

se manifiesta más la erosión, quedando entonces constituido el chancro; llega de este modo rápidamente á una fase que se puede considerar como su período de estado, en el cual permanece por mucho tiempo sin modificaciones apreciables.

En el estado de completo desarrollo, el chancro representa una exulceración más bien que una úlcera; se puede definirlo diciendo que es una exulceración descansando en una base dura.

Esta exulceración es lisa, de superficie regular, la cual no presenta las elevaciones y depresiones que se ven en el fondo carcomido del chancro simple; está situada al nivel de las partes que la rodean, y aun un poco elevada sobre éstas; rara vez está deprimida y excavada, por lo cual no tiene bordes; tiene un color uniformemente rojo, que se ha comparado con el de la carne. La superficie exulcerada alguna vez es grisácea y difteroidea en su centro, y roja en la periferia; en ciertos puntos aislados presenta un color más oscuro, parduzco ó casi negro, producido por pequeñas hemorragias.

El chancro supura poco ó, por mejor decir, no supura; deja salir una pequeña cantidad de líquido seroso; en las mucosas, este líquido humedece ligeramente su superficie y les forma como un barniz regular y brillante; en la piel se condensa en costras, generalmente poco gruesas, de color moreno pálido, alguna vez coloreadas por una mezcla de sangre, con frecuencia gruesas como las del ectima, que han dado al chancro cutáneo el nombre de chancro costroso. En algunas ocasiones, el líquido falta por completo y el chancro está reducido á una pápula seca.

El chancro sífilítico es casi siempre de forma regular, redonda ú oval; algunas veces es una pequeña grieta. Varían sus dimensiones; permanece muy pequeño durante toda su evolución, verdadero chancro enano, pareciéndose en muchos casos á una erosión herpética; ordinariamente tiene el tamaño de una moneda de cincuenta céntimos; en algunos casos llega á alcanzar gran tamaño, formando un tumor duro, del volumen de una nuez, ó constituyendo una placa fibroide difusa y muy extensa.

La base del chancro ofrece un carácter de los más importantes, y que ha sido considerado como síntoma patognomónico del accidente primitivo: tal es la induración. Con frecuencia, únicamente se aprecia ésta por medio de una palpación delicada, agarrando el chancro por las dos extremidades de su diámetro, y en este caso, se la llama apergaminada ó foliácea; las más veces es muy considerable y fácil de notar, pues el chancro produce la sensación de una masa resistente, gruesa y un poco elástica, que recuerda la consistencia del cartílago. La induración condroide existe, tanto en los chancros grandes como en los pequeños, y es el único síntoma de valor para el diagnóstico del chancro papuloso en muchas ocasiones. Empieza casi al mismo tiempo que el chancro, antes que éste se ulcere, y continúa después de la cicatrización del mismo.

Además de la induración, suele existir, en la base del accidente primitivo, una tumefacción grande, que deforma en gran manera la parte afecta, produciendo en el prepucio una variedad de fimosis, y en el labio una modificación tan particular, que, en la mayoría de los casos, el chancro puede ser visto y diagnosticado á bastante distancia del enfermo.

Las perturbaciones funcionales que acompañan al chancro suelen ser muy

escasas; no duele espontáneamente ni por la presión cuando no ha sido irritado por agentes exteriores, como las curas intempestivas ó el paso de la orina (chancro de la uretra); se hace doloroso si ocupa orificios, como el meato urinario, el orificio del prepucio, los labios ó sitios cuyos movimientos le exponen á repetidas tracciones.

Un carácter negativo de gran importancia es la imposibilidad de volver á inocularlo en el mismo individuo.

La duración del período de estado del chancro varía: el que tiene induración profunda persiste seis semanas por lo menos; el apergaminado evoluciona más rápidamente.

Al entrar en camino de desaparecer, toma el chancro un color más vivo, parecido al de una úlcera en reparación; la superficie de él se cubre de mamelones carnosos; al mismo tiempo disminuye la induración y se ablanda la base; pero la esclerosis persiste mucho después de formarse la cicatriz.

En el sitio afecto queda, por algún tiempo, una mancha roja ó pigmentada, más ó menos persistente. Todo desaparece al cabo de cierto tiempo, si se ha hecho uso de un buen tratamiento, sin aplicaciones cáusticas ni irritantes; mas en la piel se notan los vestigios mucho después.

En algunos casos la lesión no sigue la marcha ordinaria, pues la superficie empieza á presentar manchas ó toma un aspecto difterioide, dando origen á la transformación *in situ* en placa mucosa.

Al chancro sífilítico acompaña la *induración de los vasos linfáticos* correspondientes, que es fácil de percibir en el dorso del pene y en otras regiones donde existe aquel (miembros superiores, cara, etc.), y se manifiesta, en el trayecto de los linfáticos, en forma de cordones duros, moniliformes, múltiples, que no van acompañados de color anormal de la piel correspondiente, ni de supuración, síntoma que debe tenerse en cuenta para el diagnóstico diferencial, por ocurrir todo lo contrario respecto del chancro simple. Según Tarnowsky y Koulneff, el cordón que se describe como formado por un vaso linfático, es una vena con endo y periflebitis.

Los ganglios linfáticos de la región se ponen tumefactos casi desde que aparece el chancro. Se presenta duro y voluminoso un primer ganglio, y pronto ocurre lo mismo á los que están próximos, constituyendo lo que Ricord llamó pléyade ganglionar ó bubón sífilítico; entonces se percibe un gran número de ganglios duros, aislados unos de otros, en medio de los cuales se distingue, por su gran volumen, el primero que fue atacado; son indolentes, no supuran (lo contrario de lo que sucede con la adenopatía del chancro simple) y continúan en el mismo estado hasta confundirse con las adenopatías generalizadas del período secundario.

En la del primitivo, que ahora estudiamos, existen hipertrofia de los folículos del tejido reticulado fino, muchas células linfáticas voluminosas en los senos linfáticos perifoliculares y tumefacción de los tabiques fibrosos del hilo del ganglio (Cornil).

Dicha adenopatía es bilateral, lo mismo que la sintomática del chancro simple y de las lesiones comunes del balano. La que acompaña á los chancros de los labios, lengua y amígdalas tiene un valor diagnóstico de primer orden, por su desarrollo considerable y su larga persistencia.

BIBLIOTECA BIBLIO A L FAC. DE MED. U. A. N. L.

Por razón de esta misma, el chancro puede coincidir con los diversos fenómenos generales que pertenecen á la série de accidentes de infección sifilítica propios del período secundario, entre los que figuran las manifestaciones cutáneas y otras que más adelante se describirán.

COMPLICACIONES.—Figuran entre las más comunes los fenómenos inflamatorios que, á consecuencia de una irritación local ó de una cura defectuosa, se desarrollan en los tejidos próximos al chancro; la base de éste se pone blanda y edematosa, los tegumentos se enrojecen y el edema se extiende; de esta manera se puede desarrollar una variedad de fimosi inflamatoria, á consecuencia del chancro del prepucio, terminando por la gangrena de una parte de éste.

Como debidos á la *inflamación*, y favorecidos por el asiento del chancro y por el contacto de la orina y secreciones vaginales, deben considerarse los edemas de consistencia elástica y dura, de apariencia elefantíasea que se observan alrededor de los chancros de los grandes labios y del surco balano-prepucial, desde donde invaden los sitios próximos.

El *fagedenismo* no es frecuente en el chancro sifilítico. Se desarrolla en los sujetos debilitados por la edad, el embarazo, el alcoholismo y la diabetes, probablemente es debido á una infección de otro género, hecha más activa por las causas que acabamos de exponer, y destruye los tejidos extendiéndose en profundidad; dicha complicación está caracterizada por la extensión rápida de la úlcera, cuya superficie toma un aspecto pultáceo y difterioide y supura en abundancia.

La *gangrena* es producida por causas predisponentes y determinantes, análogas á las del fagedenismo, se debe también á la intensidad de los fenómenos inflamatorios y es más frecuente que el fagedenismo. Al manifestarse aquélla, el chancro toma un color amarillo, que después se vuelve moreno, y, como cualquier foco gangrenoso, se rodea de una zona edematosa é inflamatoria.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—El líquido de la superficie del chancro sifilítico contiene glóbulos de pus, células linfáticas, granulaciones grasientas y microorganismos (esporos, bacterias, etc.), sin significación patogénica alguna, y no ofrece fibras conjuntivas. Del producto formado por el chancro simple se distingue por una série de caracteres negativos. Cubre muchas veces al chancro sifilítico una pseudo-membrana de aspecto difterico, que sólo contiene elementos celulares (células linfáticas, células epidérmicas), como todos los productos membranosos, cualesquiera que sean su naturaleza y asiento.

Un chancro infectante, extirpado del vivo y observado á simple vista, se presenta constituido por un tejido duro, de consistencia cartilaginosa, resistente á los cortes, lardáceo y exangüe.

Con el microscopio se ve que este tejido duro está formado por acumulación de varios elementos entre la parte fascicular de tejido conjuntivo: unos células linfáticas que han salido, por diapedesis, de los vasos; otros provienen de la proliferación de las células fijas del tejido conjuntivo; otros son células de éste, cuyo núcleo se ha engrosado al mismo tiempo que su protoplasma se ha hecho granuloso y puesto tumefacto (células fibro-plásticas de Robin). Estos elementos, considerados por Neisser como característicos, se encuentran también en otras lesiones, sifilíticas ó no.

La esclerosis se extiende hasta la capa papilar, que se encuentra deformada;

en el centro de la lesión forma aquella una superficie plana, ó apenas sinuosa, mientras que, en la periferia, las papilas son más alargadas y manifiestas.

Las células de infiltración se agrupan con preferencia alrededor de los vasos (arterias y venillas), que tienen engrosadas sus paredes y menor calibre que el normal. La alteración de las paredes vasculares es, según Auspitz y Unna, la lesión primordial del chancro; cuya opinión es un poco exagerada, porque Neisser y Leloir han visto que la primera falta algunas veces. Según Auspitz, Unna y el profesor Cornil, está formada la segunda por la proliferación de los elementos de la capa adventicia de los vasos y, en menor escala, por la tumefacción de las células de la misma; ocupa al principio los vasos más superficiales del dermis y se propaga progresivamente hasta los profundos, al mismo tiempo que el tejido, propiamente dicho, del dermis, es invadido por la esclerosis. En la pared vascular, la infiltración celular y la esclerosis se propagan de fuera á dentro y concluyen por transformarla en una banda conjuntiva, en la cual no se encuentran ni aun restos de tejido elástico normal. Estas lesiones son más considerables en las venas, que en lugar de presentar en los cortes una hendidura alargada de paredes finas, aparecen en forma de anillo de paredes gruesas y rígidas. En las arterias se ven engrosadas las paredes y su calibre estrecho, limitado por una membrana sinuosa y mamelonada. Los capilares, por el contrario, aparecen dilatados, pero no tienen gruesa su pared.

Los filetes nerviosos que atraviesan el chancro son asiento de neuritis intersticial ostensible.

Excepción hecha de las alteraciones vasculares, no siempre constantes, estas lesiones son las de la inflamación en general y no difieren mucho de las que ofrecen las gomas sifilíticas.

Los trastornos epidérmicos son relativamente accesorios y casi se deben á los de nutrición ocasionados por el desarrollo de las lesiones de esclerosis profunda. Las células epidérmicas presentan los cambios descritos por Leloir con el nombre de alteración cavitaria, que preceden al desarrollo de úlceras; en la periferia de éstas, la epidermis se halla hipertrofiada, sobre todo en el cuerpo mucoso, y muchas veces ocurre lo mismo en la capa granulosa, cuyas células son más ricas en eleidina.

DIAGNÓSTICO.—Lesión indolente, apenas ulcerosa, de base dura, situada las más veces en la zona genital, apareciendo próximamente á los veinticinco días de un coito sospechoso, acompañada de una adenopatía de forma especial: tal es la fisonomía ordinaria del chancro, y tan particular, que no se puede desconocer.

Algunos de estos caracteres pueden faltar ó estar modificados, acaso sean poco claros ó contrarios á la verdad los conmemorativos, y, además, diversas lesiones tienen un aspecto que se confunde más ó menos con el del chancro sifilítico.

El *herpes genital* presenta úlceras redondeadas, cubiertas de una capa blanquecina, múltiples y separadas, ó confundidas y de bordes festoneados, más profundas que las del chancro sifilítico y consecutivas á vesículas de evolución rápida; suele desarrollarse el herpes genital á las pocas horas de un coito sospechoso, y no ofrece induración en su base. En los casos en que causas exteriores (suciedad, irritaciones, curas intempestivas) han producido induración,

ésta es menos limitada y más fofa que la del chancro, se deprime con facilidad con el dedo y conserva la huella de él, dejando salir cierta cantidad de líquido transparente, mientras que la presión no hace salir nada de líquido de la superficie del chancro; la adenopatía está menos desarrollada que la de éste, es dolorosa á la presión y ataca á un solo ganglio, y las úlceras cicatrizan pronto. En ocasiones, los chancros sífilíticos pequeños y cubiertos de una capa pul-tácea, pueden simular el herpes: pero difieren de él por la induración de su base, la evolución de las lesiones, su larga persistencia, el desarrollo de poliadenopatía y los síntomas de la sífilis secundaria que sobrevienen.

El *chancro simple* difiere del sífilítico, en los casos comunes, por el aspecto irregular de su superficie, los bordes cortados á formón ó desflecados, la abundancia de supuración y la falta de dureza; además, se desarrolla con más rapidez que el chancro infectante después del coito. Si no bastasen estos caracteres, se desvanecerán las dudas antes de que aparezca el período secundario, con el examen histológico del líquido, que únicamente en el chancro simple contiene fibras elásticas y restos de tejido dérmico, con la reinoculación, que da resultado positivo tan sólo en el chancro simple, y con el examen del individuo de quien se sospecha que ha sido el agente del contagio.

En ciertos casos, la úlcera presenta todos los caracteres del chancro simple, la reinoculabilidad inclusive, más tarde ofrece los del sífilítico y después va seguida de accidentes secundarios: es la que se conoce con el nombre de *chancro mixto*, el cual resulta de contaminarse con sífilis un chancro blando, ó (lo que es más común) de la introducción simultánea de los dos virus que provienen de un individuo atacado de chancro simple y un accidente sífilítico contagioso. La observación del desarrollo de los síntomas generales y locales es la única que puede dar á conocer cuándo se manifiesta, en estos casos, la sífilis.

Ciertas *foliculitis* supuradas de los órganos genitales pueden ser confundidas con el chancro sífilítico, mas se distinguen por la multiplicidad de sus úlceras, sus dimensiones pequeñas, la existencia de un líquido amarillento abundante y su asiento en los grandes labios.

La *balanitis* y la *vulvitis* erosivas suelen ser confundidas con el chancro sífilítico: la falta de dureza, la multiplicidad é irregularidad de las úlceras, la abundancia de supuración y la marcha aguda de los accidentes, bastan para distinguir del chancro sífilítico estas lesiones, aun tratándose de sus formas de red.

Las *lesiones sífilíticas terciarias* de los órganos genitales pueden parecerse al accidente primitivo, por lo que han hecho que se crea en una reinfección sífilítica. Estas sífilides chancriformes ó pseudo-chancros sífilíticos se desarrollan algunas veces en el sitio que ocupó el chancro primitivo, particularmente cuando estuvo en el surco balano-prepucial; son redondeadas y duras como el chancro, pero se distinguen por su profundidad, el aspecto irregular de su fondo, la ausencia de poliadenopatías, su desaparición rápida mediante el tratamiento antisífilítico y la ausencia de accidentes consecutivos de sífilis secundaria.

Cuando el chancro sífilítico no tiene su asiento en los órganos genitales, hay peligro de equivocarse. Con frecuencia se cree que es un accidente co-

mún, como una herida ó una desolladura inflamada, porque el sitio aparta la atención de la idea de sífilis.

El situado en los dedos, labios, lengua y amígdalas, hace que se le confunda con una *lesión cancerosa*: difiere de ésta por su evolución más rápida, los fenómenos inflamatorios que le acompañan, la induración ancha de su base y la intensidad de la adenopatía coexistente, pero con frecuencia no se conoce hasta que aparecen los accidentes secundarios.

El *chancro vacunal* merece especial mención. Por su aspecto, á la vez costroso y ulceroso, se confunde con el *ectima* ó se le llama *vacuna ulcerosa*; el aparecer después de un largo período de incubación, durante el cual las pústulas vacunales han podido cicatrizar completamente, basta para distinguirlo; la placa indurada de la base, su persistencia sin reinocularse en los sitios próximos y la adenopatía coincidente, hacen rechazar la idea de *ectima*; por último, la aparición de la sífilis secundaria desvanece todas las dudas.

TRATAMIENTO. — El del chancro sífilítico debe ser de los más sencillos: suprimir toda causa de irritación y procurar la limpieza, y, tanto como sea posible, la asepsia de la superficie, son las dos indicaciones que hay que llenar.

Los lavatorios ó inyecciones en los casos de chancros de la vulva y en los del balano, cubiertos por el prepucio en estado de fimosis, serán hechos con líquidos emolientes ó antisépticos, según que las partes estén ó no inflamadas: agua de malvas en el primer caso, y agua bórica, una disolución débil de sublimado, líquido de Labarraque diluido en el segundo caso. Si hay balanitis, las inyecciones de nitrato de plata facilitan la reparación del chancro.

Después de los lavados se aplica vino aromático, una disolución ligera de nitrato de plata, pomada de calomelanos, etc.; pero no se empleará tópico alguno irritante.

Si hay fenómenos inflamatorios, algunas cataplasmas los harán desaparecer. Si el chancro es exuberante y la cicatrización marcha con lentitud, las cauterizaciones de nitrato de plata podrán avivarla.

La destrucción ó la ablación han sido preconizadas como medio abortivo de la sífilis por algunos autores: dejamos este asunto, lo mismo que el de la oportunidad del tratamiento general en el período primario, para cuando hablemos de la curación de la sífilis en general.

SÍFILIS SECUNDARIA

FENÓMENOS GENERALES DE LA SÍFILIS SECUNDARIA. — Desde que se desarrolla el chancro, ó algunas horas después que aparece, hay infección sífilítica. Al principio se manifiesta por dureza y tumefacción de los ganglios linfáticos correspondientes al sitio que ocupa el chancro; y estos síntomas son los únicos que la acusan durante la época que separa al chancro de las primeras erupciones, á lo cual se ha llamado segunda incubación.

Cuando ésta termina, se desarrolla una série de perturbaciones en el organismo, que marchan con más ó menos rapidez y persisten durante un tiempo variable.

Las erupciones cutáneas y mucosas son las que sobresalen entre estos tras-

tornos, pero no son únicas; existen desórdenes funcionales que aprecia el enfermo y otros que solamente se dan á conocer por un examen detenido y completo.

Uno de los más notables y que dan más carácter de infecciosa á la sífilis es la fiebre. Es constante en el período secundario; pero suele ser tan ligera, que pasa inadvertida las más veces; en otros casos, bien estudiados por Baumler, Fournier y Janowsky, tiene mayor intensidad y aparece con uno de estos tres tipos: 1.º, accesiones intermitentes, con frecuencia cuotidianas y vespertinas; 2.º, calentura continúa con exacerbaciones, pareciéndose á la fiebre catarral ó á la tifoidea, con la cual ha sido confundida más de una vez, por haber pasado inadvertido el chancro y creerse que la roseola era una erupción de manchas lenticulares; 3.º, accesos febriles irregulares.

Esta fiebre, expresión de una verdadera tifosis sífilítica, precede ó sigue de cerca al desarrollo de las erupciones generalizadas y se observa comunmente á las cuatro ó seis semanas de la aparición del chancro.

Los accesos febriles suelen ir precedidos de desnutrición general, que se hace ostensible por la pérdida de fuerzas, decoloración de los tejidos y disminución del número de glóbulos rojos, á cuyo conjunto de fenómenos se ha dado el defectuoso nombre de clorosis sífilítica. Esta produce palpitaciones cardíacas, opresión continúa y una série de fenómenos nerviosos, como dolores en las extremidades, analgesia, anestesia, sobre todo en las mamas (A. Fournier), depresión psíquica, algunas veces ataques convulsivos, todos debidos á un estado neuropático, que la sífilis exagera ó provoca.

Entre los fenómenos nerviosos merece fijar la atención la cefalea, por lo que tortura á los enfermos y por su importancia para el diagnóstico, debida á la frecuencia y á los caracteres de este síntoma. Es profunda y se manifiesta por pesadez de cabeza, una presión como si se comprimiese con un tornio en distintas regiones del cráneo, que persiste constantemente, pero con exacerbación vespertina; otras veces es más violenta y verdaderamente intolerable. Son múltiples sus condiciones patogénicas; es de origen óseo ó meníngeo, otras veces es debida á que los centros ó los cordones nerviosos se nutren con sangre alterada, ó bien depende de la neurastenia (en cuya aparición interviene la sífilis como causa determinante) y entonces ofrece gran resistencia á la terapéutica.

Los ganglios linfáticos se abultan é induran, no solamente en la región que corresponde al chancro, sino también en las más diversas regiones. Estas adenopatías múltiples suelen depender de una lesión local de la piel ó de las mucosas; pero algunas únicamente acusan la infección sífilítica. Aparecen con más frecuencia en la región cervical posterior (teniendo gran valor para el diagnóstico), la región esterno-mastoidea y la submaxilar, las cuales se deben ordinariamente á una lesión bucal, etc. Los ganglios son indolentes ó apenas dolorosos por la presión, no tienen más volumen que una nuez, son duros y ruedan debajo del dedo.

Las amígdalas se hipertrofian al mismo tiempo que los ganglios; unas veces con independencia del desarrollo de placas mucosas en su superficie, otras acompañan éstas á la tumefacción, que por lo común termina resolviéndose.

El bazo se pone tumefacto en el momento de los brotes eruptivos, sobre todo si la fiebre es intensa.

El apetito se disminuye y muchas veces existe una verdadera anorexia; otras, y sobre todo en las mujeres neurópatas, se presenta bulimia (Pinctor, Bassereau, Fournier). La ictericia que acompaña á los brotes agudos de la sífilis secundaria (Gubler, Lancereaux, Lacombe, Delavarenne, Rendu) será estudiada en el capítulo de la patología hepática.

Desde los primeros meses del período secundario suele alterarse el sistema arterial, pudiendo revelarse esto por accidentes graves de arteritis y de trombosis cerebral.

La orina es espesa y poco abundante durante los accesos febriles; es excepcional la albuminuria y lo mismo la peptonuria indicada por Poehl (P. Raymond).

El sistema piloso es atacado casi siempre en el período secundario. Caen los pelos de las cejas en la parte interna de éstas. Los cabellos también se caen ó se pueden arrancar con facilidad; se atrofian sus bulbos; la caída de los cabellos se verifica con tal intensidad, que el cuero cabelludo presenta zonas alopécicas de varios tamaños, recordando unas veces las claras de los bosques, y en ocasiones teniendo analogía con las superficies de la tiña pelona.

LESIONES CUTÁNEAS DE LA SÍFILIS SECUNDARIA.—Ofrecen cierto número de caracteres comunes que pueden resumirse de este modo: forma redondeada, tendencia á formar círculos ó semicírculos cuando se agrupan; color generalmente rojo, debido á que se asocian la congestión cutánea y cierto grado de pigmentación, comparable al color del cobre ó al jamón; ligera elevación epidérmica (collar de Bielt), falta de prurito, salvo los casos de alcoholismo y complicación con enfermedad parasitaria; tendencia (excepción hecha de las primeras fases de la sífilis regular) á destruir los tejidos y á producir úlceras, cuyas cicatrices suelen ser asiento de pigmentación más ó menos intensa y más desarrollada en los miembros inferiores, por lo difícil que es en ellos la circulación de retorno, lo cual les quita en esta región gran parte de su valor diagnóstico (A. Broca).

Las sífilides secundarias ofrecen los caracteres de las sífilides en general, y además, comunmente se resuelven con rapidez, mientras que las del período terciario se ulceran más ó menos pronto ó persisten mucho tiempo sin llegar á la resolución espontánea. En ciertos casos, que son graves por el estado general y constitucional de los enfermos más que por la calidad del virus sífilítico, las sífilides aparecen muy poco tiempo después del chancro, ofrecen gran tendencia á destruir y á ulcerarse con rapidez, lo que ha hecho que se les llame sífilides malignas precoces.

Las dermatosis de este período tienden á invadir muchos y extensos sitios, y tanto más cuanto más precoces son; mientras que las terciarias ó tardías se localizan más, se limitan á una región poco extensa, que suele ser la misma en una serie de recidivas. Las sífilides secundarias se limitan á una región, aparecen con preferencia en ciertos sitios: el cuero cabelludo, la frente (*corona veneris*), el cuello, tronco, los extremos de los miembros y la región anocóxigea.

La morfología de éstas es de las más variables, pudiendo ofrecer represen-

BIBLIOTECA BIBLIOTECA BIBLIOTECA

BIBLIOTECA BIBLIOTECA BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L.