con las zonas anestésicas irregularmente dispuestas, y en parte con independencia de ellas, á menudo en gran extensión. También se observan atrofia y parálisis de los músculos (fig. 59), principalmente en los de la cara y la mano (la conocida "mano de garra," ó gafedad). Parcialmente debido á trastornos tróficos, y muchas veces también con motivo de heridas y quemaduras, que no se sienten á consecuencia de la anestesia, se producen úlceras (así, por ejemplo, el mal perforante plantar, fig. 60) y grandes destrucciones de la piel, que pueden conducir al desprendimiento de los dedos (mutilaciones).

Aun cuando el curso de la lepra tuberculosa es muy crónico y por término medio exige de 8 á 10 años antes de que sobrevenga la muerte, los casos de lepra nerviosa pura y las formas mixtas evolucionan aún con mayor lentitud. No tiene nada de extraordinario que en casos semejantes la duración se prolongue de 20 á 40 años.

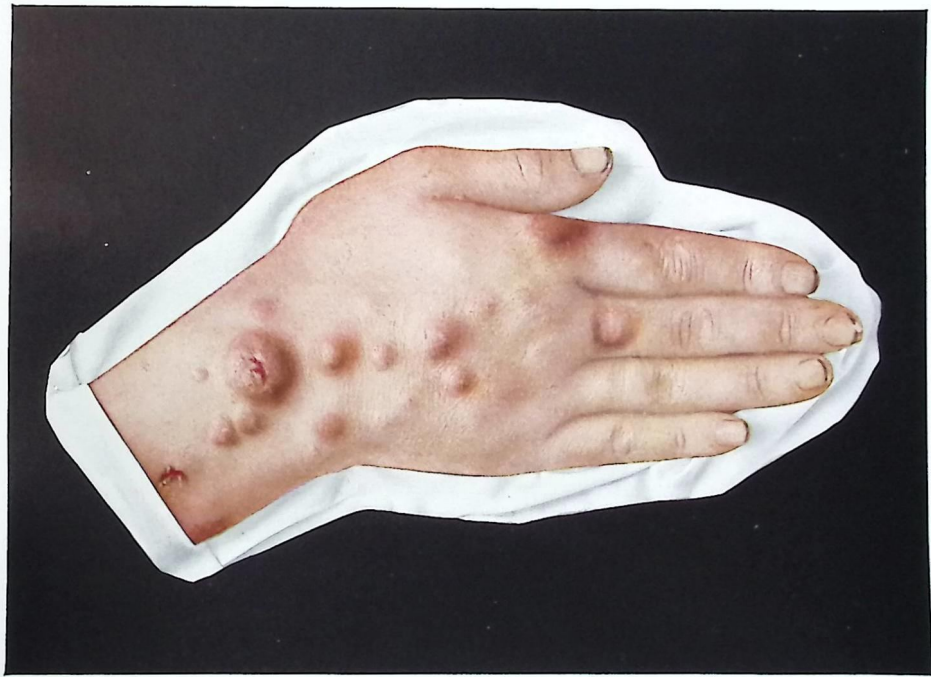
El **diagnóstico** no es difícil cuando los nódulos leprosos se han desarrollado por completo y se confirma por la demostración de los bacilos. Desde el punto de vista de la anamnesis convendrá tener presente si el sujeto enfermo ha residido en los trópicos ó en regiones leprosas. En cambio, el diagnóstico de la lepra nerviosa, sobre todo el diferencial respecto de ciertas afecciones espinales, no tiene nada de sencillo: se fijará la atención en la alteración de los troncos nerviosos periféricos. Respecto de las combinaciones de ambas formas puede repetirse lo anteriormente dicho.

El **pronóstico** es en absoluto desesperado. Por lo que hace al **tratamiento** no han dado resultado seguro ninguno de los procedimientos hasta ahora empleados. Se ensayarán el salicicato sódico, el aceite de chaulmoogra (aceite de las semillas de la *gynocardia odorata*), y además se recurrirá á los baños y cuidados constantes de la piel. Los resultados favorables obtenidos con la nastina necesitan confirmación. Lo más importante es la profilaxia (leproserias), que en Noruega ha reducido de un modo enorme el número de leprosos, y que también se practica entre nosotros, á lo menos hasta cierto grado.

Figuras 59 y 60. Vaciados procedentes de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner). Muchacha de 17 años, hija de pescadores del distrito de Memel; ha notado trastornos de la sensibilidad, en los brazos y piernas desde hace año y medio; en el cuerpo se observa en unos puntos falta de pigmento, y en otros pigmentaciones. Los músculos de las eminencias tenar é hipotenar, así como los interóseos, están atrofiados.



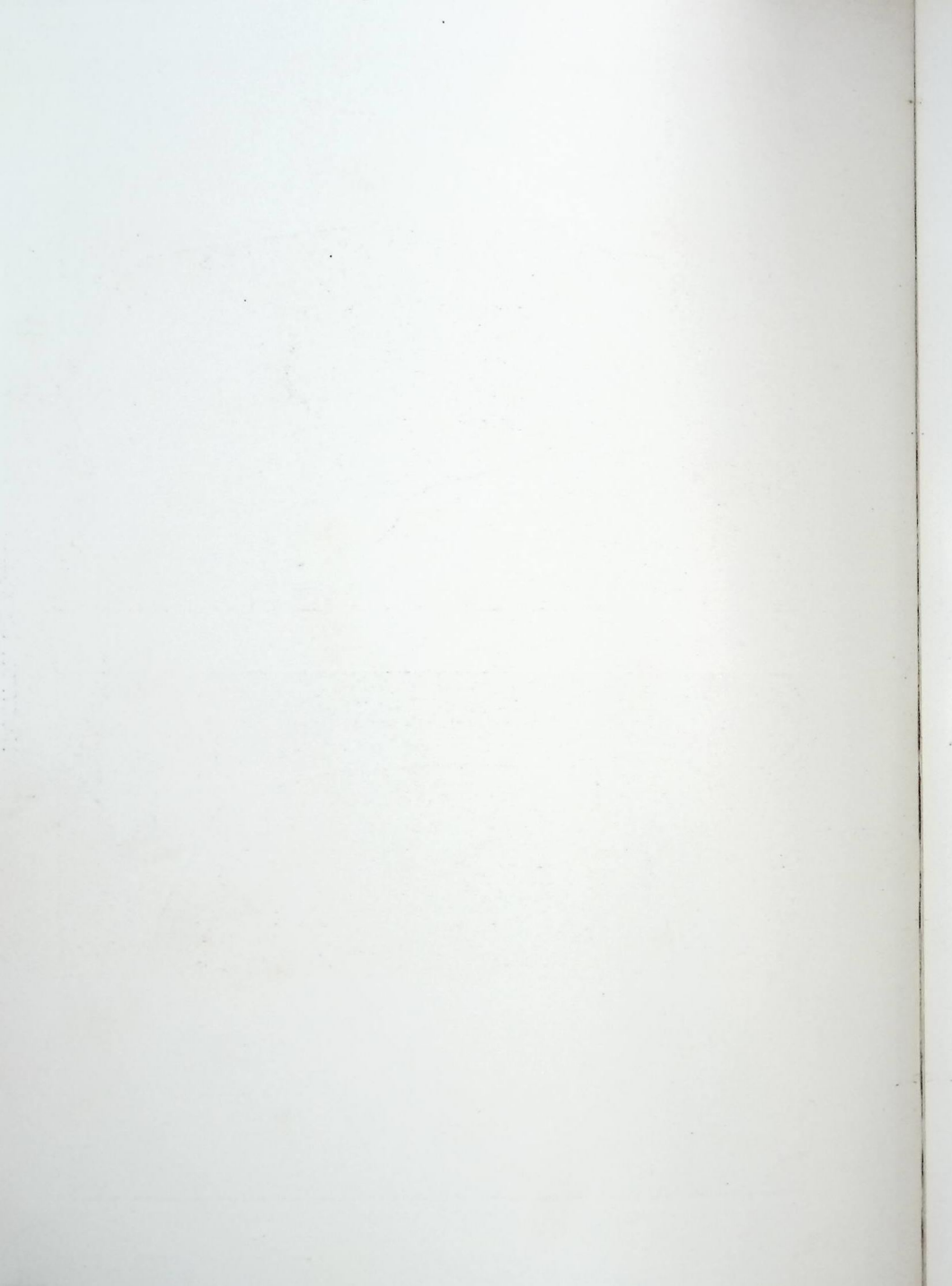
No. 56. Lepra tuberosa (psoriasiformis).



No. 55. Lepra tuberosa.



No. 57. 58. Lepra tuberosa.





No. 59. Lepra anaesthetica.

Rhinoscleroma.

Rinoscleroma.

Lámina 37, Figura 61.

El escleroma de la nariz y de las mucosas, causado por un bacilo capsulado específico, comienza generalmente por las ventanas ú orificios nasales formándose de una tumefacción implantada en los tejidos, de dureza ebúrnea, sensible á la presión, y cubierta de piel ó de mucosa lisa, que progresa hacia el espacio nasofaríngeo, se extiende hasta la laringe, y puede así dar ocasión á trastornos respiratorios. La nariz aparece entonces engrosada, en ocasiones de color rojo-azulado; de las ventanas de la nariz sobresalen á veces porciones de mucosa proliferadas y esclerósicas (fig. 61). Cuando el proceso lleva ya mucho tiempo puede invadir gran parte de la piel de la cara y de las mucosas de la boca y de la nariz: sin embargo, ni llegan á sobrevenir manifestaciones de indole general, ni á producirse destrucciones ulcerosas extensas.

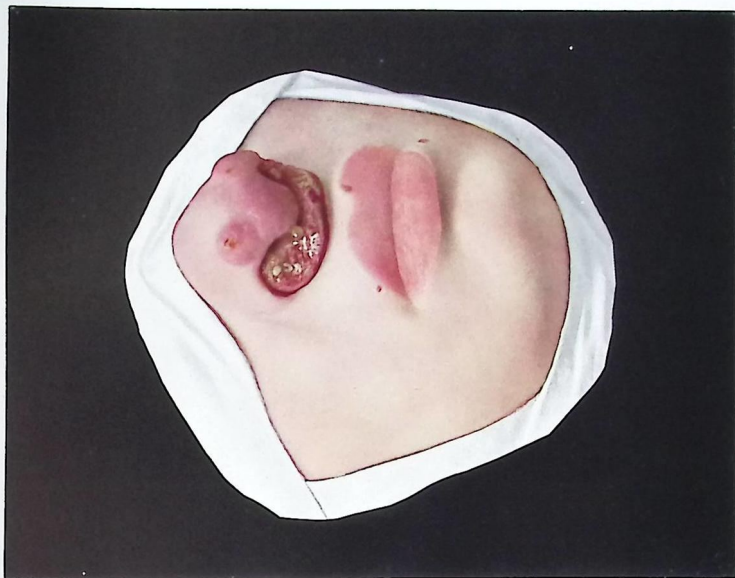
En algunas regiones se ha observado el rinoscleroma con carácter de endémico; los casos aislados son raros.

El **diagnóstico** se hará por la localización, la dureza ebúrnea, el curso, en general benigno, y también por la demostración de los bacilos.

El **pronóstico**, por lo que á la vida se refiere, no es desfavorable sino cuando por ser afectada la laringe, hay peligro de asfixia: á pesar de esto, nunca se ha llegado á la completa curación.

No conocemos todavía una terapéutica seguramente eficaz; las intervenciones quirúrgicas por lo general sólo producen mejorías pasajeras. Se han ensayado los medios cáusticos, como el ácido pirogálico, el ácido crómico y el nitrato de plata en las mucosas; también se ha recurrido al tratamiento por los rayos Roentgen.

Fig. 61. Vaciado procedente del Hospital San Luis, en París (Baretta). Núm. 1.615. Besnier.



No. 61. Rhinoscleroma.



No. 60. Lepra; Malum perforans pedis.

Sporotrichosis Beurmanni.

Esporotricosis de de Beurmann.

Láminas 38 y 39.

Las alteraciones originadas en la piel por la colonización de ciertos hongos filamentosos conocidos con el nombre de esporotricas (*sporotrichum*) han sido descritas principalmente y exactamente determinadas por de Beurmann y sus colaboradores.

La *esporotricosis*, que puede tener un síndrome extraordinariamente variado, se observa con más frecuencia bajo dos tipos: en uno—la “esporotricosis gomosa diseminada tuberculoide,” (fig. 62)—se desarrollan lentamente nódulos subcutáneos múltiples, indolores y profundos, que más tarde invaden la piel y la abomban, se reblandecen en el centro, al comprimirlos dan salida por una estrecha fistula primero á pus espeso y después también á un líquido teñido de sangre. La abertura central, profunda, está rodeada por un anillo duro é infiltrado; el color es rojo azulado. La afección no tiene tendencia alguna á la curación espontánea.

El síndrome se asemeja al de los gomas escrofulosos: sin embargo, faltan la tumefacción ganglionar y los restantes síntomas de la tuberculosis.

En la segunda y más rara forma (fig. 63) se constituye con bastante rapidez y sin elevación de temperatura una úlcera dolorosa, que en el centro muestra tendencia á la cicatrización, en tanto que las partes marginales, que son de forma irregular y bien marcadas, están ocupadas por proliferaciones vellosas papilomatosas. De esta úlcera primitiva parte un cordón linfático con cierto número de nódulos parecidos á gomas, en parte móviles y en parte adherentes á la piel. Estos nódulos acaban por abrirse y trasformarse en placas verrugosas, que tienen cierta semejanza con la lesión primaria: no obstante, también pueden producirse placas verrugosas por inoculación directa, placas cuyo aspecto exterior es por completo análogo al del lupus verrugoso, y sólo pueden diagnosticarse como pertene-

NOTA. En Francia está generalmente admitido, y se ha observado repetidas veces, el síndrome de la esporotricosis de de Beurmann; en Alemania no se ha comprobado de modo cierto, pero en todo caso también debe de existir. Quizás pueda facilitarse la identificación de casos que simulen esporotricosis gracias á la inclusión de esta lámina en el ATLAS. Las figuras se han tomado de los cuadernos III y VI de la *Ikonographia dermatologica*, con la amable autorización del Dr. de Beurmann.

Figuras 62 y 63. Vaciados procedentes del Hospital San Luis, en París (Baretta). Números 2.531 y 2.557. Dr. de Beurmann.

cientes á la esporotricosis mediante ensayos de cultivo (fig. 64). Tal es la "esporotricosis dérmica verrugosa.". Otros focos más recientes, que también se producen por trasmisión directa de los agentes, se asemejan á nódulos de acné, y otros á una placa de eczema seborreico ó de pitiriasis (fig. 65). El doctor de Beurmann designa la última forma como "esporotricosis epidémica, (pitiriasiforme).

Otros tipos de esporotricosis, como la forma "linfático-gomosa,," descrita por Schenk-Hektoen, y la forma "con abscesos múltiples,," de Dor, parecen ser mucho más raras.

La esporotricosis de de Beurmann tiene en los dos tipos antes citados gran semejanza con ciertas formas de tuberculosis, especialmente con el escrofuloderma, así como también con la sífilis gomosa. En la esporotricosis gomosa diseminada tuberculoide la clase de reblandecimiento (formación de una estrecha fistula central rodeada de una zona indurada), así como la falta de otras manifestaciones tuberculosas, sirven para singularizarla. La segunda forma ocasiona alteraciones extensas con mayor rapidez que la tuberculosis y la sífilis.

El **diagnóstico** de la esporotricosis sólo puede hacerse con certeza por el resultado de los ensayos de cultivo. En la mayoría de los medios de cultivo, y con más seguridad en el de Sabouraud, después de sembrar trocitos de tejido, pus, secreción ó escamas, y á una temperatura que oscile entre la del medio ambiente hasta la del organismo humano, se forman al cabo de 5 á 10 días pequeñas colonias blancas, á veces parduscas, rodeadas de una delicada corona radiada y plana, que por el crecimiento posterior se colorea en pardo más ó menos oscuro, y hasta en negro.

Vistas al microscopio, se observa que están compuestas por filamentos largos, á veces ramificados, de unas 2 μ de anchura, rectilíneos ó ligeramente encorvados, y al lado de los cuales se encuentran abundantes esporos ovoideos de diverso tamaño. En el pus, en la secreción, así como en los tejidos, sólo con gran dificultad es dado comprobar microscópicamente la presencia de los hongos. En las inoculaciones en animales se originan alteraciones análogas á las observadas en la esporotricosis; las inoculaciones con pus ó trocitos de tejido no dan ningún resultado.

El **pronóstico** de la esporotricosis, especialmente cuando se hace á tiempo, es en absoluto favorable, pues el **tratamiento** adecuado, que consiste en la administración *intus et extra* de los preparados yódicos, conduce en todos los casos á una curación completa, si bien lenta: lo mejor será dar al interior yoduro potásico y aplicar al exterior vendajes humedecidos en lugol (yodo más yoduro potásico) ó soluciones análogas. Las formas verrugosas y los focos de las mucosas sólo suelen curar después de su enérgica cauterización ó de su escisión.



No. 62. 63. Sporotrichosis (de Beurmann).



No. 64. Sporotrichosis verrucosa.



No. 65. Sporotrichosis epidermica.

Ulcus endemicum tropicum (leishmaniosis ulcerosa cutis; botón de Alepo ó de Biskra, botón de Oriente, etcétera.)

Úlcera tropical endémica (leishmaniosis cutánea ulcerosa).

Lámina 40.

En ciertas regiones de Oriente, en una zona que quizás llegue desde Marruecos hasta el Ganges, se observan endémicamente con bastante frecuencia ulceraciones crónicas causadas por un tripanosoma (el *helcosoma tropicum* ó *leishmania tropica*). Estas úlceras asientan principalmente en las partes del cuerpo que habitualmente no están cubiertas por vestidos, y son únicas ó múltiples. La transmisión se efectúa probablemente por medio de insectos: sin embargo, á pesar de ser esa la regla general, se han observado también casos de autoinoculación á partir de un foco. Después de un período de incubación de varios días hasta de algunos meses se desarrolla al principio una pápula indurada, que provoca fuerte prurito, y que pronto se cubre de costra y se trasforma en una ulceración bastante profunda de bordes bien marcados y fondo desigual de color amarillo-rojizo ó rojo-pardo; en las inmediaciones aparecen pústulas que se destruyen, y aumentan así la superficie ulcerosa, que llega á alcanzar un diámetro de $\frac{1}{2}$ hasta 10 centímetros. Pasados meses, y hasta años, de persistir la úlcera indolente, suele cicatrizar sin que sobrevengan complicaciones.

La leishmaniosis cutánea es importada á Europa con relativa frecuencia por los exploradores y viajeros del Oriente, pero por lo general no se diagnostica. Parece ser que entre nosotros no ocurren nuevas infecciones.

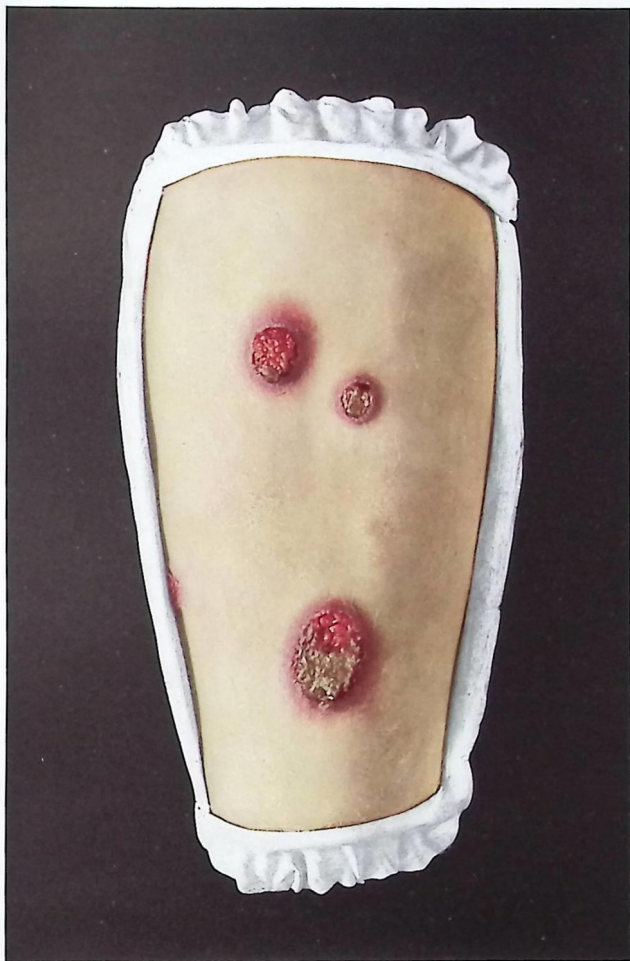
El diagnóstico de la úlcera tropical se hará sin especial dificultad teniendo en cuenta lo inusitadamente crónico del proceso y sin perder de vista el lugar donde ha ocurrido la infección; la fácil comprobación de los parásitos alojados dentro

Fig. 66. Vaciado procedente del Hospital San Luis, en París (Baretta). Figura tomada de la *Ikongraphia dermatologica*, cuaderno IV, con autorización del Dr. de Beurmann.

de las células, y de 3 por 4 μ de tamaño, en el pus exprimido de la úlcera (coloración por el método de Giemsa) asegurará el diagnóstico.

El **pronóstico** es en absoluto favorable.

Desde el punto de vista del **tratamiento** se acudirá en primer lugar á la escisión ó cauterización: también parece ser posible la curación por el tratamiento con los rayos Röntgen y las inyecciones de atoxil. De igual modo cura la afección con más rapidez cuando se espolvorean las úlceras con permanganato potásico finamente pulverizado y se cubren con apósitos humedecidos en soluciones antisépticas ó con azul de metileno.



No. 66. Ulcus endemicum tropicum (Leishmaniosis ulcero cutis).

Trichophytiaë.

Tricoficias.

Láminas 41 á 45.

Se comprenden bajo el nombre de tricoficias una porción de enfermedades que pueden provocarse por colonización de hifomicetos en las partes córneas de la piel (cabellos, uñas y capa córnea), y á veces también en las capas más profundas. La unidad de esos hongos, antes generalmente admitida, no tiene ya justificación posible; á lo menos hay un hongo, el agente causal de la enfermedad de Gruby ó *microsporia* (asimismo bien caracterizada clínicamente), que, según las investigaciones de Sabouraud, debe separarse rigurosamente de los agentes etiológicos de las otras tricoficias. En Alemania hasta hace pocos años no se había observado esta enfermedad epidémicamente en varios puntos, y parece que se ha logrado impedir la ulterior propagación; en cambio, el mayor tanto por ciento de todas las tricoficias lo dan Inglaterra y Francia. Los individuos afectados son exclusivamente niños menores de 15 años; la localización casi única es la cabeza ó el cuero cabelludo, en el cual se encuentran focos redondeados ú ovalados más ó menos abundantes en los cuales los cabellos parecen tronchados, en tanto que la misma piel de la cabeza está cubierta por escamas blancas y grises muy adherentes, y que en algunos puntos están atravesadas por cabellos (fig. 73). Además, las manifestaciones inflamatorias son por completo insignificantes, y hasta pueden faltar en absoluto; en cambio, en las pequeñas placas, que rara vez se observan en la piel del resto del cuerpo y son más frecuentes en la del cuello, suele apreciarse de ordinario un borde inflamado. Esta afección, en extremo pertinaz, suele curar espontáneamente pasada la edad de los 15 años.

En las tricoficias propiamente dichas la localización principal es el tegumento cutáneo: allí se manifiestan con síntomas bastante marcados de inflamación, y por lo general con vivos picores, focos redondeados que en los bordes muestran, ó una corona de vesículas (lo que debe de haber sido la causa de que se llame herpes), ó bien escamas que se desprenden centrifugamente (*trichophytia annularis* ó tricoficia anular, fig. 67). Mientras que el proceso va regresando en el centro avanza por la periferia, y por confluencia de círculos próximos forma figuras serpiginosas. En el curso de la dolencia pueden sobrevenir en el centro brotes secundarios, de

Fig. 73. Vaciado procedente de la Clínica dermatológica de Friburgo (Vogelbacher). Desde hace 3 ó 4 años la *microsporia* se observa en Friburgo con mucha frecuencia.

Fig. 67. Vaciado procedente de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner).

tal modo que se constituyan figuras anulares concéntricas de curiosa forma (*trichophytia iris*, fig. 67). Lo más frecuente es que estén afectados la cara, el cuello y las manos; no obstante, en ocasiones la enfermedad puede localizarse en cualquier parte del cuerpo. En el cuero cabelludo y en la barba las manifestaciones son análogas, sólo que por la rotura de los cabellos cerca de su raíz se forman zonas calvas semejantes á tonsuras. Por la excitación eczematosa se desarrolla el síndrome descrito con el nombre de *eczema marginado* (*eczema marginatum*).

En tanto que los síntomas mencionados se constituyen por la colonización superficial de los hongos, tiene como consecuencia alteraciones aún más graduadas su emigración á los folículos pilosos del cuero cabelludo ó de la barba. En estas enfermedades, descritas con los nombres de *tricoficia profunda* (fig. 68) y *sicosis parasitaria* (fig. 70) ó *Kerion Celsi* (fig. 71), que casi únicamente se observa en las partes del cuerpo muy cubiertas de pelo, se forman nódulos y prominencias duros é irregulares, ó infiltraciones en forma de discos (fig. 72) atravesados por los folículos pilosos distendidos y por pequeños abscesos, que tienen un aspecto como de espumadera y pueden alcanzar extensión considerable. Finalmente, los pelos desaparecen por destrucción de los folículos, y la enfermedad cura lentamente, por lo general con formación de cicatrices.

La afección ungueal en la tricoficia puede tener distintos síndromes: la sustancia de la uña está opaca, resquebrajada y teñida de color pardusco, y la forma ungueal está alterada; encontramos fositas, pequeños surcos, etc. La uña se exfolia fácilmente en sus bordes (fig. 69).

El diagnóstico de las tricoficias no tiene grandes dificultades en los casos en que por procedimientos colorantes ó por maceración en lejía de potasa se logra demostrar la presencia de hongos: los hifomicetos se ven en el microscopio rodeados por un doble contorno, brillantes, y afectando formas segmentadas y con ramificaciones. También pueden utilizarse para asegurar el diagnóstico los cultivos de ensayo. Sin embargo, como no en todos los periodos se consigue la demostración de los hongos, se fijará también la atención en el prurito, la localización, la forma circular, el asiento superficial y la descamación centrifuga de los bordes. En el cuero cabelludo y en la barba servirán para hacer el diagnóstico las zonas semejantes á tonsuras, en las cuales aparecen quebrados los cabellos, y el aspecto mate y á menudo como empolvado de los pelos enfermos, sobre todo cuando se someten á á la acción del cloroformo.

Por lo que se refiere al diagnóstico diferencial debemos considerar en primer

Figuras 68, 70 y 71. Vaciados procedentes de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner).

Fig. 72. Vaciado procedente del Hospital San Luis, en París. Núm. 1.051. Vidal.

Fig. 69. Vaciado procedente de la Clínica de Lassar, en Berlín (Kasten).

término el psoriasis. En esta enfermedad las escamas son mayores, brillan más, y cuando se desprenden por el rascado suelen producirse hemorragias punctiformes; además, por lo general el psoriasis pica menos que la tricoficia. Ciertas formas de eczema pueden también tener semejante distribución: sin embargo, será posible diferenciarlas gracias á la humedad del eczema. Las sifilides tienen color más oscuro y mayor infiltración; el lupus eritematoso discoide se distingue de la tricoficia por la participación de los folículos, así como por la atrofia cicatricial del centro. La sicosis parasitaria de la barba es separable de la forma no parasitaria sobre todo por la cuantía de la infiltración y por la localización profunda. El favus suele tener síntomas semejantes en el período eruptivo: sin embargo, cuando lleva largo tiempo de existencia se desarrollan siempre escudetes (*scutula*); cuando recaen en el cuero cabelludo, resulta á veces muy difícil la distinción de ambas afecciones, sobre todo cuando se ha tratado antes el favus: sin embargo, esta circunstancia no tiene gran importancia práctica; de todos modos, debe fijarse la atención en que en el favus los hongos se encuentran de ordinario en cantidades notablemente mayores.

El **pronóstico** de la tricoficia es favorable; la afección es especialmente tenaz cuando radica en la barba y en el cuero cabelludo.

Tratamiento.—En la piel se consigue sin dificultades la curación valiéndose de medicamentos antibacterianos ú otros semejantes que provoquen un enérgico desprendimiento de la epidermis; la radiación con la luz azul, la tintura de yodo, las fricciones con jabón blando ó con la pomada antiescabiosa de naftol de Kaposi conducen con seguridad al objeto propuesto en las formas vesiculosas y escamosas. De los medios antimicósicos los más usualmente empleados son la crisarobina, el ácido pirogálico, y también el sublimado; este último, disuelto en tintura de benjuí en la proporción de 1 por 100. También obra muy útilmente la breá, pura ó en forma de unguento de Wilkinson. Mas difícil es la terapéutica de las tricoficias profundas. En ellas se recomiendan por lo general primero cataplasmas, con aplicación consecutiva de vendajes humedecidos en solución de subacetato de alúmina al 1 por 100 ó de resorcina; más tarde proporcionarán servicios la crisarobina, la pasta de Brook ó la cataforesis, y además el sublimado.

Siempre se hará la depilación, que inaugurará el tratamiento en las tricoficias del cuero cabelludo; después se procurará la curación con fricciones de pomada de crisarobina, pincelaciones con breá ó tintura de breá, soluciones ó pomadas de sublimado, tintura de yodo, preparados de azufre, pomada de aceite de croton, y, en fin, por la radioterapia, medios con los cuales se logra que desaparezca la enfermedad, si bien á menudo sólo después de mucho tiempo. En la microsporia el tratamiento con los rayos Röntgen constituye el método más seguro y rápido.



No. 67. *Trichophytia annularis* (iris).



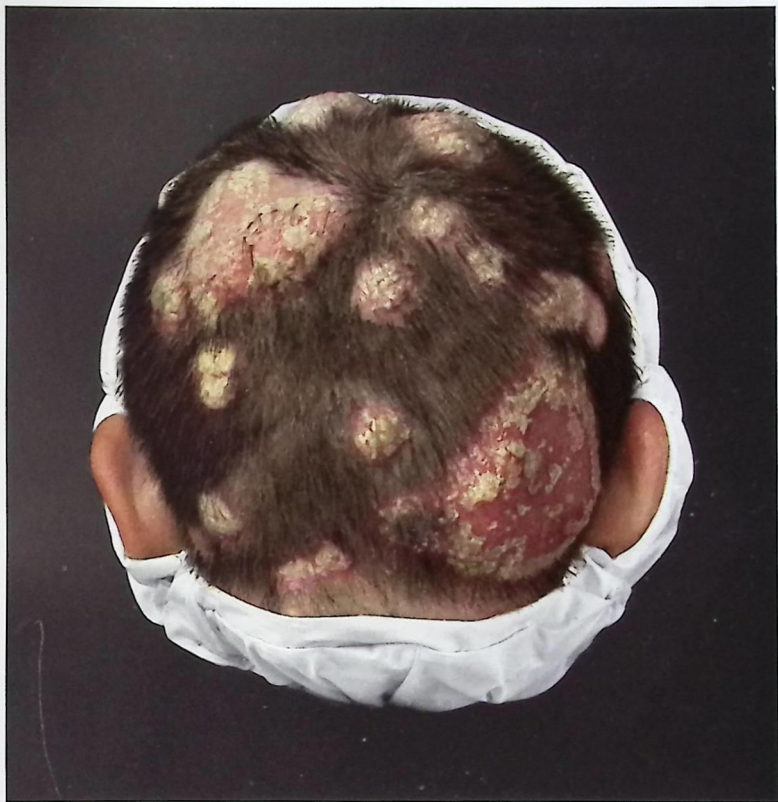
No. 68. *Trichophytia profunda*.



No. 69. *Trichophytia unguium*.



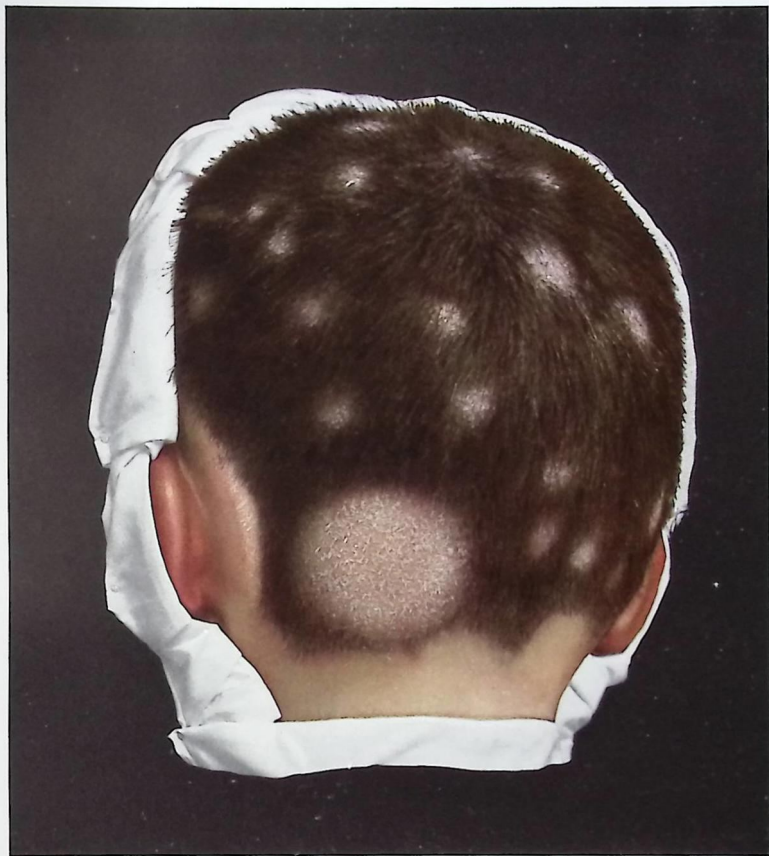
No. 70. *Trichophytia profunda barbae* (*Sysois parasitaria*).



No. 71. *Trichophytia profunda capillitii* (Kerion Celsi).



No. 72. Trichophytia profunda nuchae.



No. 73. *Trichophytia capillitii* (Mikrosporia).

Favus.

Lámina 46.

El favus se observa con más frecuencia en el cuero cabelludo de los niños, y se caracteriza por la formación de los llamados escudetes del favus (*scutula*), discos aplanados, amarillentos ó amarillo de azufre y con depresiones, discos formados por masas espesas de los hongos que son el agente causal de la dolencia (*achorion schönleinii*), entremezclados con detritus y epitelios queratinizados, cubiertos por una delgada capa córnea y atravesados en el centro por un cabello (figura 74); si se levanta el escudete, aparece una depresión que, á consecuencia de quedar al descubierto el cuerpo reticular, está brillante y húmeda. Cuando la enfermedad existe hace mucho tiempo confluyen los escudetes y forman una masa blanchuca como argamasa (*favus confertus*; *confertus* = apiñado, espeso), que en algunas circunstancias puede ocupar gran parte del cuero cabelludo, y sólo en los bordes puede apreciarse que está formada por escudetes aislados. En los puntos enfermos los cabellos carecen de brillo, parecen empolvados, y, como de los escudetes, se desprende de ellos un olor á moho ó á ratones. El curso de la afección cuando recae en el cuero cabelludo es extraordinariamente crónico, y en la mayoría de los casos termina con atrofia cicatricial de la piel consecutiva á la compresión ejercida por los escudetes, y con alopecia definitiva de los puntos afectados.

Más raramente que en la cabeza se padece también la enfermedad en otras partes del cuerpo, formándose entonces al principio círculos escamosos ó guarneidos con vesículas en sus bordes, que se asemejan por completo á los provocados por la tricoficia: sólo cuando llevan largo tiempo se desarrollan en el centro uno ó varios escudetes (figura 75). La afección es mucho menos pertinaz cuando afecta á la piel del tronco y de las extremidades, y cura sin dejar alteraciones definitivas.

En casos raros pueden penetrar en la profundidad los hongos del favus y provocar una afección análoga al *Kerion Celsi* (tricoficia profunda).

También las uñas enferman de favus: por lo general ocurre esto en la misma

Fig. 74. Vaciado procedente del Hospital San Luis, en Paris (Baretta). Núm. 548, Besnier.

Fig. 75. Vaciado procedente de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner).

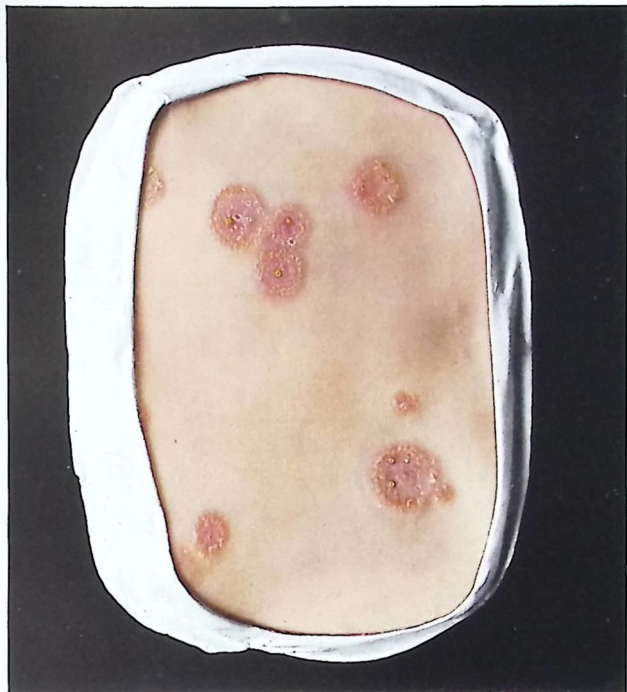
forma que en la tricoficia; á veces se encuentran formaciones escutiformes incluidas en la sustancia misma de la uña.

Nuevas investigaciones han demostrado que, al contrario de lo que Quinke, Unna y otros opinaban, el favus es provocado probablemente por un solo hongo, del cual lo único que puede suponerse es que modifique sus formas evolutivas en los diversos terrenos ó medios en que se desarrolla. Con frecuencia constituyen el punto de partida animales como el gato y los ratones, que son muy sensibles respecto del favus.

El **diagnóstico** es fácil de hacer en general cuando hay escudetes de favus, los cuales al tocarse con alcohol toman un intenso color amarillo, y también cuando puede demostrarse la presencia de los hongos. Debe tenerse en cuenta además el aspecto como empolvado de los cabellos y el olor mohoso peculiar. En la mayoría de los casos, aun después de pasada la enfermedad, las atrofas cicatriciales de la piel de la cabeza permiten hacer el diagnóstico.

El **pronóstico** es favorable cuando el favus se localiza en la piel del cuerpo; pero será reservado cuando asiente en el cuero cabelludo, puesto que pasado largo tiempo el resultado final de la afección lo constituye una alopecia definitiva.

El **tratamiento** consistirá en primer término en procurar separar los escudetes (por aplicación de una gorra ó vendaje empapado en aceite), después de lo cual se llevará á cabo una enérgica depilación, que en el favus muy extenso puede hacerse por la aplicación de la *gorra de pez* (previa narcosis); luego se harán con regularidad lavados con jabón, y se emplearán la crisarobina, la tintura de yodo, el alcohol ó las pomadas con sublimado, y también el naftol; la brea, el ictiol y el tumenol se han empleado además con excelente éxito. La radioterapia proporciona resultados especialmente favorables: no obstante, debe emplearse con precaución, pues en la piel ya atrófica se producen con especial facilidad las úlceras de Röntgen.



No. 75. *Favus scutularis* et herpeticus.



No. 74. *Favus scutularis*.

Pityriasis versicolor.

Lámina 47.

En primer término en las personas que sudan mucho, y por consecuencia con especial predilección en los tísicos, encontramos las manifestaciones de la enfermedad provocada por la inmigración del *microsporon furfur* en la epidermis, ó sea la pitiriasis versicolor (fig. 76), ya dispuestas en forma de manchas pequeñas amarillas ó pardo-amarillentas, ya como superficies mayores y confluentes. Las manchas aisladas de color café con leche radican muy superficialmente, están escasamente elevadas, y rara vez muestran bordes enrojecidos; la descamación furfurácea se produce muy especialmente cuando se restriega sobre ellas; faltan escamas grandes. Al rascarse puede desprenderse toda la capa córnea enferma bajo la forma de una delgada cutícula, quedando entonces visible la piel casi normal. La afección se localiza con especialidad en el tronco, pero en ocasiones se propaga á las extremidades, y también al cuello; en cambio, siempre quedan libres la cara, las palmas de las manos y las plantas de los pies. Generalmente faltan por completo los trastornos ó molestias subjetivas, de modo que á menudo la enfermedad pasa inadvertida.

El **diagnóstico** se hace sin dificultad por el color amarillo, por la localización y por la posibilidad de quitar las manchas rascándolas, y se asegura por el hallazgo microscópico de redes micelianas con abundantes esporos claros y brillantes dispuestos en montones. El **pronóstico** es favorable. El **tratamiento** va seguido fácilmente de buen éxito pasajero: sin embargo, rara vez se alcanza una curación duradera. Todos los medicamentos antimicóticos se han empleado con buen resultado, y además las fricciones con jabón blando, las pincelaciones ó toques con alcohol jabonoso y á veces con adición de naftol al 1 por 100, los baños jabonosos con lociones consecutivas de sublimado, las pomadas de naftol, etcétera. Los mejores éxitos los hemos obtenido con las fricciones cíclicas recomendadas por Besnier y hechas con una pomada que contiene 1 á 3 por 100 de resorcina y ácido salicílico, y de 5 á 15 por 100 de azufre.

Fig. 76. Vaciado procedente del departamento dermatológico del Hospital municipal de Colonia sobre el Rhin (profesor Zinsser).



No. 76. Pityriasis versicolor.

Erythrasma.

Lámina 48, Figura 77.

Principalmente en la superficie del muslo que mira á los órganos genitales, y también en el escroto (fig. 77) y en los grandes labios hasta el surco interglúteo y las partes limitrofes del abdomen, con más rareza en la cavidad axilar (desde donde se propaga al pecho), y en ocasiones también en el tronco, encontramos, en los enfermos afectos de eritrasma superficies pardas ó pardo rojizas, ligeramente escamosas, perfectamente limitadas en forma de arco, y cuyas porciones marginales están poco enrojecidas. El agente etiológico es un hongo miceliano, el *microsporon minutissimum*, y su localización es siempre extraordinariamente superficial. La enfermedad es pertinaz, pero en absoluto inocente. El diagnóstico es fácil de hacer atendiendo á la localización, al color y á la forma furfurácea de la descamación. El tratamiento es el mismo que en las tricoficias superficiales ó en la pitiriasis versicolor (pomada de Besnier).

Pityriasis rósea.

Pitiriasis rosada de Gibert.

Lámina 48, Figura 78.

La *pitiriasis rosada* de Gibert se incluye entre las tricoficias, y la escuela vienesa la identifica con la forma aguda del *herpes tonsurans maculosus*; la mayoría de los autores consideran, en cambio, esta afección, en la cual casi nunca se consigue demostrar la presencia de hongos (en un caso de la Clínica de Friburgo se hallaron hongos por medio del método colorante de Boek), como enfermedad especial, que ó parte de eflorescencias en forma de discos ya existentes desde larga fecha (*médaillon primaire*), ó se desarrollan sin necesidad de ellos. Á expensas de abundantes papulitas rojo-pálidas, aplanadas, que aparecen en forma de brotes, se for-

man discos redondos ó, por lo general, ovalados, pequeños y que pueden llegar hasta el tamaño de una peseta, que confluyen muchas veces, que tienen en su interior color amarillento y muestran en los bordes descamación centrifuga; en algunos casos persisten las papulitas como tales, y sólo algunas de ellas se trasforman en discos mayores. El proceso es en absoluto superficial, y después de un curso de varias semanas sobreviene por regla general la curación espontánea. La enfermedad se localiza de preferencia en el cuello, el pecho y la espalda, y más rara vez en el abdomen y en las extremidades (fig. 78). Las manos, los pies y la cara quedan exentos casi siempre. No hay contagio directo; en cambio, la enfermedad es atribuida á veces á llevar puesta ropa blanca de tejido de algodón y no usada.

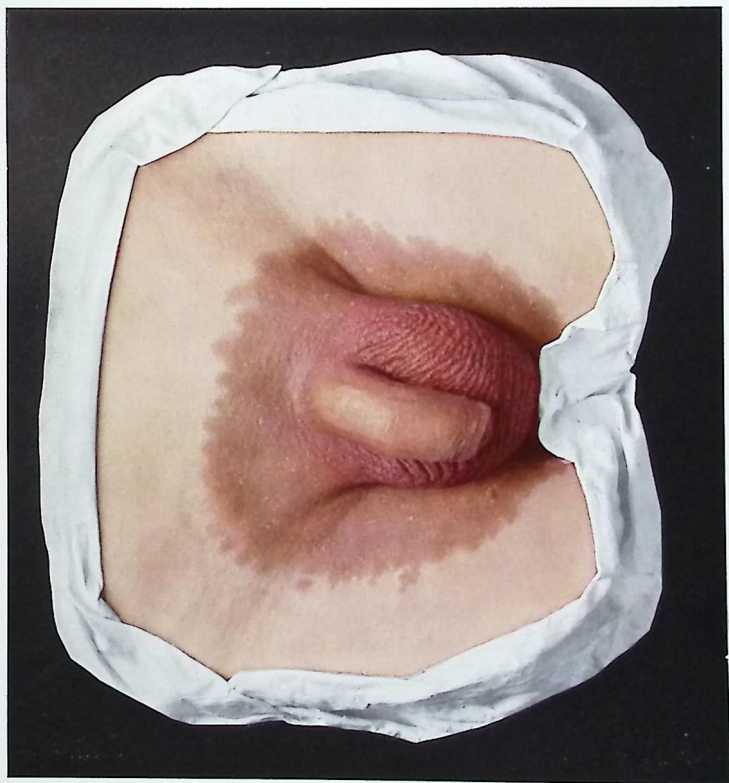
El **diagnóstico** suele hacerse sin dificultad por el curso típico y la localización, así como por formarse discos típicos con centro amarillento y borde rojo-claro y ligeramente escamoso. Se evitarán las confusiones con las erupciones agudas de psoriasis fijándose en la coloración roja más oscura y en la formación de escamas en forma de láminas y más grandes, propias de la afección últimamente citada. Respecto de la roséola sifilitica debe tenerse presente que ésta no se descama, y que por lo general hay otras manifestaciones de sífilis.

Tratamiento.—La pitiriasis rosada cura fácilmente con el empleo de pomadas débiles de crisarobina, naftol, resorcina ó azufre: sin embargo, también se consigue el objeto propuesto con toques de tintura de enebro y engrasando con pasta de zinc.

Los baños con adición de la solución de Vlemingx aceleran la curación.



No. 78. Pityriasis rosea.



No. 77. Erythrasma.

Psoriasis vulgaris.

Psoriasis vulgar.

Se entiende por psoriasis una afección cutánea incurable, crónica y muchas veces hereditaria, cuyo agente causal se desconoce, pero es muy verosímil que sea producida por hongos micelianos, y en la cual las erupciones, que por lo general aparecen por brotes, alternan con intervalos más ó menos libres de manifestaciones. La presencia relativamente frecuente del psoriasis en enfermos con artritis no nos parece suficiente para suponer una relación causal entre ambas enfermedades. En primer término, son características para el psoriasis las eflorescencias primarias, puntitos rojos, pequeños, del tamaño de cabezas de alfiler, que pronto se cubren con escamas fuertemente adherentes, y que en la evolución y propagación posteriores de la dolencia pueden dar lugar á todas las diversas formas del *psoriasis guttata* (fig. 79), *nummular*, *anular* cuando sobreviene la curación central, y *girata* ó *figurata* cuando confluyen focos psoriásicos próximos de forma circular (fig. 81); es además típica del psoriasis la localización, pues por lo general ocupa la cara de extensión de las extremidades y el cuero cabelludo (fig. 82), y también lo es la producción de pequeñas hemorragias punctiformes en el cuerpo reticular de Malpighio que queda al descubierto cuando se ha hecho la prueba del raspado ó al desprenderse las escamas por el rascamiento, y, en fin, la falta de infiltración dura, en oposición con lo que ocurre en otras afecciones semejantes, especialmente en las sífilides escamosas. No es raro observar variedades en lo relativo á la localización, pues no hay sitio del tegumento externo que no pueda ser ocasionalmente asiento de eflorescencias psoriásicas (fig. 86). Incluso en las palmas de las manos y en las plantas de los pies encontramos eflorescencias, no sólo en los casos de afección generalizada, sino también cuando la enfermedad es circunscrita (fig. 87), por lo cual debiera recomendarse desechar por completo la designación antes generalmente empleada para la sífilide pápulo-escamosa de las palmas de las manos y plantas de los pies como psoriasis palmar ó plantar específica. Las mucosas nunca enferman de psoriasis; el llamado psoriasis de la mucosa bucal nada tiene que ver con la dolencia que nos ocupa, y sería mejor llamarle leucoplasia.

Figuras 79 y 82. Vaciados procedentes de la Clínica de Breslau (Kröner).

Fig. 81. Vaciado procedente de la Clínica de Lesser, en Berlin (Kolbow).

Fig. 86. Vaciado procedente de la Clínica Dermatológica de Friburgo (Vogelbacher).

Fig. 87. Vaciado procedente de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner). Hombre de 34 años en el cual á consecuencia de una erupción bastante extensa se observaba también la afección en las palmas de las manos y en las plantas de los pies.

Aun sin tratamiento podemos observar oscilaciones muy considerables en el curso extraordinariamente crónico del psoriasis, circunstancia que dificulta en grado sumo el dictamen acerca del valor de las medidas terapéuticas. Algunos casos tienen muy marcada tendencia á las exacerbaciones agudas, mientras otros permanecen estacionarios mucho tiempo, ó sólo de cuando en cuando se observan en ellos algunas eflorescencias recientes. Las lesiones del epidermis que alcanzan hasta el cuerpo papilar del dermis por efecto del rascado, tatuaje, etc., dan á menudo ocasión al desarrollo de nuevos focos psoriásicos. En ocasiones encontramos la complicación con el eczema.

No sólo en lo relativo á la forma y dimensiones, sino también en otros aspectos, se aprecian á menudo considerables diferencias entre los focos psoriásicos: así, cambian los caracteres y el grosor de las escamas en límites muy extensos, y al lado de escamas relativamente delgadas encontramos depósitos gruesos semejantes á conchas de ostra, con todas las diferencias de coloración, desde el blanco puro y brillante del nácar hasta el amarillo pardusco oscuro ó el gris (figuras 79, 80 y 85). Igualmente cambian la intensidad y extensión del enrojecimiento inflamatorio de la piel que circunda á las escamas; en ocasiones en lugar del enrojecimiento se observa una coloración más bien amarillenta, en tanto que en los puntos declives del cuerpo domina un tinte más lívido.

Como hemos dicho, el proceso se localiza de preferencia en los codos, en las rodillas y en el cuero cabelludo: en cambio, en otros casos encontramos la enfermedad invadiendo porciones más extensas de la superficie cutánea. En las erupciones muy agudas ocurre que apenas queda libre ninguna parte del cuerpo; además, pueden sobrevenir graves síntomas generales, mientras que en las afecciones circunscritas no se altera nada el estado general. Sabido es que los psoriásicos, entre los cuales predominan los enfermos del sexo masculino, suelen ser individuos robustos y bien nutridos. De síntomas subjetivos suele haber en las formas crónicas un prurito, por lo general insignificante, en tanto que en las formas muy agudas y extensas erupciones los enfermos se quejan á menudo de una penosa sensación de sed. Digna de mención es la enfermedad de las uñas (figuras 83 y 84), en la cual observamos engrosamiento de la sustancia ungueal, opacidad, exfoliación y resquebrajamiento de la uña y su desprendimiento de la matriz ungueal. En las erupciones graves pueden desprenderse las uñas por completo.

El pronóstico del psoriasis es favorable, por cuanto sólo en casos excepcionales se altera el estado general, y de ordinario se logra curar las diversas erupciones. Es imposible la curación definitiva del psoriasis.

El diagnóstico diferencial se hará en primer término respecto de la sífilis, el eczema seborreico, el lupus eritematoso, el eczema y la tricoficia. Esta última se excluirá por la insignificancia del picor, la falta de los hongos y el curso crónico de la dolencia. Respecto del lupus eritematoso debe advertirse que el psoriasis no forma nunca cicatrices, y además falta en esta última afección la participación de

los folículos. El eczema seborreico esternal (liquen circunscrito de Villan) suele dar lugar á escamas por lo general más grasientas y pequeñas, tiene coloración amarillo-rojiza más clara, y es típica su localización en el pecho y en la espalda. Más difícil es la distinción respecto del eczema, especialmente por la circunstancia que á veces se combinan ambas enfermedades. En tal caso decidirán por lo general la localización, la circunstancia de que el psoriasis puro nunca produce exudado, y la comprobación de las eflorescencias primarias de una ú otra enfermedad. En lo relativo á la sífilis debe citarse que las manifestaciones luéticas se localizan de preferencia en la cara de flexión de las extremidades, y en el periodo papuloso, que es el único que debe ahora mencionarse, se observa infiltración dura. Las lesiones producidas por el rascado faltan en la sífilis. En casos dudosos decidirá el resultado favorable ó el fracaso de un tratamiento antisifilítico general.

El **tratamiento** es interno (ó subcutáneo), ó consiste en un tratamiento externo de los puntos enfermos. Entre los medicamentos de uso interno el mejor es el arsénico, el cual, debidamente empleado (pildoras asiáticas ó inyecciones de la solución de arseniato sódico), conduce casi siempre á la curación, con coloración oscura de los puntos psoriásicos. En general se recomienda reservar la arsenoterapia para los casos de psoriasis más graves. Menos seguro, pero, no obstante, eficaz en una porción de casos es el yodo, del cual podemos prometeros principalmente buen éxito cuando se administra á grandes dosis en forma de yoduros alcalinos. Todos los otros medicamentos (preparados tiroideos, etc.) han demostrado su completa ineficacia, ó á lo menos su inseguridad.

En el tratamiento externo del psoriasis debe individualizarse rigurosamente: las erupciones agudas que reaccionan con facilidad á los medios irritantes con aumento de los síntomas inflamatorios se tratarán del mejor modo con baños y pomadas ó pastas indiferentes, á los cuales se añadirán de 2 á 5 por 100 de precipitado blanco de mercurio, ó preparados suaves de brea, como la solución carbónica detergente. También exigen alguna precaución los *casos no agudos*, pues á veces una terapéutica demasiado enérgica provoca la extensión de la enfermedad hasta entonces limitada á pocos focos.

El tratamiento usualmente generalizado con medios irritantes, como la crisarobina, el ácido pirogálico, etc., está indicado principalmente en los casos que tienen tendencia á la ulterior propagación y van acompañados de inflamación moderada.

El tratamiento se propondrá en primer término la separación de las masas escamosas por medio de sustancias macerantes: baños, fricciones y lavados jabonosos, pomadas salicilicas y jabones con mucha grasa, vendajes empapados en alcohol, y también el sencillo engrasamiento, además de frecuentes lociones, conducen pronto al resultado propuesto. Una vez desprendidas las escamas, será el momento de emplear los medicamentos ligeramente irritantes. En primer término tenemos la crisarobina, la cual se usa en pomadas del $\frac{1}{2}$ al 5 por 100, con las cuales se fricciona una ó dos veces al día hasta que se produce ligera irritación de la piel (1). En la cara, así como en el cuero cabelludo, debe evitarse el empleo de

(1) La acción de la crisarobina depende exclusivamente de las cualidades muy va-

esta sustancia á causa del desagradable color que comunica á la piel y al cabello, y por su efecto irritante sobre la conjuntiva.

Si sobreviene una dermatitis crisarobínica ó parece inminente, se suspenderá la aplicación de la pomada, y se sustituirá por pomadas indiferentes, pastas ó preparados de brea hasta que la irritación haya pasado. Entonces la piel normal toma una coloración oscura, azulado-rojiza hasta rojo-pardusca; las partes enfermas aparecen primero de color blanco puro, y sólo cuando la curación se ha completado toman la coloración de la crisarobina. Cuando se trate de puntos circunscritos se empleará la crisarobina disuelta en cloroformo al 10 por 100, y se pincelará encima con traumaticina.

De modo semejante, aunque con menos eficacia, obra el ácido pirogálico, que se emplea en forma de pomada al 5 por 100. (Téngase presente su efecto tóxico, y no se trate de una vez más de $\frac{1}{5}$ de toda la superficie del cuerpo. Examinese además la orina para ver si contiene albúmina.)

La brea se emplea principalmente en forma de baños, aceite y tintura de brea, y es un medicamento muy apreciado en el tratamiento del psoriasis de la cabeza. La solución carbónica detergente, que á causa de su falta casi completa de color y su débil olor es también útil para ser aplicada en partes del cuerpo que habitualmente están descubiertas, es un medicamento más suave. El medio más anodino es la pomada de precipitado blanco de mercurio del 5 al 10 por 100, combinada eventualmente con la solución carbónica, y principalmente empleada en el tratamiento del psoriasis de la cara y de las manos; también puede usarse con ventaja en la cara la pomada de hidracetina al 10 por 100 (téngase cuidado, pues es muy venenosa).

Los puntos psoriásicos en que la afección es especialmente pertinaz curan con frecuencia con el eugalol, derivado del pirololol, el cual se aplica mezclado con dos partes de acetona y se cubre con pasta ó polvos de zinc. Sin embargo, este remedio sólo es aplicable á puntos aislados y no demasiado extensos. La radiación con los rayos Röntgen, que no debe sobrepasar la dosis productora de eritema, cura con rapidez las placas antiguas de psoriasis pertinaz; lo mismo obra el *radium*. Las erupciones superficiales extensas se tratan ventajosamente con la luz de mercurio (uvio). El empleo regular de baños termales (sulfurosos), ó los baños sencillos con agua caliente ó vapor, corroboran el tratamiento; los baños de mar actúan á menudo desfavorablemente. Cuando hay un eczema simultáneo, lo primero será procurar que desaparezca éste, y después se comenzará con cuidado el tratamiento del psoriasis. La dieta vegetal, que por varios lados se recomienda calurosamente, no da, según nuestra experiencia, ningún resultado seguro.

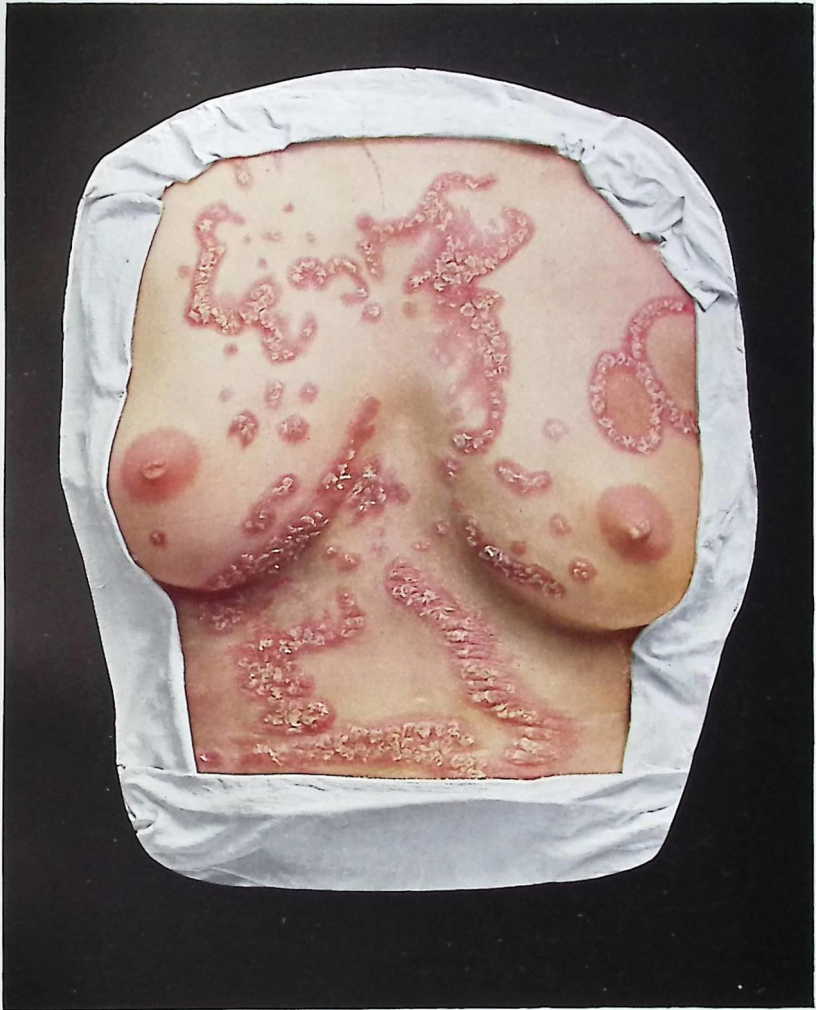
riables de la droga: solamente los preparados que producen una dermatitis después de largo empleo, lo cual, á nuestro modo de ver, es de gran importancia para la curación del psoriasis, son utilizables para el tratamiento.



No. 79. Psoriasis vulgaris guttata et ostracea.

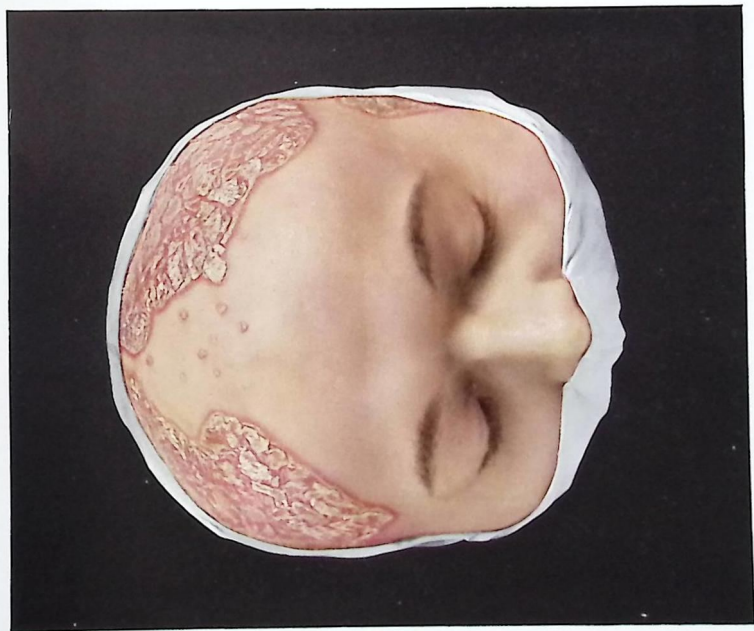


No. 80. Psoriasis vulgaris.

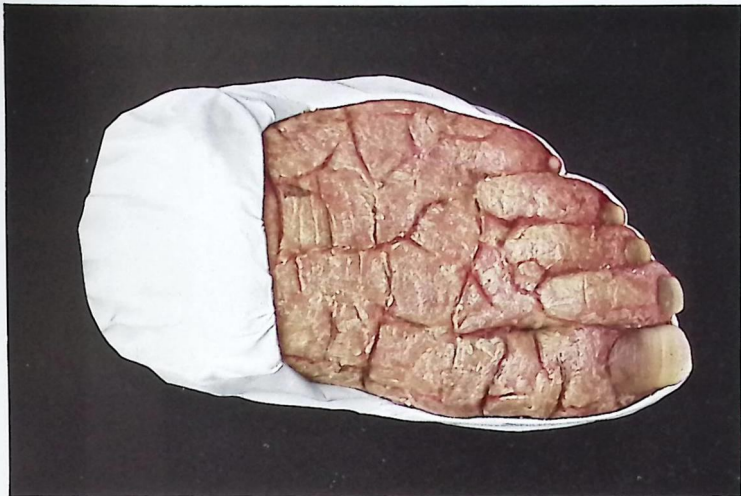


No. 81. Psoriasis gyrata et serpiginosa.





No. 82. Psoriasis vulgaris capitis.



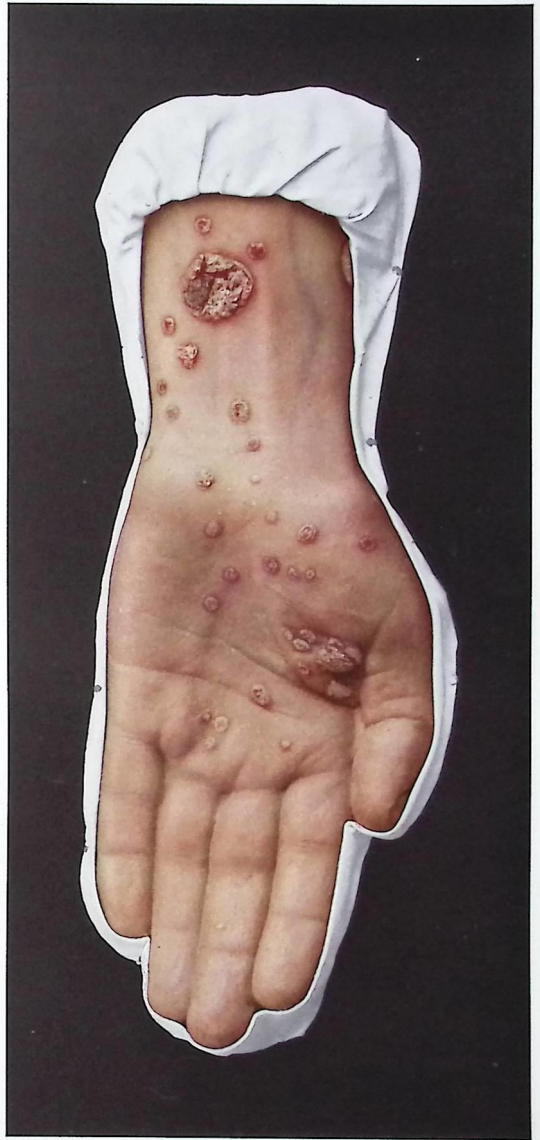
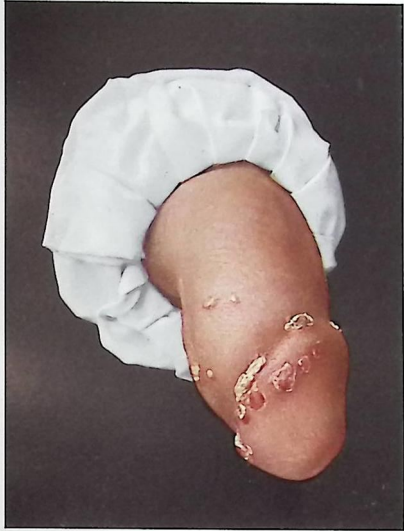
No. 83. Psoriasis vulgaris unguium.



No. 84. Psoriasis vulgaris unguium.



No. 85. Psoriasis vulgaris rupioides.



No. 86. 87. Psoriasis vulgaris.

Lichen planus.

Liquen plano.

Láminas 54 á 56.

Se comprenden bajo el nombre de liquen aquellas enfermedades en las cuales la eflorescencia primaria está formada por un pequeño nodulillo, que ya no se desarrolla más; verdadero derecho á tal nombre sólo lo tienen el *liquen rojo plano* y el *acuminado* (*lichen ruber planus et acuminatus*); este último es una enfermedad muy rara, observada por primera vez por Hebra, en la cual aparecen abundantes papulitas rojas, puntiagudas y provistas de un pequeño cono córneo, que por confluencia pueden formar una superficie áspera parecida al papel de lija. Cuando la extensión de la dolencia es mayor participan de ella las uñas, caen los cabellos, y los casos más graves terminan por la muerte con el síndrome de una grave enfermedad general. Aún está por esclarecer si en la actualidad ya no se presenta esta forma, ó si á consecuencia del tratamiento arsenical introducido por Hebra se logra impedir tal evolución.

La mayoría de los casos hoy observados de liquen rojo (*lichen ruber*) pertenecen al liquen plano (*lichen planus*), cuyas eflorescencias primarias muy pequeñas pueden llegar al tamaño de cañamones, rara vez mayores, constituyendo nódulos de brillo céreo y color rojo claro, por lo general de superficie plana ó poligonal (fig. 88), y que á veces están cubiertos por escamitas fuertemente adheridas. Cuando confluyen muchos nodulitos la piel tiene á trozos un aspecto característico. La regresión sobreviene con gran depósito de pigmento, y á menudo comienza por el centro en tanto que la afección progresa por los bordes, de tal manera que la piel adquiere un aspecto como de *chagrin*. Entre los síntomas subjetivos debe citarse especialmente un intenso prurito, que por su parte ocasiona, con motivo del rascado, la formación de estrechas bandas formadas por nodulitos de liquen. Por lo demás, también los nódulos de liquen se encuentran dispuestos de muy diverso modo, ya en forma de discos, ya en forma reticular ó circular (liquen anular, *lichen annularis*, fig. 91). En la pierna, especialmente cuando la enfermedad lleva largo tiempo de existencia, el liquen adquiere un aspecto especial, como verrugoso (liquen verrugoso, *lichen verrucosus*, fig. 90). Esta enfermedad crónica sobreviene por regla general en forma de brotes, y desaparece con gran lentitud, á veces con atrofia de las porciones de piel ocupadas por los nodulitos (liquen atrófico, *lichen atrophicus*, fig. 89). La localización de la dolencia es con frecuencia la cara de extensión de las extremidades (fig. 88): sin embargo, pueden

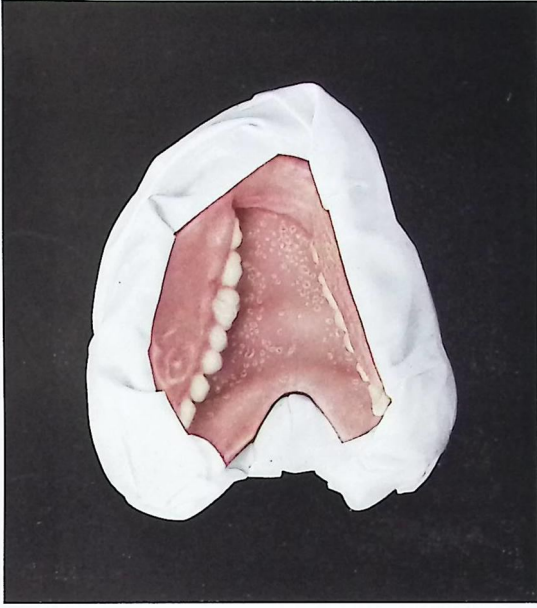
Figuras 88 y 91. Vaciados procedentes del Hospital San Luis, en Paris (Baretta). Números 1.398 y 1.554, de Hallopeau.

Fig. 90. Vaciado procedente de la Clínica dermatológica de Friburgo (Vogelbacher).

Fig. 89. Vaciado procedente de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner).



No. 90. Lichen planus verrucosus.



No. 92. Lichen planus mucosae oris.



No. 91. Lichen planus annularis.

Lichen simplex chronicus Vidal.

Liquen simple crónico de Vidal.

Lámina 57, Figura 93.

La afección cutánea crónica designada con el nombre de *liquen simple crónico de Vidal* (neurodermitis de Brocq, dermatitis liquenoide pruriginosa) se localiza en la nuca, cara interna de los muslos, rodilla y codo y en las márgenes del ano; más rara vez asienta en las caras laterales del abdomen. Esta afección debe separarse de las verdaderas formas de liquen. En los puntos afectos, en los cuales al principio no se aprecia ninguna alteración ó sólo escasa, sobreviene un vivo prurito que obliga á los enfermos á rascarse, con lo que al fin se provoca el cuadro clínico de la afección, observándose en el período culminante una parte central, interna, afecta de liquen, gris ó gris-pardusca, rodeada de una zona más clara, en la cual se encuentran nodulitos semejantes á los del liquen, más ó menos abundantes, pequeños, poco escamosos y por lo general rascados. La enfermedad es de cronicidad extraordinaria, y la padecen con más frecuencia las mujeres que los hombres. El diagnóstico de los casos que han evolucionado por completo suele hacerse sin dificultad por la localización, el curso crónico y la falta de manifestaciones inflamatorias muy acentuadas, así como también por los típicos nódulos. En casos dudosos decidirá la eficacia ó falta de resultado del tratamiento arsenical. El tratamiento mejor de tan molesta enfermedad consiste en el empleo de pomadas de brea y crisarobina. La excitación pruriginosa se corregirá con la aplicación de un emplastro salicílico bien adherente, ó por medio de la cola de zinc; también van seguidas de resultado las escarificaciones, sobre todo cuando hay placas con gran infiltración. El tratamiento general con los arsenicales carece en esta enfermedad de eficacia; en cambio, en muchos casos resulta útil la radioterapia.

Pityriasis rubra pilaris.

Lámina 57, Figura 94.

La *pityriasis rubra pilaris* constituye una enfermedad extraordinariamente crónica, pero benigna, en oposición al liquen rojo acuminado (*lichen ruber acuminatus*).

Fig. 93. Vaciado procedente de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner).

Fig. 94. Vaciado debido al Dr. Bayet, de Bruselas.

tus), con el cual se identifica repetidas veces. En la pitiriasis rubra con síntomas moderados de inflamación se forman en los folículos pequeños conos córneos, á veces con depresión central, de color desde blanco hasta gris, y atravesados por un pelo. Estas eflorescencias se localizan especialmente en el dorso de las manos, en los brazos, en las piernas y en el tronco; á veces confluyen los nodulitos y dan á la piel un carácter áspero como de papel de lija. En algunos puntos no es ya apreciable la procedencia de los folículos, por lo cual la piel tiene un aspecto psoriasisiforme. Las palmas de las manos y las plantas de los pies muestran engrosamiento del epidermis y de los pliegues cutáneos; hay acentuada participación de las uñas. La intensidad de la inflamación varía en límites considerables. En casos típicos se hará sin dificultad el **diagnóstico** de esta enfermedad, en extremo rara, por la presencia de nodulitos córneos y cónicos y por su localización. El **pronóstico** es favorable. El **tratamiento** consiste en balneación, empleo de crisarobina, brea ó pirogalol; al contrario de lo que ocurre en el liquen, carece de eficacia el tratamiento arsenical.



No. 93. Lichen simplex chronicus (Vidal).



No. 94. Pityriasis rubra pilaris.

Exfoliatio areata linguæ.

Glositis exfoliatrix marginada.

Lámina 58, Figura 95.

En esta afección sin causa comprobable se producen en la punta y bordes laterales de la lengua manchas gris-blanquecinas, á veces amarillas, redondeadas, que progresan rápidamente y forman líneas arqueadas de una anchura de $\frac{1}{2}$ á 3 milímetros, que limitan espacios de mucosa algo deprimidos, de color rojo vivo de tono más intenso que el resto de la lengua. Los bordes, constituidos por gruesas masas de epitelio, se extienden en forma de segmentos de círculo; pero, no obstante, no pasan de la línea media, llegando sólo excepcionalmente á la mitad inferior de la lengua. Por la confluencia de segmentos de círculo próximos, así como por la producción de nuevos anillos en el centro, se originan figuras de orla, guirnalda ó semejantes á cartas geográficas. Gradualmente van palideciendo las porciones centrales, vuelven á tomar los caracteres normales de la mucosa, desaparecen los bordes blanquecinos, y curan los puntos enfermos sin que queden cicatrices: no obstante, el proceso puede prolongarse por nuevos brotes, y persistir por lo general meses, y hasta años.

Los trastornos subjetivos suelen ser escasos, y consisten en cierta hipersensibilidad; á pesar de todo, á veces se han observado sensaciones dolorosas más acentuadas.

La enfermedad es más frecuente en los niños, en los cuales por lo general suele curar á la edad de 5 á 6 años; en los adultos es de duración ilimitada. La etiología es absolutamente desconocida; en algunos casos se ha demostrado la herencia.

El diagnóstico es fácil de hacer en vista de los característicos círculos que progresan con rapidez y de las porciones de mucosa en ellos comprendidas, de color rojo intenso; las placas mucosas sifilíticas son menos rojas, su epitelio es

Fig. 95. Vaciado procedente del Hospital San Luis, en Paris (Baretta). Núm. 2.235. Meurman y Ramond.

blanquecino de un modo general, y no sólo en los bordes; son dolorosas, á menudo están erosionadas, y su configuración no cambia tan rápidamente; en fin, desaparecen con el tratamiento específico. La leucoplasia lingual tiene un síndrome constante, sin manifestaciones inflamatorias recientes.

El **pronóstico** es favorable en cuanto no se originen afecciones más graves que tomen como punto de partida la glositis marginada. Por lo que se refiere á la curación, es muy dudosa en los adultos.

Se desconoce un **tratamiento** eficaz: los colutorios con cocimiento de manzanilla ó de mirtilo, con ácido bórico, sal común, clorato potásico, etc., sólo producen resultado pasajero, y lo mismo ocurre con las causticaciones con ácido láctico, el ácido crómico, el nitrato de plata y otros medios.

Leucoplasia.

Lámina 58, Figura 96.

En la lengua, sobre todo en sus bordes, en la porción de la mucosa de la mejilla que está en contacto con los dientes, en los labios y comisuras labiales, se encuentran placas redondeadas, á menudo confluentes, en las cuales el epitelio está engrosado y opalino. Estas placas evolucionan con cronicidad suma, sobre todo en bebedores y fumadores; son poco ó nada prominentes, y sus bordes no están inflamados, ó sólo lo están de un modo insignificante. La mayor parte de las veces ha habido antes sífilis: sin embargo, la leucoplasia no puede considerarse de modo seguro como afección específica, puesto que se observa también en sujetos no sífilíticos, y el tratamiento antilúético tiene sobre ella escasa influencia. En los puntos afectos por irritación continuada puede desarrollarse un cancroide. Por lo general sólo hay molestias muy moderadas: sin embargo, pueden producirse fisuras dolorosas.

El **diagnóstico** no es nada difícil en los casos típicos: la larga persistencia, la localización y la ausencia de manifestaciones inflamatorias permiten distinguir la afección de las placas sífilíticas. El líquen plano de la mucosa bucal apenas se observa aislado en la mucosa de la boca; la lengua geográfica es congénita, y en ella se observa un cuadro que cambia con mucha rapidez.

El **pronóstico** es favorable de por sí, prescindiendo de los casos, no muy raros, en que sobre la base de la leucoplasia se origina un carcinoma. El **tratamiento** da resultados poco favorables en dolencia tan pertinaz, y sólo puede producir la curación en los procesos más precoces. Además del tratamiento local con ácido crómico ó láctico, papayotina y alcohol salicílico se han recomendado los lavados con cocimiento de mirtilo; el tratamiento mercurial intenso produce á veces mejoría de la leucoplasia. En un caso ligero en que la dolencia persistía hacía varios años y en que el mercurio falló, obtuvimos una curación completa y duradera después de algunas inyecciones de salvarsán. Se comprende desde luego que deben prohibirse tanto el uso del alcohol y del tabaco como las comidas con muchas especias.

Fig. 96. Vaciado procedente del Hospital San Luis, en Paris (Baretta). Núm. 1.573. Fournier.



No. 96. Leukoplakia linguae.



No. 95. Exfoliatio areata linguae.

Lingua scrotalis.

Lengua escrotal.

Lámina 59, Figura 97.

La lengua escrotal, así llamada por su semejanza con el escroto retraído por el frío, es una enfermedad generalmente familiar, en la cual el revestimiento mucoso, en cierto modo excesivo para el cuerpo de la lengua, está dispuesto en abundantes repliegues ramificados longitudinales y transversales. Á menudo los pliegues están situados como las nerviaciones de las hojas de un árbol (fig. 171). Á causa de irritaciones locales producidas por la descomposición de residuos alimenticios en la profundidad de los pliegues puede constituirse una inflamación superficial; si se prescinde de esto, es una enfermedad que carece de importancia.

Aphthæ.

Aftas.

Lámina 59, Figura 98.

Se designan con el nombre de aftas (estomatitis aftosa) unas placas redondeadas ú ovas de color blanquecino ó amarillento, de bordes estrechos y rojos, muy circunscritas, que aparecen de un modo subagudo ó agudo (en este último caso coincidiendo con los síntomas de una infección general) y que se localizan en la boca, especialmente en los labios, la lengua, la encía, y también en el paladar duro, y con más rareza en el blando. Las aftas pueden tener configuración irregular por la confluencia de varias, y alcanzar gran extensión. Ocasionan, principalmente cuando se come, molestias bastante considerables, y curan pasadas 2 ó 3 semanas, en caso de que no se retrase la curación por nuevos brotes. En los órganos

Fig. 97. Vaciado procedente de la Clínica dermatológica de Friburgo (Johnsen).

Fig. 98. Vaciado procedente de la Policlínica del profesor M. Joseph, de Berlín (Kolbow).

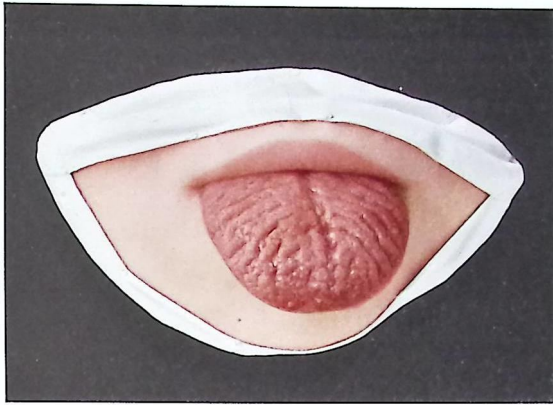
genitales femeninos se observan á veces erupciones análogas. En los casos febriles, que son más graves, suele haber síntomas de estomatitis general. La enfermedad es más frecuente en los niños que están en la dentición, pero tampoco es raro observar aftas recidivantes en los adultos.

Es muy probable que las aftas sean causadas por agentes diversos de índole bacteriana, á cuya acción contribuirían trastornos digestivos ó mala dentadura como factores susceptibles de favorecer su producción.

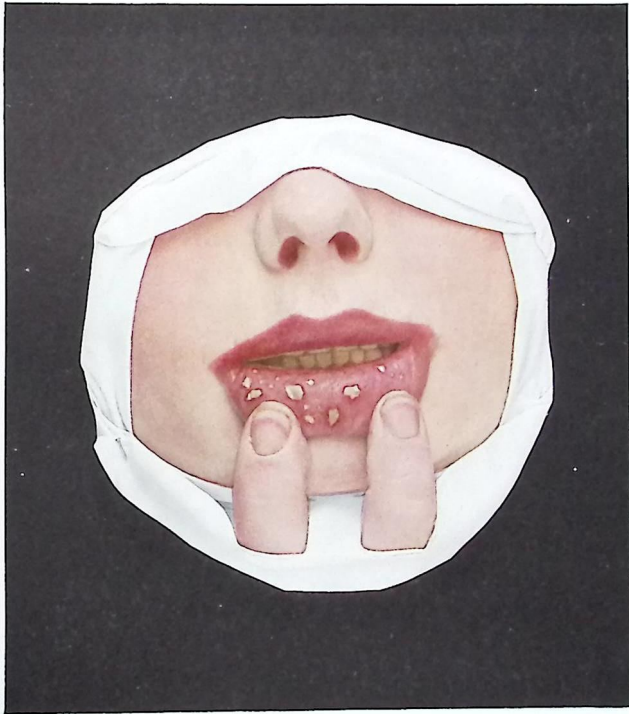
El **diagnóstico** en los casos de producción aguda suele hacerse sin dificultad atendiendo á la localización y al curso típico; los enfermos que han sufrido antes la infección sífilítica están muy propensos á considerar las aftas recidivantes como manifestaciones específicas, lo que á menudo les ocasiona grandes cavilaciones.

El **pronóstico** en general es favorable: no obstante, no hay medio de impedir las recidivas.

El **tratamiento** consistirá en primer término en prescribir una alimentación lo menos irritante posible, y en los casos en que los dolores dificulten la alimentación, en toques con cocaína, y espolvorear con ortoformo, anestésina y medios semejantes para combatir la hiperestesia. Además, se emplearán colutorios con cocimiento de manzanilla, ácido bórico, agua oxigenada, solución de subacetato de alúmina ó de permanganato potásico muy diluido. Los toques con solución concentrada de nitrato de plata ó con lápiz de la misma sustancia aceleran la curación.



No. 97. Lingua scrotalis.



No. 98. Aphthae.

Stomatitis mercurialis.

Estomatitis mercurial.

Lámina 60, Figura 99.

Cuando el mercurio actúa durante mucho tiempo ó con intensidad, ya se haya ingerido con fines curativos ó se haya absorbido por obreros en las faenas industriales, se produce en primer lugar un gran aflujo de saliva y la movilización de los dientes en sus alvéolos; si no se suspende en seguida la administración del mercurio, se llega á la formación de ulceraciones de las encías, muy dolorosas y cubiertas por un exudado lardáceo, que se localizan en la mucosa de las mejillas y en la de los labios que están en contacto con los dientes, así como en los bordes linguales, desarrollándose al mismo tiempo una repugnante fetidez del aliento; en casos muy graves los dientes caen, y en toda la boca se producen úlceras semejantes cubiertas por una capa necrosada, y á veces muy profundas. Además, padece ó se resiente el estado general en alto grado, por cuanto no sólo se perturba por otros síntomas de intoxicación, como diarreas, sino también por los dolores y la imposibilidad de alimentarse suficientemente. La producción de la estomatitis mercurial se favorece por el uso del tabaco, por la limpieza bucal defectuosa y por la presencia de dientes cariados.

El **diagnóstico** se hace sin dificultad por las ulceraciones características, especialmente por su localización, y atendiendo á los factores etiológicos.

El **pronóstico** sólo es dudoso en los casos muy graves. Por lo demás, es favorable.

Tratamiento.—Lo más importante es la profilaxia: antes de comenzar un tratamiento mercurial se extraerán todos los dientes cariados; durante la cura, y lo mismo en los obreros que están muy en contacto con mercurio, se limpiará la boca cuidadosamente, y se harán también frecuentes colutorios con soluciones débilmente antisépticas y astringentes, como de subacetato de alúmina, de clorato potásico, agua oxigenada, etc.

Fig. 99. Vaciado procedente de la Clinica de Finger, en Viena (Dr. Henning).

Si se ha producido una estomatitis ulcerosa, se cauterizarán las úlceras con nitrato de plata en sustancia, previa anestesia con cocaina, ó bien con solución concentrada de nitrato argéntico, con ácido bromhídrico, ó ácido crómico al 10 por 100. También obran favorablemente las pincelaciones con bálsamo del Perú ó perhidrol. Los colutorios con soluciones muy débiles de sublimado (iprecación!), de permanganato potásico, clorato de igual base, agua oxigenada, tintura de mirra ó de ratania muy diluidas se harán con tanta frecuencia como sea posible. Además, se emplearán los anestésicos locales, como cocaina, anestésina, cloroforno, ortoformo y otros semejantes para permitir á los enfermos la alimentación, que á menudo estará durante mucho tiempo reducida á la ingestión de alimentos líquidos, y cuando los dolores sean muy grandes no se podrá prescindir de los narcóticos é hipnóticos.

Dyschromia gingivæ saturnina.

Ribete plúmbico.

Lámina 60, Figura 100.

Como sintoma en extremo característico de la intoxicación por el plomo, y que puede apreciarse precozmente, se observa especialmente en los cajistas de imprenta, en los pintores de puertas y ventanas, y también en otros obreros que están en contacto con plomo, una orla plúmbica, una coloración azulado-negrucza de la encía, que recae principalmente en el borde de implantación dentaria y entre los dientes, y que consiste en sulfuro de plomo que se ha depositado en los tejidos. En casos graves hay además estomatitis con fetidez de aliento y lengua tumefacta y saburrosa.

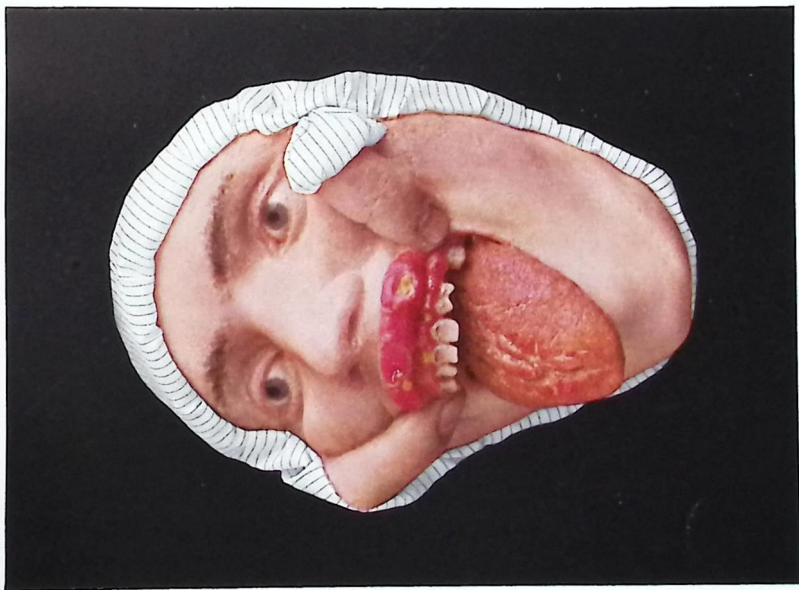
El **diagnóstico** de este sintoma tan característico es fácil de hacer: se evitará la confusión con el depósito negruzco y perceptible á través de la encía que se observa en los dientes de los fumadores, introduciendo una tira de papel blanco por debajo del borde de la encía.

No hay un **tratamiento** especial para la orla saturnina: lo principal es la *profilaxia*, que debe precaver en lo posible la penetración en el organismo de sustancias que contengan plomo, por la respiración ó por el canal gastro-intestinal.

Fig. 100. Vaciado procedente de la Clínica de v. Bergmann (Kolbow).



No. 100. Dyschromia gingivae saturnina.



No. 99. Stomatitis mercurialis.

Ichthyosis congénita.

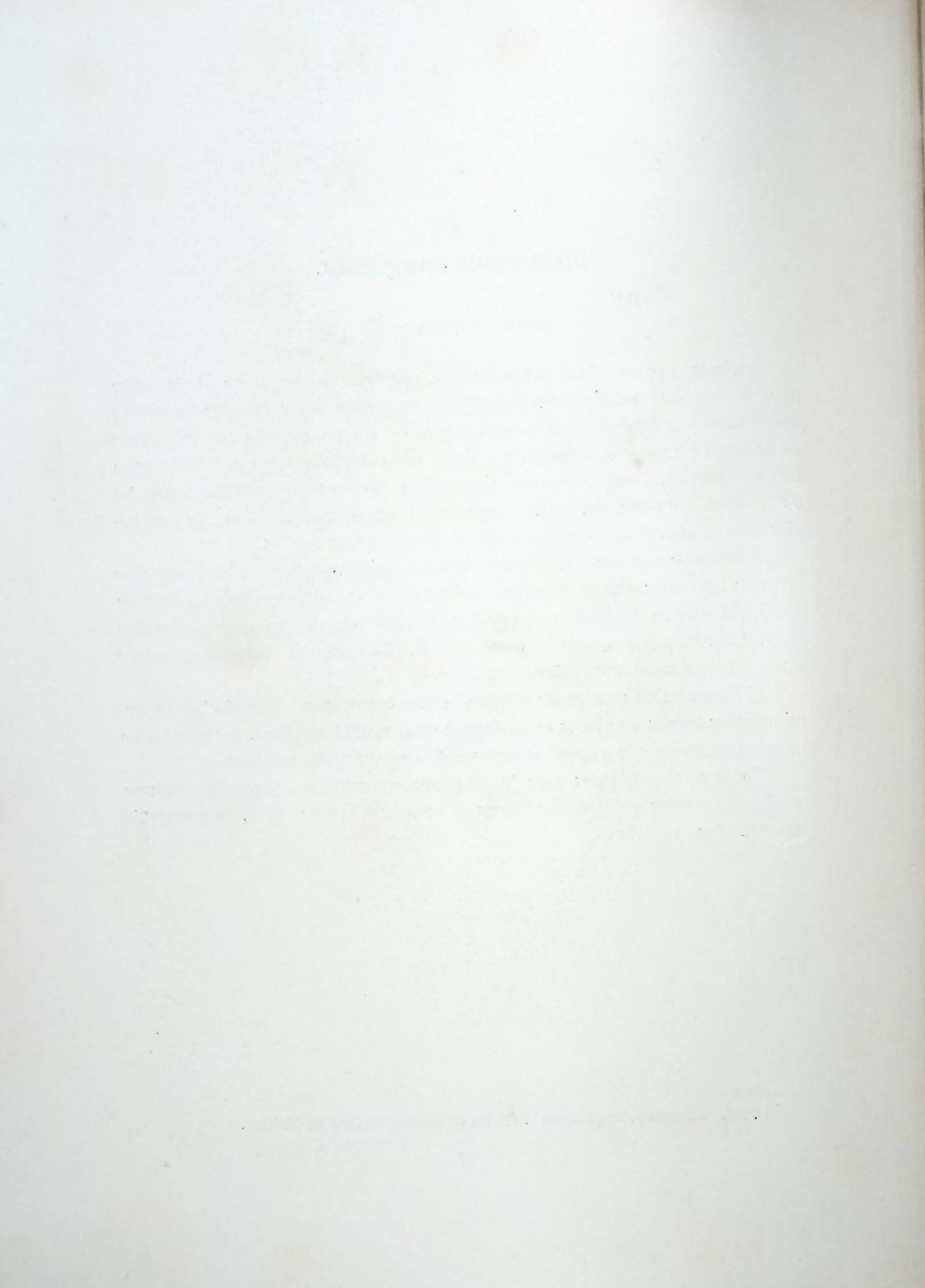
Lámina 61, Figura 101.

Se designa como ictiosis congénita una alteración cutánea que afecta por lo general á niños nacidos prematuramente, que suelen sufrir también trastornos del desarrollo, y que vienen al mundo con todo el cuerpo cubierto por una coraza de escamas y laminillas seborreicas. Entre estos depósitos, que á veces tienen hasta varios milímetros de espesor y que están surcados por profundas fisuras, se ve la piel roja y tensa (fig. 101). Como la respiración y la nutrición son imposibles, por regla general los niños suelen sucumbir pronto.

Además de esta forma grave, que siempre termina mortalmente, hay casos más leves en los cuales aparecen menos marcadas las alteraciones descritas, que en ocasiones sólo se desarrollan lentamente después del nacimiento; en los grados más ligeros los niños pueden conservar la vida. Esta afección debe distinguirse de un modo terminante de la ictiosis verdadera.

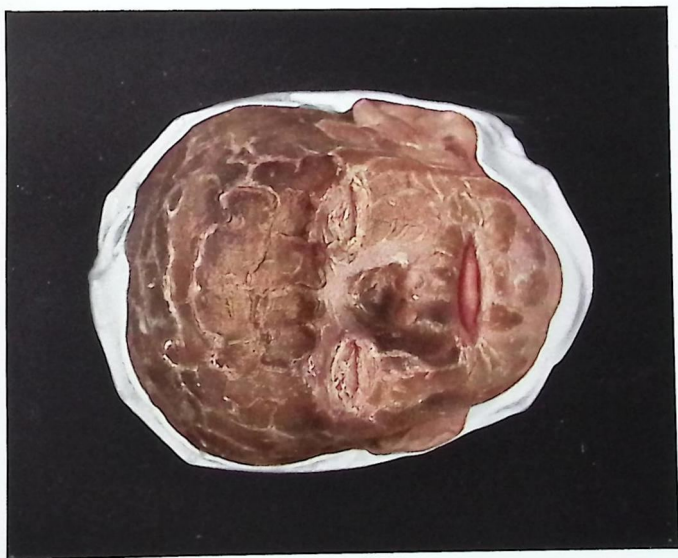
El **diagnóstico** se hace sin dificultad en los casos en que la evolución ha terminado; las formas más leves se distinguen de la verdadera ictiosis por el curso de la dolencia, que por lo general es desfavorable en la ictiosis congénita.

No hay **tratamiento**; todo lo más, puede intentarse separar las escamas mediante pomadas y baños macerantes, y conservar la vida del niño por medio de exquisitos cuidados.





No. 102. Lichen pilaris.



No. 101. Ichthyosis congenita.

Lichen pilaris.

Queratosis pilar.

Lámina 61, Figura 102.

En individuos jóvenes que se hallan en la edad de la pubertad, y principalmente en las caras de extensión del brazo y del muslo, se encuentran queratosis foliculares, que se han designado con el nombre de lichen pilaris, y que á menudo se incluyen entre las formas más ligeras de la ictiosis. En los sitios mencionados se encuentran ocluidas las aberturas de los folículos por pequeños tapones córneos, que al ser rascados dejan ver por regla general un pelo veloso arrollado. En ocasiones se llega á constituir un proceso hiperémico é inflamatorio en los alrededores del folículo; desprendidas las escamitas, pueden quedar pequeñas depresiones semejantes á cicatrices. El **tratamiento** de esta afección, en absoluto inofensiva, consiste en el empleo de pomadas macerantes ó de grasas simples, lavados con jabón de mármol y baños frecuentes, con todo lo cual, ciertamente, no se logra ninguna curación radical; pero con el uso continuado de los indicados medios puede conseguirse la desaparición de las manifestaciones, que sólo ocasionan perturbación en lo que á la estética se refiere.

Ichthyosis.

Ictiosis.

Láminas 62 y 63.

Se designa con el nombre de ictiosis una alteración hereditaria de la piel que sobreviene en los primeros años de la vida, y que se caracteriza por el funcionamiento defectuoso de las glándulas sebáceas y sudoríparas y, además, por una exagerada queratinización. Según el grado de alteración cutánea se distinguen la *ictiosis simple (ichthyosis simplex)*, en la cual se observa un moderado engrosa-

Fig. 102. Vaciado procedente de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner).

miento en forma de escamas secas y fuertemente adherentes, de bordes abarquilla- dos, y por lo general localizadas en la piel de la cara de extensión de las extremi- dades y en el tronco, menos frecuentemente en la cara, y muy rara vez en las pal- mas de las manos, plantas de los pies y cara de flexión de las articulaciones. Constituyen grados más avanzados de la afección la *ictiosis serpentina* (*ichthyosis serpentina*) (fig. 103), en la cual las escamas gruesas y pardo-verdosas dan á la piel el aspecto de la piel de la culebra; la *ictiosis nitida* (*ichthyosis nitida*), cuyas escamas tienen brillo nacarado, y la *ichthyosis hystrix* (1), en la cual se hallan esparcidas por la piel en grandes extensiones, ya regularmente, ya de modo asi- métrico, proliferaciones semejantes á verrugas; en ocasiones pueden coexistir en un mismo individuo grados diversos de la enfermedad (fig. 104). En la ictiosis pura faltan por completo las manifestaciones inflamatorias: sin embargo, el eczema puede complicar la afección. En ciertas épocas se observa un desprendimiento de las masas córneas ó "muda,. Esta afección incurable no suele provocar síntomas subjetivos: sin embargo, puede desfigurar en alto grado á los que la padecen.

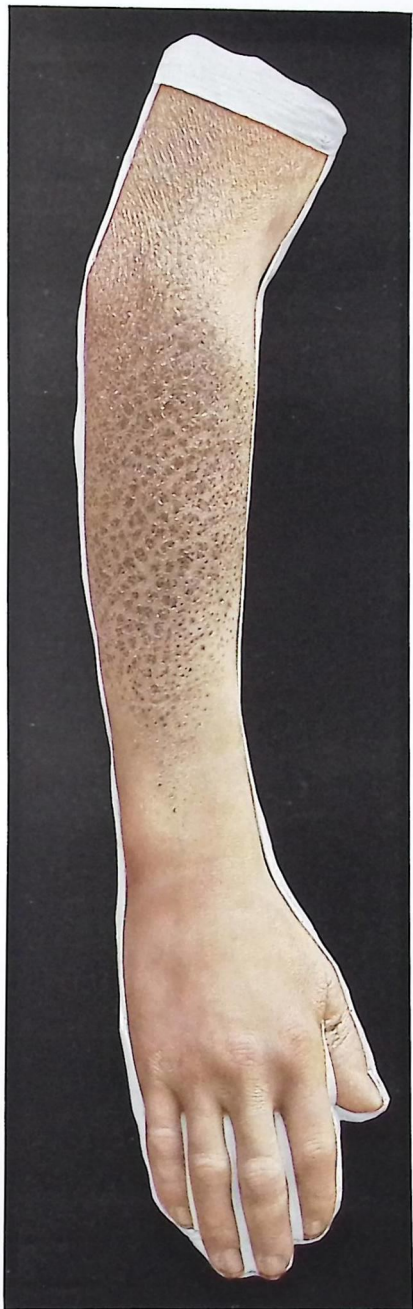
Por lo que se refiere á la etiología, se achaca exclusivamente á la herencia: no obstante, ha de tenerse presente que por lo general la ictiosis ataca en cada fami- lia sólo á individuos del mismo sexo, y que ocurren casos en que la enfermedad salta algunas generaciones.

El **tratamiento** puede desde luego hacer que desaparezcan transitoriamente las manifestaciones; pero, sin embargo, no se consigue nunca la curación. El em- pleo de baños después de embadurnar la piel con pomadas ó jabones salicilicos, las fricciones con jabón blando y las pincelaciones con solución alcohólica de jabón de potasa pueden hacer que se desprendan las masas córneas producidas en exceso. En los casos ligeros basta para ello la aplicación de grasas.

Fig. 103. Vaciado procedente de la Clínica dermatológica de Friburgo (Johnsen). La fi- gura demuestra de modo muy claro las transiciones desde el grado más ligero de la ictiosis sim- ple á la ictiosis serpentina completamente desarrollada.

Fig. 104. Vaciado procedente de la Clínica dermatológica de Friburgo (Vogelbacher). Caso muy pronunciado de *ichthyosis hystrix*, con gran participación de las palmas de las manos y plantas de los pies.

(1) *Hystrix* en latín, el puercoespin.—(N. de T.)



No. 103. Ichthyosis simplex et serpentina.





No. 104. Ichthyosis hystrix.

Morbus Darier (psorospermiosis follicularis vegetans).

Enfermedad de Darier (psorospermiosis folicular vegetante).

Lámina 64, Figura 105.

En la dermatosis de Darier, designada primitivamente por su descubridor como psorospermiosis folicular vegetante, pero que á pesar de ello no puede ni atribuirse á psorospermia, ni relacionarse con los folículos, y que, en fin, tampoco va siempre acompañada de vegetaciones, se encuentran pequeños nódulos puntiagudos del color de la piel normal, que abundan especialmente en la cara, en el cuero cabelludo, en la cara de flexión de las articulaciones y, en fin, en el tórax; pero en este último sitio ó bien están dispersos ó en grupos bien marcados (fig. 105). Los nodulillos toman en su posterior desarrollo una coloración pardo-verdosa hasta pardo-rojiza, y en su vértice se cubren de un tapón córneo de forma cónica, que al despegarse deja ver en su cara inferior una prolongación en forma de clavo. En el dorso de la mano las eflorescencias están muy apiñadas y semejan verrugas recientes; en la palma de la mano llaman la atención tanto la hiperqueratosis general como la acentuada dilatación de los conductos excretores de las glándulas sudorales; también en las uñas se observan alteraciones patológicas, en especial estriaciones longitudinales. Á menudo se complica el cuadro morbozo con un eczema seborreico; mas rara vez se llega á la formación de proliferaciones papilomatosas especiales, que se localizan en la cara de flexión de las articulaciones, en la región inguinal y detrás de la oreja.

Respecto de la etiología de esta afección incurable, que suele sobrevenir en la pubertad, se ha demostrado con seguridad la herencia en multitud de casos; no ha podido comprobarse la trasmisibilidad por otro medio. Es muy chocante la imagen histológica de las alteraciones del epitelio, en la cual se encuentran en gran número corpúsculos especiales, redondeados y brillantes (los *corps ronds*, de Da-

Fig. 105. Vaciado procedente de la Clínica dermatológica de Friburgo (Johnsen).

rier) al lado de gránulos más pequeños (*grains*); la dermatosis de Darier se caracteriza como afección específica por tales caracteres histológicos, y se diferencia estrictamente de otras enfermedades semejantes, por ejemplo, ciertas formas de ictiosis, con las que no tiene ninguna relación.

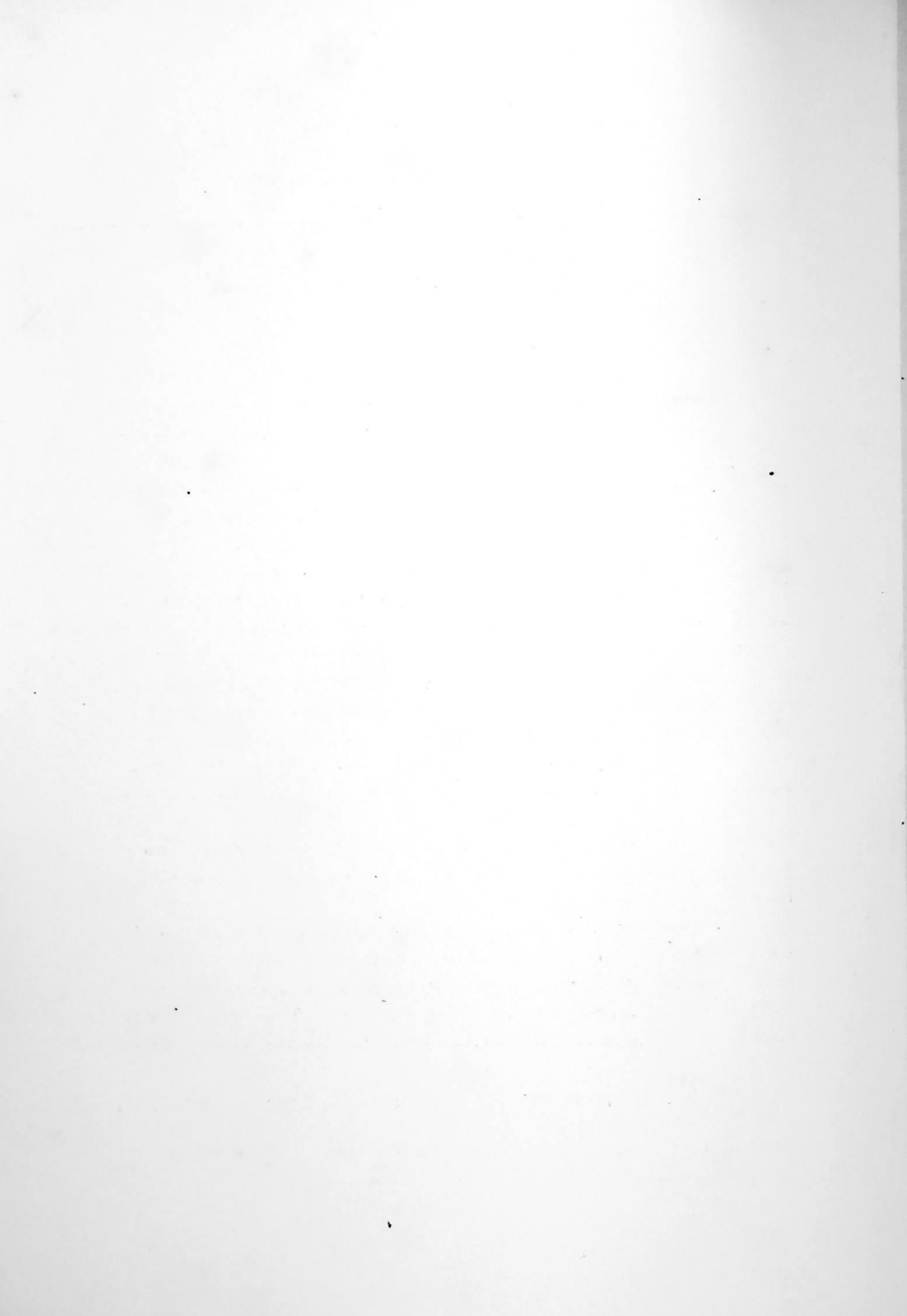
El **diagnóstico** se hace sin dificultad en vista del cuadro clínico y se asegura por el examen microscópico ó biopsia.

El **pronóstico** es desfavorable en cuanto á la curación; el estado general no se altera.

El **tratamiento** tendrá por objeto en primer lugar procurar la desaparición del eczema seborreico que quizás exista, así como las vegetaciones, por medio de sustancias desecantes, toques con lápiz de nitrato de plata y otros cáusticos; las eflorescencias primarias puede lograrse que desaparezcan por algún tiempo tocándolas con el termo-cauterio de Paquelin. Con los rayos Röntgen se conseguirán curaciones duraderas.



No. 105. Morbus Darier (Psorospermosis follicularis vegetans).



Prúrigo.

Lámina 65.

El prúrigo de Hébra constituye una afección cutánea que comienza en la primera juventud y cuyas eflorescencias primitivas típicas se localizan de preferencia en la cara de extensión de las extremidades (figuras 106 y 107), en tanto que por lo general quedan libres las de flexión, ó por lo menos el hueco poplíteo y la flexura del codo en los casos más acentuados. El tronco suele afectarse en grado ligero, y el rostro queda libre generalmente.

Es característico en primer término el desarrollo de la enfermedad á expensas de la urticaria crónica de la infancia, y los nodulitos de prúrigo típicos, que causan gran picor, están constituidos por papulitas cónicas, cubiertas al principio de ordinario por piel normal, y que por lo general suelen ser rascadas inmediatamente de su aparición, que se hace por brotes. También son típicas la gran infiltración de la piel, adherida al plano subyacente en las caras de extensión de los miembros, y la pigmentación oscura, la superficie cutánea áspera como el papel de lija, la atrofia de los anejos glandulares de la piel y la de los cabellos, y la gran tumefacción indolente de los ganglios linfáticos de la ingle y de la axila (bubones de prúrigo, fig. 106).

La enfermedad que nos ocupa puede mejorar por un tratamiento apropiado: sin embargo, casi nunca cura por completo; los niños atacados por ella quedan retrasados en su crecimiento y desarrollo.

Las erupciones más considerables de las eflorescencias de prúrigo, que por lo general afectan á los enfermos más pobres, sobrevienen en otoño é invierno; á causa de la enorme excitación que el picor determina, y que también sobreviene de modo accesimal, pueden observarse como complicaciones eczemas y profundas escoriaciones. La intensidad de la dolencia oscila entre amplios límites (*prurigo mitis*, ó moderado, y *prurigo agria* ó *ferox*).

El pronóstico sólo podrá calificarse de benigno en el comienzo y en los casos

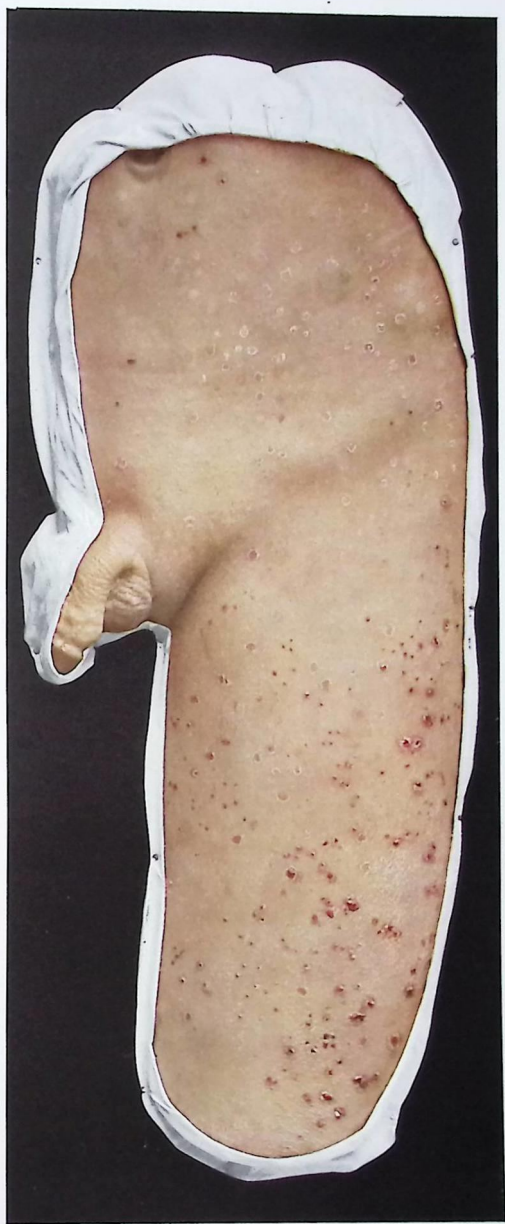
Figuras 106 y 107. Vacitados procedentes de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner).

muy moderados; en los casos más graves sólo podrá pretenderse conseguir que la enfermedad se alivie.

El **diagnóstico** se fundamentará en la presencia de los nódulos típicos, en su localización en la cara de extensión de los miembros, en la infiltración dura de la piel, en la pigmentación oscura, en los bubones de prurigo y, por último, en el desarrollo de una urticaria crónica en la primera juventud. El **diagnóstico diferencial** se hará únicamente respecto del eczema, el cual se excluirá con facilidad, dada su típica localización, la falta de nódulos y la exudación de que en ocasiones se acompaña.

El **tratamiento** debe comenzar lo antes posible y continuarse mucho tiempo. No hay medicación interna capaz de producir un feliz éxito: sin embargo, la buena alimentación y el colocar á los enfermos en condiciones de vida más favorables ayudarán á obtener mejores resultados con el tratamiento local. Como la mayor parte de las alteraciones de la piel deben achacarse en esta enfermedad al rascado, el tratamiento local se propondrá en primer término combatir el prurito y estimular el funcionamiento de las glándulas cutáneas.

Á tal objeto servirán los baños (baños de brea y azufre) de larga duración, la brea en forma de pomada ó pura, las pomadas de naftol y epicarina del 2 al 5 por 100, con las cuales se friccionará abundantemente, y por fin los baños de sudoración ó los preparados de pilocarpina.



No. 106. 107. Prurigo.

Vaccinia.

Vacuna.

Lámina 66.

Por el rascado puede efectuarse en los niños vacunados una transmisión del virus de las pústulas vacunas á los alrededores ó á otras partes del cuerpo, en especial la cara y los órganos genitales (figuras 108 y 109), donde en tal caso se desarrollan pústulas de vacuna secundarias. Si hay además una afección cutánea pruriginosa, eczema, sarna ó prurigo, puede ocurrir que se produzca una siembra de eflorescencias vacuníferas por todo el cuerpo, acompañada de manifestaciones generales violentas, la cual por regla general ocurre únicamente en forma de brote á las 2 ó 3 semanas después de la inoculación, y se ha considerado algunas veces como una infección general producida por la vacuna. De ordinario la enfermedad evoluciona benignamente; pero deja cicatrices, y cuando las pústulas se localizan en las córneas puede ocasionar enturbiamientos que hasta determinen la pérdida de la visión. La transmisión del virus vacuno puede también ocurrir en un niño no vacunado y que padezca una enfermedad cutánea con prurito, por contagio procedente de un individuo que ha sido vacunado hace poco.

El **diagnóstico** se hace sin dificultad por las típicas eflorescencias y la comprobación de que el niño se ha vacunado hace poco (ó lo ha sido uno de sus allegados).

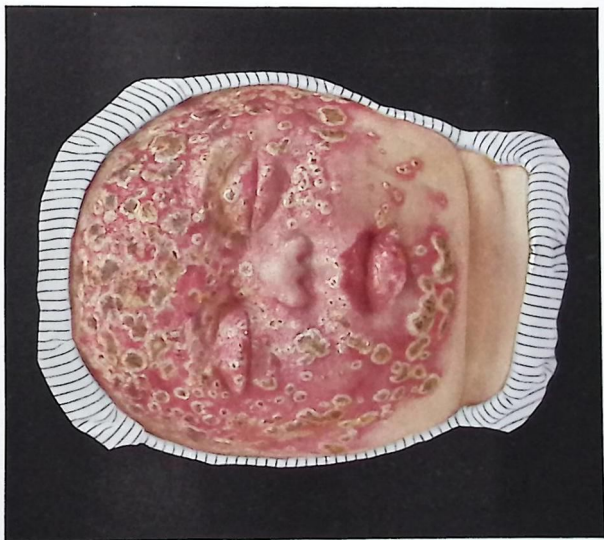
El **pronóstico**, en general, es favorable.

La **profilaxia** es muy importante: los niños que sufran una afección de la piel pruriginosa no deben vacunarse hasta tanto que la enfermedad cutánea se haya curado. Todas las pústulas vacunas se proveerán de un apósito protector.

Tratamiento.—En la vacuna reciente se hará un ensayo con el empleo del procedimiento de Finsen: eliminación de los rayos luminosos químicamente activos. Si las pústulas se han desarrollado por completo, se recomiendan los apósitos humedecidos en solución de subacetato de alúmina, ácido bórico ó resorcina al 1 por 100; las pincelaciones con ictiol puro y el empleo de las pomadas de ictiol.

Fig. 108. Vaciado procedente del Laboratorio Imperial y Real para la obtención de vacuna en Viena (Dr. Henning).

Fig. 109 Vaciado procedente de la Clinica de Finger, en Viena (Dr. Henning).



No. 108. 109. Vaccinia generalisata.

Varicellæ.

Varicela.

Lámina 67, Figura 110; 68-113; 69 y 14.

La varicela es una enfermedad infecciosa típica que sobreviene esporádica ó epidémicamente y ataca de preferencia á la infancia. Debe separarse en absoluto de la viruela, con la que nada tiene que ver. Con fiebre moderada aparece un exantema de mayor ó menor extensión, en el cual puede verse cómo á expensas de manchas ó pápulas se desarrollan pronto vesículas de contenido trasparente sobre una base no inflamada ó ligeramente inflamatoria. El borde de las vesículas es muchas veces dentado, y al poco tiempo aquéllas se desecan y forman costras oscuras: como por regla general se siguen varios brotes, se observan simultáneamente en la varicela todos los períodos del exantema (fig. 114). Á los 8 ó 14 días curan las vesículas sin dejar cicatrices: es muy raro que esta enfermedad, que ataca no sólo á la piel, sino también á los labios (fig. 110) y á las mucosas, tenga como consecuencia una nefritis.

Sobre todo en los adultos se observan variantes en que con fiebre más alta aparecen erupciones, en ocasiones hasta confluentes (fig. 113). Por infección secundaria puede ocurrir que se ulceren y se formen cicatrices.

El **diagnóstico** es fácil en los casos típicos: sólo es cuestión de hacer el diagnóstico diferencial con la varioloide y la viruela en las formas que evolucionan de un modo anormal. Por lo general para excluir dichas dolencias basta la benignidad del curso de la varicela. En las sífilides pustulosas serán siempre comprobables otras manifestaciones de sífilis.

El **pronóstico** es favorable.

El **tratamiento** consiste en el reposo en cama, y cuando la erupción es extensa, en la aplicación de vendajes protectores para impedir el rascado y las infecciones secundarias: tocándolas con alcohol se desecan las vesículas muy rápidamente.

Fig. 114. Vaciado procedente de la Clínica de Lesser, en Berlin (Kolbow).

Fig. 110. Vaciado procedente de la Clínica de niños del Consejero privado Heubner, en Berlin (Kolbow).

Fig. 113. Vaciado procedente de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner). Enferma de 43 años: comenzó á sentirse mal 5 días antes con fiebre alta y graves síntomas generales. Se demostró que se trataba de varicela porque el médico que la asistía cayó enfermo con varicela típica.

Variola.

Viruela.

Lámina 67, Figuras 111 y 112.

En la variola, viruela verdadera—*small pox, petite vérole*,—enfermedad infecciosa en alto grado cuyo agente contagioso, muy resistente y que puede transmitirse tanto directa como indirectamente, permanece hasta aquí desconocido, al terminar el período de incubación, que dura de 10 á 14 días, y con graves manifestaciones de índole general—fiebre alta, dolor en la región sacra, delirio, vómitos y tumefacción esplénica—sobreviene primero un exantema prodrómico compuesto de manchas eritematosas ó hemorrágicas que ocupan sobre todo el abdomen y cara interna de los muslos, y que desaparece en pocos días juntamente con la fiebre y los síntomas generales. Sólo entonces aparece el exantema propio de la dolencia, primero en el cuero cabelludo y en la cara, bajo la forma de nódulos rojos y pequeños que aumentan en tamaño y número y se trasforman en vesículas de contenido trasparente. Éste va enturbiándose gradualmente, y en el centro de las pústulas se forma una depresión, la llamada “umbilicación de la viruela”, y las pústulas rodeadas de una aréola roja, y que pueden estar aisladas (fig. 111) ó también confluir, llegan con ello al punto culminante de su desarrollo (maduración; figura 112). Prescindiendo de la piel, en la cual, sobre todo en la de la cara y la de las manos, se observan abundantes eflorescencias muchas veces confluentes, pueden las mucosas (conjuntiva) ser asiento de la enfermedad. En este período sobrevienen además graves trastornos nerviosos y complicaciones por parte de los órganos, que constituyen grave peligro para el enfermo.

En los casos que evolucionan favorablemente á los 12 ó 14 días comienza la regresión de las eflorescencias con descenso de la fiebre. Las pústulas se desecan y se forman costras que á las 3 ó 4 semanas caen dejando cicatrices rojizas, con lo cual puede considerarse terminado el proceso. Sin embargo, la infecciosidad persiste aún más largo tiempo. En otros casos menos favorables la cubierta de

Fig. 111. Vaciado procedente de un enfermo visto por Kolbow en Berlín.

Fig. 112. Vaciado procedente de un enfermo de M. Tramond en París (Jumelin).

las vesículas se desprende y se forman grandes superficies supurantes, con lo cual tanto los síntomas generales como las molestias suelen acentuarse en alto grado. Se consideran como formas de especial gravedad la viruela confluyente y la hemorrágica (viruela negra): ambas terminan casi siempre por la muerte. Las formas más leves, con escasas eflorescencias (varioloide), y los casos abortivos en que el exantema queda en los grados inferiores de su evolución, tienen un curso breve favorable, sin síntomas de gravedad.

Si hacemos caso omiso de los trastornos nerviosos ya citados y de las afecciones de órganos internos, mencionaremos principalmente entre las complicaciones las infecciones secundarias, que pueden ocasionar la muerte por septicemia generalizada, y también la formación de extensas cicatrices, con pérdida de uno ó de y ambos ojos.

El **diagnóstico** es á menudo muy difícil en el periodo precoz, y á veces casi imposible; en cambio, se hace fácilmente después que se ha desarrollado por completo el exantema con sus típicas pústulas. Para el diagnóstico diferencial tendremos en cuenta otras enfermedades infecciosas agudas, los exantemas arsenicales y en especial las sífilides pustulosas, que, sin embargo, se distinguen pronto, pues siempre hay otros síntomas sífilíticos comprobables: deberá tenerse presente en cada caso si el enfermo se ha vacunado en los últimos años y si ha estado sometido al peligro de una infección variolosa. Respecto de la varicela debe fijarse la atención sobre todo en la gravedad del estado general, en el exantema prodrómico y en la umbilicación de las pústulas en la viruela verdadera; además, en la varicela se observan casi siempre coexistiendo diversos periodos del exantema.

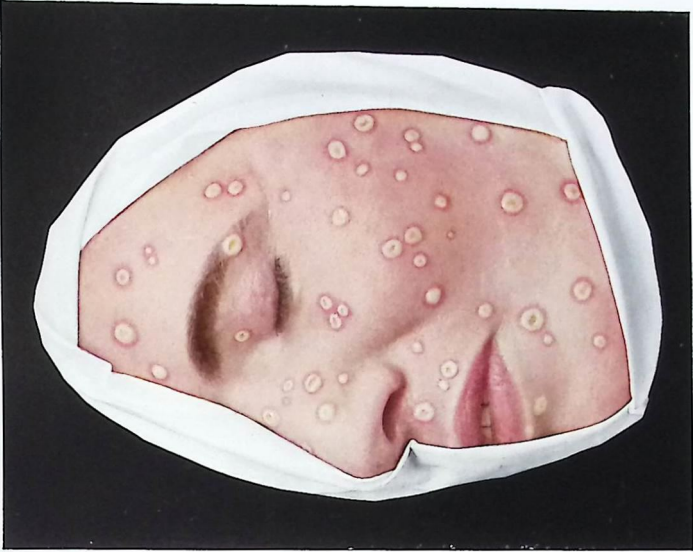
El **pronóstico** de la viruela es siempre dudoso, pues el tanto por ciento de casos mortales oscila considerablemente en las distintas epidemias: debe tenerse en cuenta la gravedad de la infección, y en especial la edad de los enfermos. Los niños y los ancianos son los que corren más peligro.

La **profilaxia** de la viruela es muy importante: la vacunación bien hecha y repetida con suficiente frecuencia confiere una seguridad casi absoluta contra la infección, y en Alemania ha desterrado casi por completo la enfermedad, antes tan frecuente.

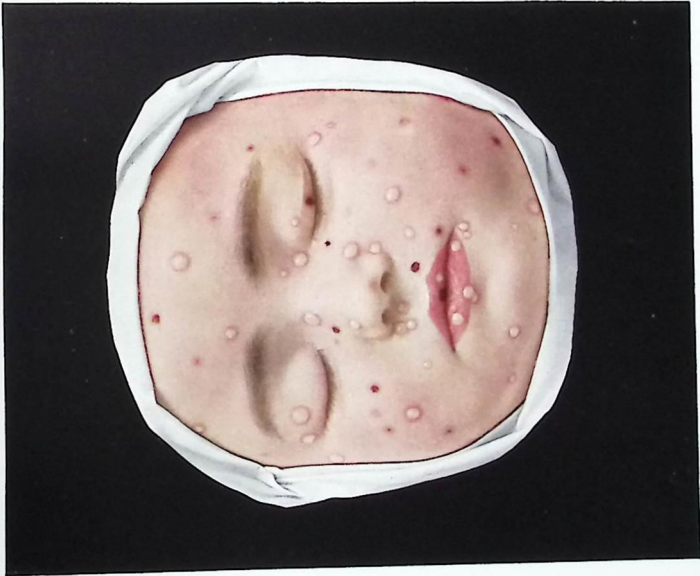
La **terapéutica** consistirá realmente en medidas dietéticas, descanso en cama y, si se cree conveniente, baños frescos; además en los periodos posteriores se cuidará de conservar las vesículas sin romper, evitar el rascado, procurar que su secreción tenga fácil salida y protegerlas de infecciones secundarias, todo lo cual se conseguirá lo mejor posible con vendajes humedecidos en soluciones antisépticas (subacetato de alúmina, ácido bórico, resorcina, ictiol). En estos últimos años ha vuelto á emplear el profesor Finsen un antiguo procedimiento; el tratamiento con luz

roja, con exclusión de los rayos luminosos dotados de actividad química, y lo ha razonado científicamente: parece ser que, llevado con rigor á la práctica, este método (en el cual la luz roja se ha sustituido por la amarillo-verdosa, menos difícil de soportar durante largo tiempo) puede impedir con bastante certeza la supuración de las pústulas, y con ello las infecciones secundarias y la formación de cicatrices. Los preparados de zeozón y ultrazeozón, que contienen la sustancia activa de la esculina y se aplican en delgadas capas que deben eliminar seguramente los rayos luminosos químicamente activos, son suficientes para llenar las mismas indicaciones: son recomendables de un modo especial por su fácil empleo. Sólo excepcionalmente nos será dado lograr que desaparezcan las cicatrices por *raspado*, etc.

En el periodo prodrómico y pre-eruptivo podrá ensayarse la *vacuna forzada* con picaduras muy abundantes, con lo cual parece ser que puede influirse favorablemente en el curso de la enfermedad.



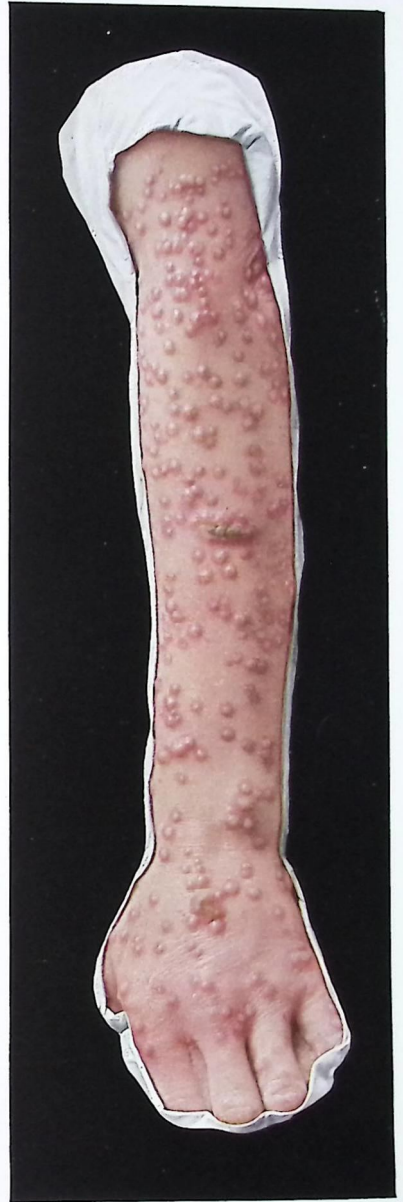
No. 111. Variola discreta.



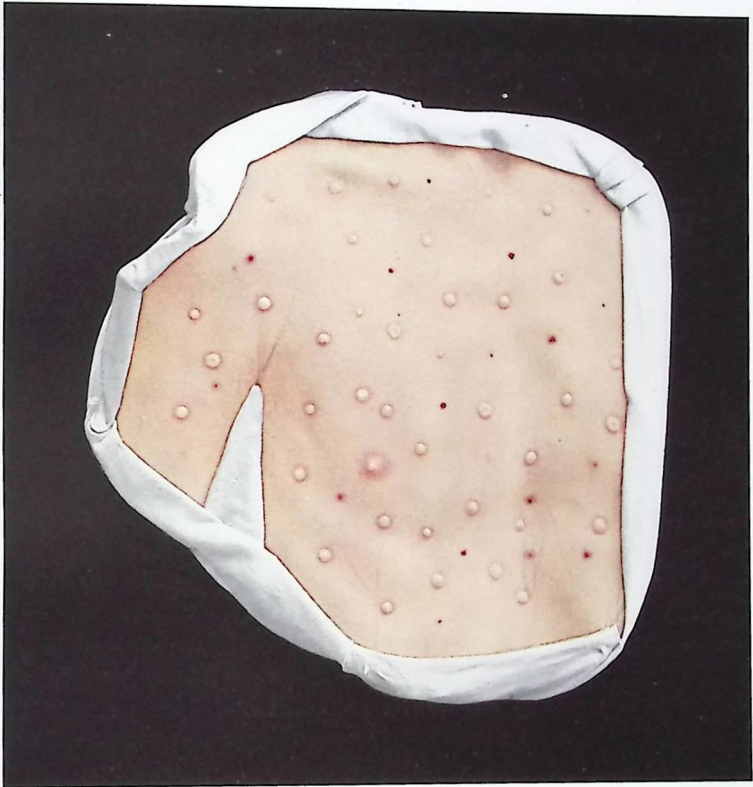
No. 110. Varicellae.



No. 112. Variola.



No. 113. Varicellae (in adulto).



No. 114. Varicellae (in infante).

Morbilli.

Sarampión.

Lámina 70.

El sarampión es una enfermedad infecciosa que casi siempre sobreviene epidémicamente: es debida á un virus desconocido, y ataca de modo principal á los niños. Se trasmite directa é indirectamente, y su padecimiento una vez en la vida proporciona la inmunidad para siempre en la mayoría de los casos.

Pasado el período de incubación, que dura unos 10 días, se desarrollan en primer lugar síntomas catarrales acompañados de fiebre, y que afectan á las mucosas: conjuntivitis, violento coriza, tos ronca, y también tumefacción de algunos ganglios linfáticos; en el paladar se ven manchas rojizas, y en la mucosa de las mejillas, pequeñas manchas blanquecinas como salpicaduras. Á los 4 ó 6 días del comienzo de la enfermedad aparece el exantema característico, que casi siempre empieza por la cara en forma de pequeños nodulitos foliculares rojos, rodeados por una zona ligeramente elevada de color rojo pálido y forma variable (fig. 115). En el punto culminante de la enfermedad, unos 2 días después de aparecer el exantema, se encuentran distribuidas por todo el cuerpo vesículas aplanadas y abundantes, que á veces confluyen, pero que siempre dejan espacios de piel libre; los nodulitos foliculares son todavía apreciables (fig. 116). La fiebre, que sube á 40° y 40°,5, desciende con rapidez, cesan los fenómenos catarrales, comienza á descamarse la piel en forma furfurácea á medida que palidece el exantema, y á los 8 ó 10 días los enfermos se encuentran en la convalecencia si el curso de la dolencia ha sido normal. Rara vez ocurre que la convalecencia se interrumpa por un nuevo brote ó que se retarde por semejante incidente.

En ocasiones no llega á desarrollarse por completo el exantema, ó lo hace en forma de vesículas y pequeñas pápulas que al fin se hacen confluentes; es raro llegar al exantema hemorrágico y necrosante.

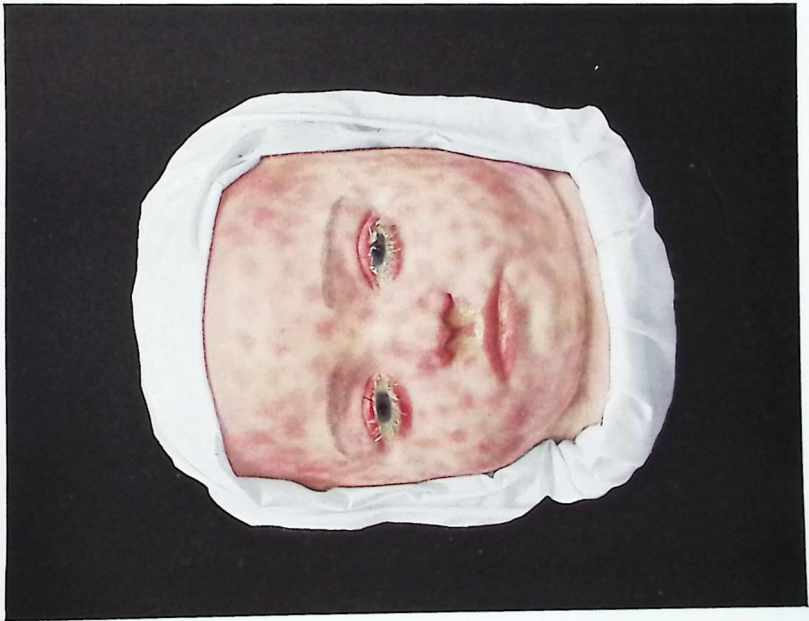
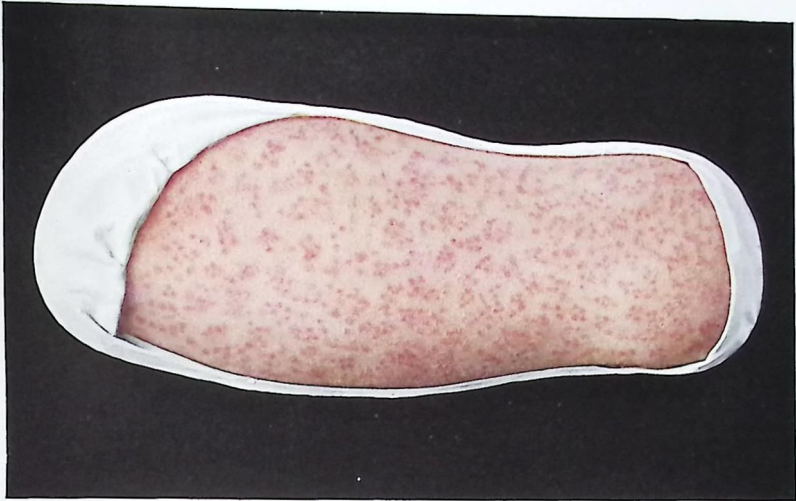
Fig. 115. Vaciado procedente de la casa cuna Schlossman, de Dresde (Kolbow).

Fig. 116. Vaciado procedente de la clínica de Neisser en Breslau (Kröner).

El curso normal del sarampión puede perturbarse por complicaciones que sobrevienen con frecuencia: deben mencionarse especialmente las oftalmías y las afecciones del oído, de la faringe, y también de los pulmones. Más rara es la participación de los riñones ó que sobrevenga el noma. Con relativa frecuencia se observan como secuela del sarampión la tos ferina y la tuberculosis.

El **diagnóstico** del sarampión nada tiene de difícil cuando se trata de una epidemia. Para el diagnóstico diferencial se fijará la atención en que en la escarlatina faltan los síntomas catarrales y suele afectarse toda la piel; en la roséola sifilitica el diagnóstico habrá de confirmarse casi siempre por la presencia del accidente primitivo y de ganglios tumefactos é indolentes. Si acaso, podrá certificar la exactitud del diagnóstico el resultado de la reacción de Wassermann. Más difícil resulta la delimitación respecto de los eritemas de origen tóxico, especialmente después de la inyección de salvarsán: sin embargo, incluso en esos casos resulta posible hacer el diagnóstico por lo típico de la presentación y el curso de la erupción sarampionosa.

El **tratamiento** consiste principalmente en el reposo en cama hasta que termina la descamación, cuidados de la piel, dieta febril y previsión de enfriamientos. Siempre debe atenderse con cuidado á las complicaciones.



No. 115. 116. Morbilli.

Rubeola.

Roséola.

Lámina 71.

Á los exantemas agudos pertenece también la roséola, que en forma de pequeñas epidemias suele atacar la mayor parte de las veces á niños de 2 á 10 años. El agente etiológico de esta enfermedad, que no es raro semeje casos de escarlatina ligera ó, con más frecuencia, de sarampión, es desconocido; el periodo de incubación hasta el desarrollo del exantema dura unos 17 días.

Por lo general súbitamente, más rara vez después de un breve periodo prodrómico, en el cual se observan leves síntomas de catarro de las mucosas, en forma de brote con tumefacción coetánea de los ganglios cervicales y otros, aparece el exantema, primero en la cara y en la cabeza, también en el paladar en forma de pequeñas manchas de color rojo sonrosado, que se extienden rápidamente, siempre por brotes, por el cuello, el tronco y las extremidades superiores, para por fin afectar también á las piernas. Las distintas eflorescencias están dispuestas como en el sarampión y distribuidas, bien aisladas, bien en grupos ó hileras (fig. 117): á veces se observan signos de confluencia. Con la misma rapidez con que sobrevino palidece de nuevo el exantema; pero no de un modo uniforme, sino en consonancia con la antigüedad que tenía en los diversos sitios del cuerpo. En 1 ó 3 días ha desaparecido por completo, por lo general sin descamación bien marcada. La fiebre falta á menudo por completo; aun cuando en el momento culminante del exantema haya fiebre, suele permanecer inferior á la del sarampión.

Sólo en escaso número se aprecian trastornos ó molestias subjetivas, ó bien faltan por completo, con excepción de ligera angina, bronquitis y conjuntivitis. Apenas se observan complicaciones ni enfermedades consecutivas.

El **diagnóstico**, que á veces es difícil de hacer por parecerse mucho al sarampión, se hace posible principalmente por la polimorfia, la evolución benigna, y también por la anamnesia en los casos en que ya se ha padecido el sarampión.

El **pronóstico** es absolutamente favorable.

El **tratamiento** consiste en el reposo en cama de 8 á 14 días.

Fig. 117. Vaciado procedente de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner).



No. 117. Rubeolae.

Scarlatina.

Escarlatina.

Láminas 72 y 73, Fig. 119.

La escarlatina es una enfermedad muy contagiosa, cuyos agentes, aún no seguramente conocidos (*Streptococcus*?), conservan mucho tiempo su virulencia y pueden trasmitirla directa ó indirectamente durante largo plazo. Por lo general los atacados son niños de 2 á 10 años: sin embargo, también los adultos pueden enfermar de escarlatina. La infección se efectúa en la mayoría de los casos por la cavidad bucal, más rara vez por lesiones de la piel ó de la mucosa de los órganos genitales (puérperas).

Después que ha pasado el período de incubación, que dura de 2 á 8 días, se constituye la enfermedad, por lo general súbitamente, con fiebre, angina y trastornos nerviosos, después de lo cual aparece pronto el exantema típico, consistente en innumerables puntos rojos, muy próximos entre sí y unidos por un intenso eritema igualmente rojo (fig. 118). Al tercer día de comenzar la dolencia se halla el proceso en su punto culminante. Todo el cuerpo, con excepción de la barba y los labios, está cubierto por un exantema rojo-oscuro, que por la noche parece de color aún más intenso; los síntomas generales son muy graves, y la fiebre y la frecuencia del pulso, grandes. La lengua, saburrosa al principio, tiene color rojo frambuesa, con gran prominencia de las papilas tumefactas (fig. 119); la angina puede ser muy acentuada y conducir á la inflamación faríngea parenquimatosa ó difteroides, y á veces á necrosis superficiales ó profundas. En los casos que evolucionan favorablemente las manifestaciones retrogradan; pasados 3 ó 4 días el exantema comienza á palidecer, la fiebre desciende en forma lisa, los trastornos provocados por la angina mejoran, y á los 7 ó 9 días de comenzar sobreviene la convalecencia con una descamación característica en forma laminar. No obstante, el período de convalecencia puede perturbarse por efecto de la temida nefritis escarlatínica.

Fig. 118. Vaciado procedente de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner).

Fig. 119. Vaciado procedente de la Casa-cuna de Schlossmann, en Dresde (Kolbow).

Nada tiene de raro que el exantema se desvie de la forma normal descrita: as ocurre que muchas veces se forman vesículas (fig. 118), erupciones papulosas, y, aunque con menos frecuencia, se observan también formas sarampionoides, maculosas ó hemorrágicas; en casos raros hay síntomas generales muy graves, que hasta pueden ocasionar la muerte, mientras el exantema es mínimo ó falta por completo.

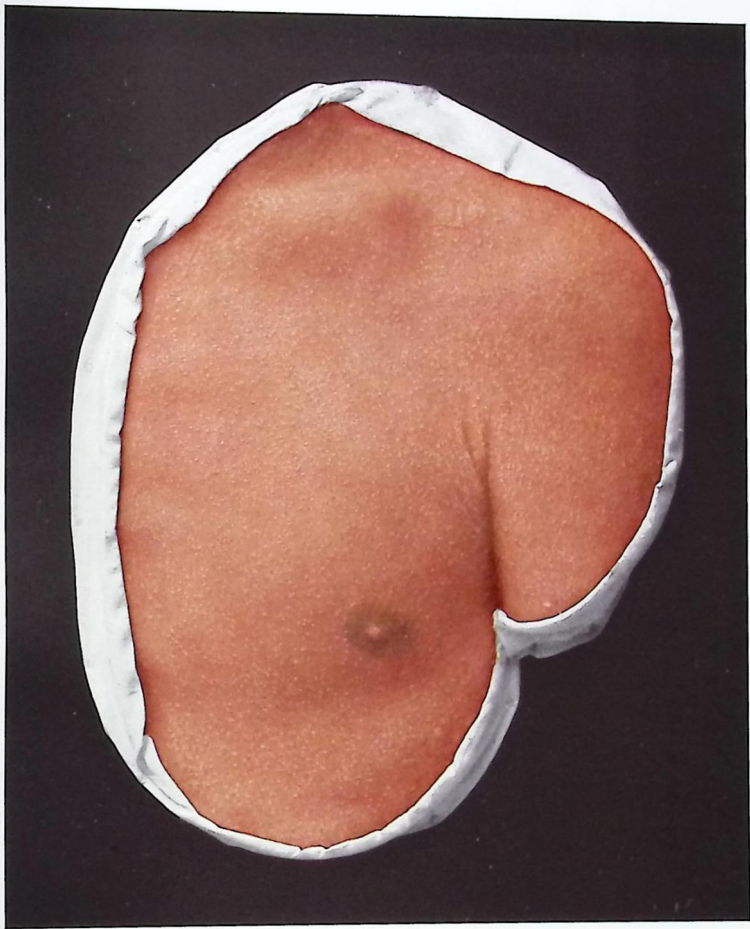
Entre las complicaciones debe fijarse con especialidad la atención en la nefritis escarlatinosa, muy frecuente, y que por lo general sobreviene una vez pasada la segunda semana de enfermedad, en ocasiones con fiebre, vómitos y edemas, y que ó cura en corto tiempo, ó produce la muerte por uremia, endocarditis, debilitación cardíaca, etc. También pueden causar una terminación desfavorable las anginas, á causa de producirse extensas supuraciones, necrosis y septicemia generalizada. Son además complicaciones observadas con relativa frecuencia y muy temidas las afecciones del conducto auditivo, las artritis y las parálisis.

El **diagnóstico** de la escarlatina se hará sin dificultad atendiendo al exantema típico, á la angina, á la descamación en grandes laminillas, y también en algún caso por la nefritis consecutiva. Las erupciones cutáneas semejantes que se producen en algunos individuos por efecto de ciertos medicamentos nunca tienen el síndrome completo de la escarlatina.

El **pronóstico** se hará siempre con precaución teniendo en cuenta las frecuentes complicaciones.

El **tratamiento** en los casos de curso normal consistirá sobre todo en descanso en cama, buenos cuidados de la piel por lavados frecuentes con aplicación consecutiva de grasa, y en dieta ligera. Se pondrá especial cuidado en limpiar la cavidad bucal con colutorios, ó lavados con clorato potásico, subacetato de alúmina ictiol en solución ó agua oxigenada, así como en las duchas de la cavidad nasal; en la angina difterioide puede ensayarse la inyección submucosa de ácido fénico. No se perderán de vista las posibles complicaciones por parte del oído, ni se dejará de analizar la orina con regularidad: la nefritis escarlatinosa se tratará dietéticamente ó por medio de baños, sudoríficos, etc. Las pruebas hechas hasta ahora para lograr un tratamiento específico de la escarlatina por medio de inyecciones de sueros no dan resultado cierto; últimamente se han relatado algunos resultados favorables obtenidos con las inyecciones de salvarsán.

Se impedirá la posibilidad de una propagación ulterior de la enfermedad por el aislamiento riguroso y prolongado mucho tiempo de los enfermos y personas encargadas de su asistencia, así como por una desinfección cuidadosa.



No. 118. Scarlatina.

Erysipelas.

Erisipela.

Lámina 73, Figura 120.

Por inmigración de los estreptococos erisipelatosos en una lesión de la piel, á menudo apenas perceptible, se produce la enfermedad llamada erisipela. Con escalofríos y fiebre que llega hasta los 40° se desarrolla una tumefacción dolorosa de la piel perfectamente circunscrita, apareciendo la piel de color rojo vivo, brillante y tensa; á veces se eleva la epidermis formando vesículas (fig. 120).

La tumefacción y el enrojecimiento avanzan con intermitencias, formándose en los bordes prolongaciones en forma de lengüetas, pudiendo originarse linfangitis por la infección de los vasos linfáticos. En la erisipela fija se efectúa la regresión de los 4 á los 8 días, con pigmentación, descamación y descenso simultáneo de la temperatura; en la erisipela emigrante puede prolongarse el proceso durante semanas por brotes incesantemente renovados. Es complicación muy temida la gangrena: se ha observado principalmente la de los párpados y del escroto, así como los abscesos y flemones profundos.

La erisipela se localiza con más frecuencia en los sitios donde se aprecian con mayor constancia lesiones epidérmicas, fisuras, eczemas, etc., y, por lo tanto, con especialidad en la cara, donde parte de fisuras bucales ó nasales, y en las extremidades; también las mucosas son atacadas frecuentemente por la erisipela. El padecimiento de esta enfermedad no hace inmune al sujeto: por el contrario, muchas personas tienen tendencia á sufrir erisipelas que recidivan habitualmente, y dejan tras sí un edema que muchas veces persiste. Después de la erisipela del cuero cabelludo, que por lo demás es temida á causa del peligro de la meningitis, suele observarse una alopecia transitoria.

Generalmente el **diagnóstico** de la erisipela se hace sin dificultad por la rubicundez brillante y perfectamente circunscrita y por la fiebre; los eczemas agudos, sobre todo de la cara, se distinguen de la erisipela por la falta de brillo y por la presencia de las eflorescencias primarias del eczema.

Fig. 120. Vaciado procedente de la Clínica de Riehl, en Viena (Dr. Henning).

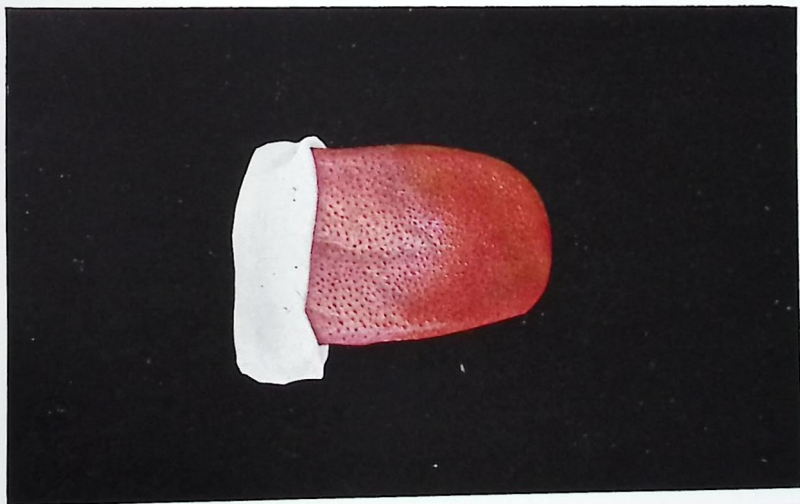
El pronóstico será reservado, especialmente en la erisipela del cuero cabelludo, que es grave, pues á veces resulta la vida amenazada por las manifestaciones de una infección generalizada; no obstante, la mayoría de los casos evolucionan de modo favorable.

La *profilaxia* es muy importante: se aislará cuidadosamente á todo enfermo de erisipela, y cada enfermo tendrá para sí una persona que le asista, la cual no se pondrá en contacto con otros enfermos. En las personas que sufren habitualmente erisipelas se prestará especial cuidado en la protección de la puerta de entrada de la infección, eczema, fisuras, úlceras varicosas, etc., y se procurará su cutificación.

Tratamiento.—Los ensayos hechos para curar la erisipela por medio de suero antiestreptocócico no han dado resultados seguros, de modo que estamos reducidos á emplear un tratamiento puramente sintomático. Además del reposo en cama, de la dieta febril y de los baños fríos ó envolturas refrigerantes cuando la fiebre es alta, se prescribirán las envolturas humedecidas en solución de subacetato de alúmina al 1 por 100, ó en resorcina é ictiol del 2 al 5 por 100. Las pincelaciones con ictiol puro ó pomada de sublimado, las fricciones con unguento de Crédé, los apósitos con alcohol ó pomada de sublimado, son medios usados igualmente. Se han recomendado además las inyecciones de colargol, la compresión de las vías linfáticas con emplastos adhesivos aplicados á alguna distancia del sitio afecto, las inyecciones en sus alrededores con solución de ácido fénico al 3 por 100 (¡muy dolorosas!), y finalmente las escarificaciones profundas en las partes aún sanas y las envolturas humedecidas en soluciones antisépticas, con todo lo cual deberá impedirse la ulterior propagación del proceso erisipelatoso.



No. 120. Erysipelas.



No. 119. Scarlatina.

Anthrax.

Pústula maligna. Carbunco.

Lámina 74, Fig. 121.

La penetración de los bacilos del carbunco, ó *bacillus anthracis*, en una pequeña lesión del epitelio ocasiona el desarrollo febril de un nódulo rojo, fuertemente infiltrado, en cuya cúspide se forma una vesícula hemorrágica que, en tanto aumenta la infiltración de los alrededores, se transforma en una costra necrótica ó escara (carbunco); en casos más raros puede suceder que en lugar de una pústula mayor se formen muchas más pequeñas, dispuestas de modo que correspondan á las rascaduras ó á otras lesiones de la piel (fig. 121). Al mismo tiempo, con formación de una pústula ó sin ella, puede desarrollarse un edema pastoso, peculiar, de la piel, coloreada entonces en un tono azulado ó amarillento (edema carbuncoso). Los ganglios linfáticos correspondientes á la región afectada se ponen tumefactos, y dolorosos. El proceso puede curar por eliminación de la parte necrosada ó terminar mortalmente por una infección generalizada (carbuncosis intestinal y pulmonar).

El pronóstico es dudoso en todos los casos de carbunco: en la carbuncosis intestinal es malo. El diagnóstico se hará atendiendo á los peculiares caracteres hemorrágicos del carbunco, á la anamnesia (ocupaciones propias de los encargados de andar con animales enfermos de carbunco ó con sus pieles y pelos), así como, finalmente, por la demostración de bacilos (inoculaciones á conejillos de Indias, ratones, cultivos de ensayo, etc.). El diagnóstico diferencial excluirá el carbunco simple por la falta de necrosis hemorrágica y de bacilos.

El tratamiento consistirá en procurar evitar todas las intervenciones que puedan abrir nuevas puertas de entrada á los microorganismos ó favorecer su ulterior propagación. Además de la cauterización local con el termocauterio de Paquelin ó de la diatermia se recomiendan las inyecciones parenquimatosas de ácido fénico y las cataplasmas muy calientes ó vendajes empapados en alcohol.

Fig. 121. Vaciado procedente de la Clínica de Neisser, en Breslau (Köner). La historia clínica del enfermo se encuentra en los *Archiv für Dermatologie*, vol. LXII, cuadernos 2 y 3, donde la publicó el Dr. Herrmann. El enfermo se había desgarrado con un hueso puntiagudo al descuartizar una vaca sacrificada; la mayoría de las pústulas correspondían á la dirección de la desgarradura. Había gran tumefacción de los ganglios axilares. La muerte ocurrió 2 días después.

Actinomycosis cutis.

Actinomicosis cutánea.

Lámina 74, Figura 122.

La enfermedad provocada por la inmigración de los hongos de actinomicetes se manifiesta rara vez en la piel de un modo primitivo: por regla general se origina á consecuencia de la abertura de un alvéolo dentario infectado. De ordinario en la piel correspondiente á la mandíbula se desarrollan sobre la superficie cutánea, infiltrada y dura, abundantes abscesos y trayectos fistulosos, en cuyo pus pueden comprobarse los gránulos de actinomicetes amarillos y apreciables ya macroscópicamente. La enfermedad se observa con más frecuencia en molineros y panaderos, y también en personas que ocasionalmente mascan granos de cereales. El diagnóstico se hará con certeza por la comprobación de los hongos, la cual es también decisiva por lo que al diagnóstico diferencial se refiere. El pronóstico es favorable en la actinomicosis localizada, pero dudoso cuando se propaga. El tratamiento era antes puramente quirúrgico (desbridamiento y raspado de los abscesos y conductos fistulosos). Últimamente se han administrado al interior los preparados de yodo con muy buen resultado.

Fig. 122. Vaciado procedente de la Clínica de Neisser (Kröner):



No. 122. Actinomycosis.



No. 121. Anthrax (Pustula maligna).

Acne vulgaris.

Acné vulgar.

Lámina 75.

La más frecuente de las enfermedades comprendidas bajo el nombre de acné (proceso inflamatorio crónico de los folículos) es el acné vulgar ó simple, que se observa en los individuos jóvenes, principalmente hacia la pubertad, y en el cual por infección del contenido estancado de los canaliculos excretores de las glándulas sebáceas (comedones) pueden producirse procesos supurativos de tenacidad insólita y de varia profundidad y extensión. Los distintos nódulos de acné, cuyo contenido está formado por los comedones hinchados ó necrosados y por pus, y en cuyo vértice se observa á menudo una pustulita, curan una vez que se ha vaciado dicho contenido; por lo general con formación de cicatriz ó dejando una depresión cicatricial, y á veces también con pigmentación. Sin embargo, en las imediaciones se producen incesantemente nuevas eflorescencias, de modo que no sólo se prolonga el proceso durante años, sino que al fin puede ocasionar considerable deformidad.

El orden de frecuencia en la localización de la enfermedad es el siguiente: frente, nariz y porciones de las mejillas que con ella limitan, barbilla ó mentón (figura 123), pecho y parte superior de la espalda (fig. 124): en estos últimos sitios no es raro que á expensas de los nódulos de acné se formen infiltraciones profundas (*acne indurata*), que después de curadas dejan cicatrices irregulares ó parecidas á queloides. En la piel de la cara de los enfermos que padecen acné se observa á menudo por palpación al lado de los superficiales gran número de nódulos profundamente localizados, y por regla general tienen un aspecto particular, pálido, como abotagado.

La *etiología* del acné no se ha explicado aún por completo: parece ser que hay diversos procesos que obran favoreciendo la producción de la enfermedad; así, no es raro que haya trastornos gastro-intestinales, y con más frecuencia un estado peculiar seborreico que conduce á la formación de comedones, que á su vez se trasforman en pústulas de acné por efecto de los agentes piógenos ordinarios. Es discutible la significación específica de las bacterias diversamente observadas en el pus de las pústulas de acné.

El **diagnóstico** del acné vulgar se hace sin dificultad por la presencia simultánea de comedones y pústulas de acné, así como también de todas las formas de transición; las sifilides semejantes se excluyen fácilmente. Si se cree preciso para asegurar el diagnóstico, podrá hacerse el examen de la sangre (reacción de Wassermann) ó recurrir al tratamiento específico.

Fig. 123 y 124. Vaciado procedente de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner).

El **pronóstico** del acné suele calificarse de benigno: sin embargo, á menudo es muy larga la duración de la dolencia.

El **tratamiento** procurará corregir los trastornos digestivos si los hay: no obstante, nunca hemos observado resultados útiles seguros con una dieta rígorosa. Tampoco dan resultados suficientes los medicamentos de uso interno, como arsénico, ictiol, purgantes y levadura de cerveza ó pildoras de cerolina; según nuestra experiencia, tampoco proporciona nunca la curación el tratamiento por las opsoninas. El tratamiento local se individualizará rigurosamente: mientras en unos casos todo medio enérgico provoca una reacción demasiado viva, en otras ocasiones puede procederse al tratamiento con pomadas y pastas fuertemente irritantes.

En primer lugar se extraerán los comedones por expresión y se evacuarán las infiltraciones y abscesos por medio de incisiones, ó se procurará su reblandecimiento mediante cataplasmas ó emplasto mercurial. Después se combatirá la seborrea y la neoformación de comedones con ella ligada, para obtener lo cual el mejor método es el empleo de azufre en forma de pastas ó aguas para lociones: el efecto del azufre en pomada no es tan intenso. Menos irritante que el azufre puro, pero también muy activo, es el azufre coloidal, el sulfidal que se prescribe en suspensión en agua, en pomadas y en pastas. También contribuyen á que desaparezca el exceso de formación de grasa y procuran la permeabilidad de los folículos el jabón azufrado, los lavados con solución alcohólica de jabón alcalino ó de ictiol y con agua caliente. Al quedar permeable la abertura de los folículos puede evacuarse su contenido. Es útil provocar una enérgica descamación de la piel, como la que se logra mediante la aplicación de pastas fuertes de resorcina y azufre, pasta de naftol (de Lassar), tintura de yodo ó pincelaciones con glicerina yódica. Debe advertirse á propósito de esto que después de empleado cada uno de estos medicamentos irritantes ha de pasar cierto tiempo hasta la completa desaparición del efecto reactivo, y hasta entonces no debe repetirse su empleo. En los intervalos se usarán polvos, *col-dcream*, crema de lanolina y medios semejantes. Cuando los enfermos son de piel muy sensible se comenzará con mayor cuidado con pastas hechas con pequeñas cantidades de azufre, resorcina y azufre ó sulfidal, para atenuar paulatinamente la irritabilidad de la piel. También se consiguen buenos resultados con la radiación con los rayos Röntgen y la luz de mercurio, especialmente empleando la lámpara de cuarzo.

Después de curados los nódulos de acné se combatirá la formación de comedones con lociones calientes, eventualmente con lavados con alcohol, jabón de mármol ó sulfuroso, etc. Los baños sulfurosos, las pincelaciones con la solución de Vlemingx son especialmente recomendables en el acné del pecho y de la espalda; en el rostro debe evitarse el uso del último medicamento citado.



No. 123. 124. Acne vulgaris.



Folliculitis barbae. (Sycosis simplex).

Folliculitis sicosiforme. Sycosis simple.

Lámina 76, Figura 125.

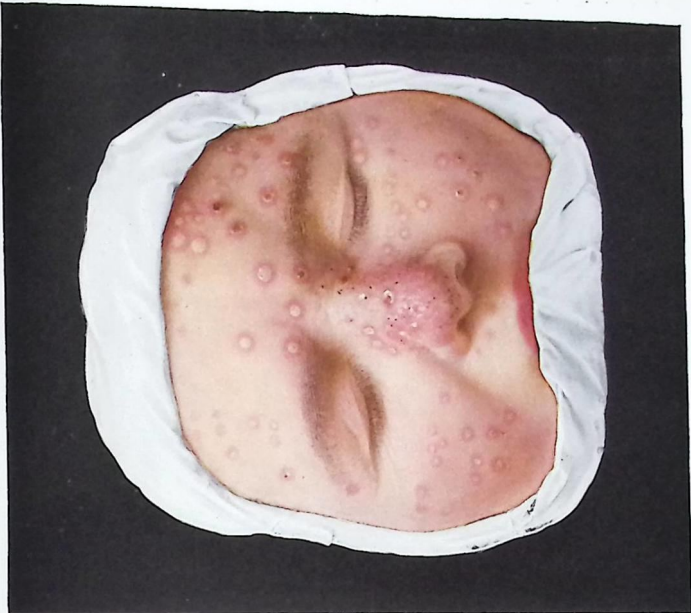
Bien á consecuencia de una afección eczematosa, ó ya sin necesidad de ella, principalmente en el sexo masculino, se desarrollan en los folículos de los pelos de la barba nodulitos aislados ó confluentes, pústulas ó infiltraciones mayores, que están atravesadas por pelos, y por lo general cubiertas de costras. El asiento más frecuente de la enfermedad es, como ya se ha dicho, la barba (fig. 125), más rara vez las cejas, pestañas, vibrisas y pelos de la axila y del pubis. En el cuero cabelludo es por completo excepcional. En esta enfermedad, de cronicidad extraordinaria, las distintas foliculitis curan muy lentamente, con desprendimiento de los pelos y formación de cicatrices: sin embargo, los focos se renuevan incesantemente: lo que hace que el curso sea crónico. Se tiene por agentes de la enfermedad á los cocos ordinarios de la supuración: no obstante, por lo general el terreno suele estar preparado por irritaciones locales. Cuando hace ya tiempo existe la enfermedad, no es posible separar entre sí las diversas foliculitis, que forman una gran superficie infiltrada en cuyos bordes son apreciables los diversos periodos de la evolución del proceso patológico.

El **diagnóstico** se hace por lo general con facilidad por lo crónico del curso y por la presencia de nodulitos atravesados por pelos; respecto de la tricoficia profunda debe fijarse la atención en que en ella en las porciones marginales puede reconocerse la formación de círculos tricofíticos en que se forman infiltraciones más considerables y en que, en fin, es decisiva la demostración de los hongos.

El **pronóstico** será reservado á causa de la inusitada frecuencia de las recidivas.

Tratamiento.—En primer lugar se procurará eliminar los factores que favorecen la colonización de los cocos; eczemas, catarro nasal, etc. La depilación subsiguiente da salida al pus, después de la cual se emplearán cataplasmas y apósitos ó compresas húmedas (resorcina, subacetato de alúmina al 1 por 100, sublimado al 1 por 5.000, ácido bórico ó ictiol). Los abscesos mayores se abrirán, y las infiltraciones que pudiesen quedar se procurará que se reabsorban mediante escarificaciones, empleo de pastas macerantes ó de emplasto salicilico. También dan favorables resultados la cataforesis, y sobre todo recientemente la aplicación de los rayos Röntgen hasta la caída de los pelos.

Fig. 125. Vaciado procedente de la Clínica dermatológica de Friburgo (Johnsen).



No. 126. Acne necrotica (varioliiformis).



No. 125. Folliculitis barbae (Sycosis simplex).

Acne rosácea. Rhinohpyma.

Acné rosáceo. Rinofima.

Lámina 77.

Como el acné vulgar, el rosáceo se desarrolla sobre una base seborreica, unas veces asociado al primero, otras por sí solo, y ataca á personas de edad media ó avanzada, localizándose en la cara, especialmente en la nariz. En los grados más inferiores de la enfermedad se produce una coloración roja de la piel que depende de la dilatación vascular. En grados más avanzados llegan á formarse nódulos de acné (fig. 127), que, sin embargo, no supuran de ordinario ó sólo lo hacen rara vez; en los grados más extremos de la dolencia se encuentran, además de la coloración rojiza ó rojo-azulada, una dilatación claramente visible de los vasos cutáneos muy flexuosos, hipertrofia muy acentuada de las glándulas sebáceas y formación de tuberosidades en la piel, con lo cual la nariz adquiere un aspecto completamente extravagante (rinofima, fig. 128). La enfermedad, cuyo curso es en extremo prolongado, sólo en los varones alcanza los periodos más avanzados.

Por lo que se refiere á la etiología, se ha hecho responsable de la enfermedad á los excesos en la bebida: sin embargo, las afecciones del canal gastro-intestinal, y en las mujeres las uterinas, así como, en fin, las alteraciones de la mucosa nasal, pueden provocar manifestaciones análogas. Un factor especialmante favorable es además la estancia continuada al aire libre y la acción del viento y la intemperie (maquinistas de tren, cocheros, etc.).

El **diagnóstico** suele hacerse sin dificultad: las sífilides nodulosas tienen otro color y tienden á la destrucción; además, suele haber otros sintomas de sífilis. En el lupus vulgar los puntos lúpicos son fácilmente comprobables, y en el eritematoso el proceso avanza periféricamente con formación de escamas fuertemente adherentes, en tanto que en el centro se produce la atrofia.

El **pronóstico** sólo es favorable en los primeros periodos; en los grados más avanzados de la dolencia suele ser dudoso.

Figuras 127 y 128. Vaciados procedentes de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner).

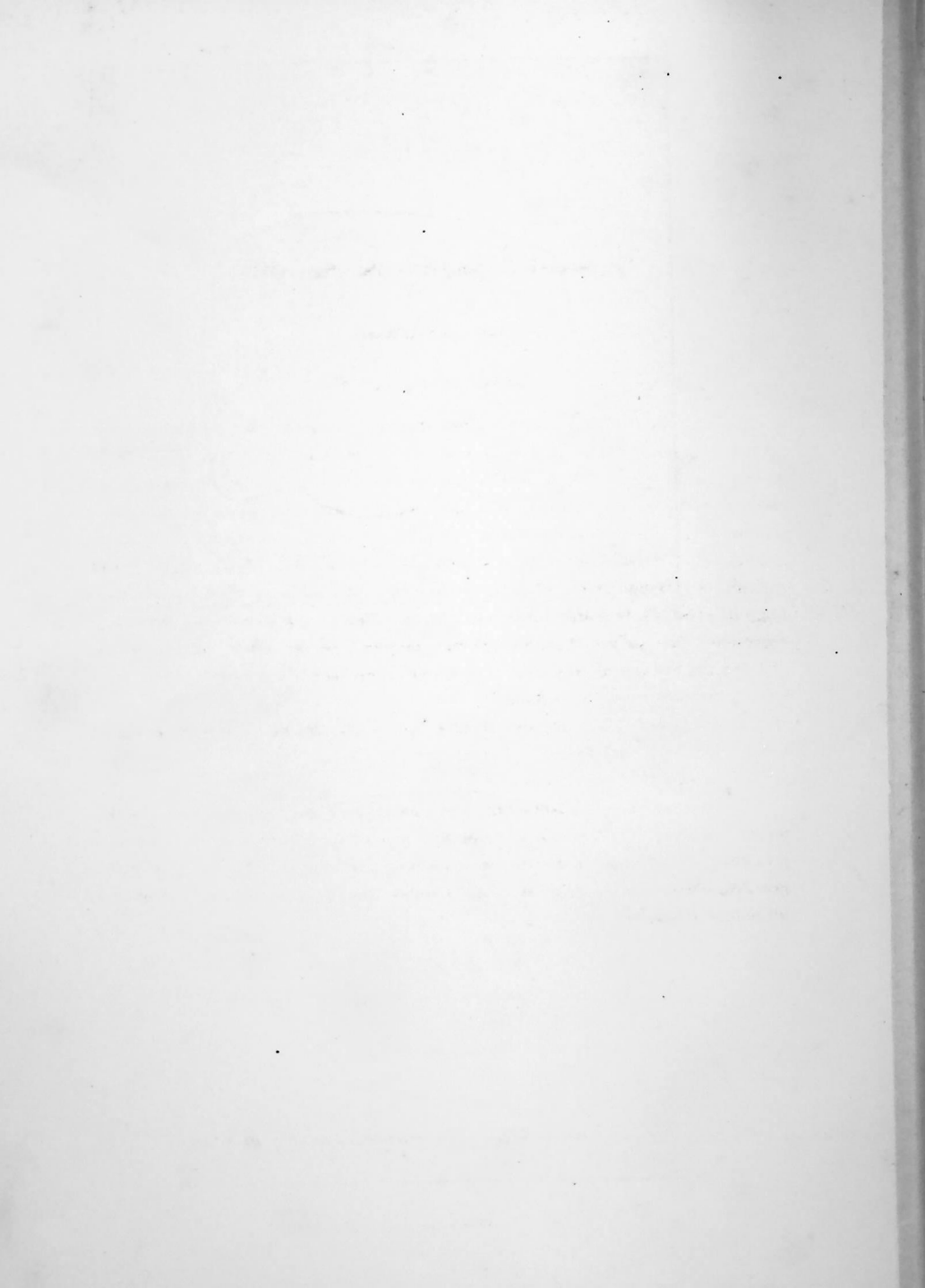
El **tratamiento** procurará en primer término curar las afecciones internas que puedan padecerse y eliminar los agentes nocivos que puedan tener eficacia etiológica. El tratamiento externo en los grados ligeros y medios se asemeja al del acné vulgar: pincelaciones con mixturas ó pastas sulfurosas, pomadas de resorcina y azufre, mixturas de sulfidal y jabones de azufre ó ictiol; en grados más avanzados son muy útiles las pastas que levantan la epidermis. La hiperemia se combate de modo conveniente con fricciones de pasta de resorcina al 40 por 100 hasta que se descame la piel: si se estima preciso, pueden ligarse los vasos dilatados, ó destruirlos con el microcauterio; muchas veces también son ventajosas las escarificaciones y picaduras, así como la aplicación de los rayos Röntgen, de la luz de mercurio, y en casos graves sobre todo, las radiaciones de Finsen. En el rino-fima se separan con el bisturi las proliferaciones hasta devolver á la nariz su primitiva forma; la cutificación se realiza sin dificultad á expensas del epitelio de las glándulas sebáceas.



No. 127. Acne rosacea.



No. 128. Rhinophyma.



Dermatitis papillaris capillitii.

Acné queloidiano.

Lámina 78, Figura 129.

En la *dermatitis papillaris capillitii* (llamada también acné queloidiano, aun cuando el proceso no tenga ninguna relación con el acné) se forman placas elevadas muy adherentes, en las cuales se encuentran cabellos difíciles de arrancar, escasos y enmarañados. Estas placas, que son de color rojo pálido, resultan de la reunión de pequeños nódulos duros y cubiertos por costras y se hallan situadas en la línea donde termina en la nuca el pelo que cubre la cabeza: es raro que la destrucción se extienda más. El curso de esta afección, que no ocasiona molestias de ninguna clase, es de lentitud insólita; á veces pasados algunos años se observa su regresión. Nos parece chocante que esta afección, por lo demás rara, se observe con relativa frecuencia en soldados ó en individuos que han estado en filas y han sido licenciados (¿uso del corbatín?).

El **diagnóstico** se hace sin dificultad por la localización, la dureza de los nódulos y la maraña de cabellos.

El **pronóstico** es favorable.

Los resultados del **tratamiento** eran hasta hace poco escasamente satisfactorios; los más recomendados, emplasto mercurial, escarificaciones, punciones y la ablación, así como la electrolisis, no sirven casi nunca. Con los rayos Roentgen disponemos de un medio que casi siempre produce una curación completa en un tiempo relativamente breve.

Fig. 129. Vaciado procedente de la Clínica dermatológica de Friburgo (Johnsen).

Granulosis rubra nasi.

Lámina 78, Figura 130.

En la piel de la nariz, y más rara vez en sus inmediaciones, se observa con alguna frecuencia en los niños que sudan mucho una afección crónica que se caracteriza por la producción de papulitas más ó menos abundantes, pequeñas, hasta del tamaño de cabezas de alfiler, rojo-claras, que asientan sobre una base ligeramente enrojecida y á veces algo livida; los nodulitos palidecen cuando se comprimen, no ocasionan molestias subjetivas, y por lo general desaparecen de un modo espontáneo en época posterior. Las lesiones anatómicas se limitan á la infiltración alrededor de los orificios de salida de las glándulas sudoríparas; la etiología es aún desconocida.

El **diagnóstico** no es difícil, pues á causa de aparecer mucho antes de la pubertad se distingue pronto del acné vulgar, y del rosáceo por la falta de telangiectasias y de alteraciones de las glándulas sebáceas; el examen á través de un vidrio con el cual se comprimen los nódulos (vitropresión) nos servirá para evitar la confusión con el lupus vulgar, afección á la cual se parece á veces.

El **pronóstico** es favorable, pues por regla general cura espontáneamente al comienzo de los 20 años.

Aún no se ha encontrado un **tratamiento** seguro, que es tanto más de desear, cuanto que los niños atacados por la granulosis tienen que sufrir con frecuencia las burlas de sus compañeros. Se han conseguido resultados transitorios con lociones calientes, pincelaciones con soluciones concentradas de resorcina ó formalina, y también con el termocauterio. Se ha ensayado además la radioterapia.

Fig. 130. Vaciado procedente de la Clínica de Neisser, en Breslau (Kröner).

THE HISTORY OF THE

REPUBLIC OF THE UNITED STATES

The history of the United States is a story of growth and expansion. From a small collection of colonies on the eastern coast, the nation grew to encompass a vast continent. The struggle for independence from British rule in 1776 was a pivotal moment, leading to the formation of a new government based on the principles of liberty and democracy. The American Revolution was not just a war for independence; it was a war for a new way of life, one that would be based on the rights of the individual and the consent of the governed.

The early years of the republic were marked by challenges and triumphs. The Constitution, drafted in 1787, provided a framework for a strong central government while preserving the rights of the states. The American Civil War, fought from 1861 to 1865, was a defining moment in the nation's history, as it resolved the issue of slavery and reaffirmed the principle of equality under the law. The war led to the Reconstruction era, a period of significant social and political change.

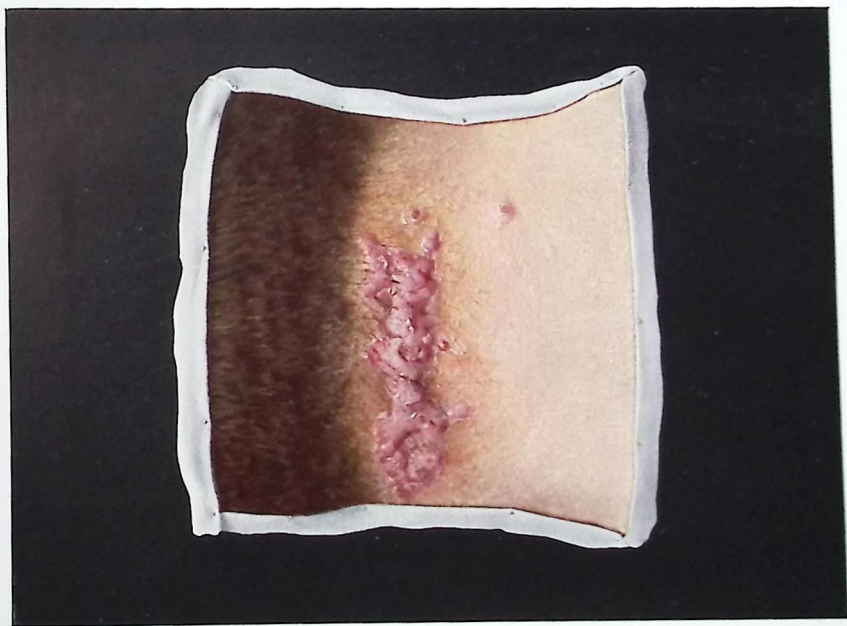
The late 19th and early 20th centuries saw the United States emerge as a global power. The Spanish-American War of 1898 marked the beginning of the nation's imperial expansion, leading to the acquisition of territories such as Puerto Rico, Guam, and the Philippines. The Progressive Era, which spanned from the 1890s to the 1920s, was a period of reform and social change, as Americans sought to address the problems of industrialization and urbanization.

The 20th century was a time of great change and challenge for the United States. The Great Depression of the 1930s led to the New Deal, a series of programs and policies that transformed the economy and society. World War II, fought from 1941 to 1945, was a defining moment in the nation's history, as it established the United States as a superpower and led to the formation of the United Nations.

The post-war era saw the United States continue to expand its influence around the world. The Cold War, which lasted from the late 1940s to the early 1990s, was a period of tension and competition between the United States and the Soviet Union. The Vietnam War, fought from 1955 to 1975, was a defining moment in the nation's history, as it led to a reevaluation of the role of the United States in the world. The 1960s and 1970s were also a time of social and cultural change, as Americans sought to address the issues of race, gender, and the environment.



No. 130. Crustosis rubra nasi.



No. 129. Dermatitis papillaris capillitii.





