

buyéndolo á la absorción del pus uretral por la vía sanguínea. En opinión de E. Besnier, existe en la uretra una zona especial, zona reumatógena, cuya irritación provoca el reumatismo reflejo, ó desde la cual se absorbe el pus.

Tal era el estado de la cuestión cuando se descubrió el gonococo. El reumatismo blenorragico fué atribuído á la infección blenorragica, aunque jamás se probaba terminantemente. Mas, por analogía é inducción, había motivos para colocar esta artritis al lado de los pseudo-reumatismos infecciosos. Bourcy, cuya tesis transcribe las ideas del profesor Bouchard acerca de esto, coloca el reumatismo blenorragico en este grupo. Algunos autores han atribuído dicha afección, no al gonococo, sino á los agentes de infección secundaria (Jullien).

Las artritis y las lesiones de las membranas serosas, relacionadas con la blenorragia, tienen, en su localización y marcha, algo de especial que las diferencia del reumatismo articular agudo, del pseudo-reumatismo de las enfermedades infecciosas, de la escarlatina y también de las infecciones secundarias. En éstas se halla casi siempre el agente de infección, mientras que parece ocultarse al examen bacteriológico en la artritis blenorragica. Los pseudo-reumatismos supuran con bastante frecuencia, el reumatismo blenorragico casi nunca lo verifica; y cuando las artritis blenorragicas supuran, debe admitirse que existe asociada una infección; de suerte que los casos de este género deben separarse del verdadero reumatismo blenorragico.

¿Es el mismo gonococo quien produce las complicaciones de la blenorragia, ó son los agentes los productos solubles que aquél segrega? Esta última hipótesis explica por qué no se ha podido demostrar la presencia del gonococo en los derrames articulares (Straus, Mauriac, etc.), excepción hecha de algunos casos de resultado positivo, pero discutibles (Burckhard, Bousquet, Petrone). No obstante, en razón de las dificultades que ofrece el cultivo de este microorganismo y de la imposibilidad que existe para afirmar categóricamente su ausencia, no se puede resolver por ahora esta cuestión.

Los accidentes generales de la blenorragia pueden aparecer sin que ésta sea uretral (á consecuencia de una oftalmía blenorragica aislada, por ejemplo), lo que prueba que no son el resultado de una acción refleja que tenga por punto de partida la mucosa uretral.

REUMATISMO BLENORRÁGICO

ETIOLOGÍA. — El reumatismo se manifiesta en el período agudo de la blenorragia, del décimoquinto al cuadragésimoquinto día; rara vez más tarde; pero en épocas posteriores se desenvuelve durante el curso de la blenorrea. Por bastante tiempo se ha negado su existencia en la mujer, aunque sin tener fundamento, por ser difícil determinar, en ésta, el origen blenorragico de una artritis.

Suele existir en los casos de blenorragias intensas acompañadas de flujo abundante, que sobrevienen en individuos fuertes. El papel etiológico de las fatigas, depresión nerviosa, etc., es probable, pero no evidente; porque es necesario no considerar como causa lo que puede ser efecto de la infección blenorragica. El frío suele provocar dicha afección. Los verdaderamente reumáticos parecen más expuestos que otros al reumatismo blenorragico.

SÍNTOMAS. — El reumatismo blenorragico presenta manifestaciones articulares y peri-articulares y también abarticulares, aisladas alguna vez y asociadas á otras casi siempre.

1.º **Lesiones abarticulares.** — En la cuarta parte de los casos, no están unidas á las artritis. Consisten en lesiones de las bolsas serosas y de las sinoviales peri-tendinosas. Se manifiestan en el pie, sucediendo algunas veces que el higroma doloroso del talón ó la sinovitis de los peroneos laterales, son los únicos signos de la infección blenorragica. A veces se notan periostitis limitadas (raras en las diáfisis y muy frecuentes en las epífisis), acompañando á varias lesiones peri-articulares.

En general, las lesiones abarticulares acompañan á las otras, como hemos dicho, y entonces aparece completo el cuadro sintomático del reumatismo blenorragico.

Los higromas, sinovitis, periostitis, como las artritis blenorragicas, pasan con frecuencia al estado crónico y se curan con dificultad.

2.º **Artritis y peri-artritis.** — Es pequeño el número de articulaciones invadidas simultánea ó sucesivamente en cada caso. Existe otro carácter de mayor importancia aún: no hay articulación que esté exenta de peligro de ataque, aun de aquellas que se ven libres de poliartritis reumática y de pseudo-reumatismo infeccioso, tales como las articulaciones esterno-clavicular, temporomaxilar y de la columna vertebral.

Desde el punto de vista de la sintomatología, se pueden agrupar, con los autores clásicos, las artropatías blenorragicas en cierto número de formas, por más que son algo artificiales y no están bien limitadas, sino, por el contrario, muy relacionadas por medio de la multitud de casos de transición que existen. Se las puede llamar artralgia, hidrartrosis y artritis.

Artralgia. — Ocupa con preferencia las pequeñas coyunturas y las bolsas serosas próximas. En las grandes articulaciones, la reacción inflamatoria con facilidad va acompañada de derrame.

Las articulaciones del pie son su asiento más común. Se manifiesta con dolor persistente, vivo por la tarde, exacerbado por los movimientos y por la presión, y que perturba la marcha y hasta la impide por completo.

Precede ó sigue muchas veces á la verdadera artritis, y cuando desaparece el verdadero reumatismo, es muy frecuente la persistencia de dolores, por muchos meses, y la de crepitaciones en los movimientos amplos de las coyunturas, indicando que hay sinovitis crónica.

Hidrartrosis. — El derrame sin dolor, ó por lo menos, sin dolor muy vivo, existe en las grandes articulaciones, particularmente en la de la rodilla. Poco á poco se manifiesta por los síntomas clásicos, que varían según las articulaciones afectadas; llega á ser abundante y desaparece con lentitud, quedando, como en la forma artralgica, crepitaciones y, con más frecuencia bridas fibrosas, que embarazan los movimientos.

Artritis. — La blenorragica va precedida ó no de derrame y de dolores articulares; empieza de pronto y parece un verdadero reumatismo; difiere de éste, sin embargo, por dos caracteres: la invasión de menor número de articulaciones y su menor tendencia á cambiar de sitio.

Preséntase el dolor, que suele ser muy intenso, como primer síntoma. El

enfermo teme la necesidad de ejecutar el más ligero movimiento y da gritos en cuanto se ve obligado á ello. La presión sobre los intersticios articulares exagera el dolor, y lo mismo ocurre al comprimir en muchos puntos alrededor de la coyuntura: en la rodilla, por ejemplo, la presión sobre todas las bolsas serosas, exaspera el dolor. Con la artritis existen peri-arteritis y sinovitis.

El aumento de volumen se hace muy ostensible en pocos días y deforma el órgano afecto. Es debido á muchas causas, que entre otras, son: el edema, que á veces va acompañado de linfangitis superficial y de coloración rosada, y del derrame de las serosas peri-articulares y de la misma articulación. La piel se halla seca y con temperatura mayor que la normal.

Las articulaciones invadidas son, en primer término, los codos y rodillas.

A consecuencia de los dolores, los miembros enfermos se ponen en semiflexión y en esta actitud se pueden formar bridas fibrosas, que suelen ser como las reliquias del mal.

Pasados algunos días, sobreviene atrofia muscular en los mismos miembros, que puede llegar á ser considerable y va acompañada de mialgias.

El estado general guarda relación con el número de articulaciones invadidas y la intensidad de la artritis. No falta la fiebre, que llega á 39 y 40°, y disminuye en cuanto se modera la flegmasía. Con frecuencia, se desenvuelve una anemia rápida; pero rara vez el estado general se agrava tanto como en el verdadero reumatismo. No hay sudores abundantes y se manifiestan muy excepcionalmente las complicaciones viscerales (las cardiopatías, por ejemplo).

Tal es la forma común de la artritis aguda blenorragica. Una variedad, bien descrita por Brun, difiere por el número de articulaciones afectadas; pues sólo una lo está: esta monoartritis se acompaña de dolores violentos y tumefacción rápida, más marcada que en la poliartritis; en ella se encuentran interesados el periostio y aun las extremidades óseas, y la hiperestosis desaparece con dificultad.

Es muy rápida la marcha de la forma aguda; en algunos días, ó en dos semanas á lo más, se modifican los síntomas; ciertas articulaciones vuelven á su estado normal y tan sólo queda la atrofia muscular. Es raro que se curen todas las articulaciones interesadas; pues una, dos y á veces más, continúan hinchadas y dolorosas.

Es excepcional la curación absoluta; por el contrario, queda por mucho tiempo una anquilosis que á veces dura toda la vida.

Las articulaciones afectadas de este mal supuran excepcionalmente, y cuando eso ocurre, se debe á una infección secundaria de un microbio piógeno. La infección tuberculosa es más frecuente, porque el reumatismo blenorragico es la lesión que más predispone al desarrollo de tumores blancos, debilitando las articulaciones y colocándolas en circunstancias favorables para la germinación del bacilo de Koch, lo mismo que el traumatismo favorecía la localización de la tuberculosis experimental en los trabajos de Schüller.

Forma crónica. — Es siempre consecutiva á las precedentes. Haya habido poliartritis ó sencillamente hidartrosis ó artralgia limitadas, el reumatismo blenorragico crónico invade, en general, muy pocas articulaciones, pero muy importantes casi siempre, como la rodilla; ó bien se localiza en las extremidades de los huesos, á las cuales deforma, simulando un reumatismo nudoso.

Produce retracciones tendinosas que inmovilizan las coyunturas, periostitis epifisiaria crónica que las deforma, y atrofas musculares permanentes. Como consecuencia de esto, los movimientos se imposibilitan y se forma una anquilosis cada vez mayor, que tiende á doblar más y más los miembros, si las rodillas ó, lo que es más raro, los codos son invadidos. En los extremos de los miembros dominan las deformaciones, entre las que figura una variedad de dactilitis blenorragica, en la cual el dedo se pone fusiforme á consecuencia de la periostitis y de la sinovitis tendinosa.

El pronóstico del reumatismo blenorragico no puede ser terminante, por las lesiones que aquel suele ocasionar. Una circunstancia le agrava, cual es: que un enfermo de dicho mal está siempre predisuesto á nuevos ataques, si contrae una nueva blenorragia ó si la primera uretritis se hace crónica. En este caso, las articulaciones que antes fueron invadidas lo son otra vez, y la curación completa es más difícil y excepcional.

DIAGNÓSTICO. — Es de los más fáciles, cuando existe el antecedente de una uretritis aguda. Pero suele ocurrir que la blenorragia pase inadvertida: por ejemplo, cuando un hombre tiene una uretritis crónica que se revela tan sólo por una pequeña gota por la mañana. Sucede una cosa análoga respecto de la mujer, cuya blenorragia suele ser ignorada en la mayoría de los casos: por este motivo el reumatismo blenorragico de la mujer está mal estudiado y pasa inadvertido. Es menester no olvidar el origen extra-uretral de esta afección, por ejemplo, en los casos de conjuntivitis aguda y dolores articulares coexistentes.

El reumatismo blenorragico tiene caracteres propios, que sirven para diagnosticarlo en estas circunstancias y para distinguirlo de otras artritis agudas, subagudas ó crónicas, tales son: el limitarse á pocas articulaciones, la poca movilidad de las artropatías en todas las formas del mal, la ineficacia del salicilato de sosa, la falta de sudores, de cardiopatías y de gravedad del estado general, la terminación lenta de algunas artropatías y la tendencia á la cronicidad.

Con este conjunto sintomático pueden eliminarse el reumatismo agudo y los diversos pseudo-reumatismos infecciosos.

Las formas crónicas deben diferenciarse de las otras artropatías crónicas. Cuando no hay antecedentes de artritis aguda, de poliartritis dolorosa, si el mal ha empezado por hidartrosis ó artralgia, el diagnóstico será acaso difícil. Es necesario eliminar los tumores blancos, artritis secas, artropatías de origen nervioso, etc.

TRATAMIENTO. — El medicamentoso de las artritis secas no existe. El salicilato de sosa, que es tan eficaz contra el reumatismo agudo común, no lo es contra el blenorragico, lo cual es un argumento más en favor de la especificidad del último. La antipirina, las sales de quinina y los preparados de opio son muy útiles como calmantes; pero no tienen acción especial sobre las lesiones articulares. Algunos autores han atribuído á los preparados de mercurio una acción favorable, cuestión que está en estudio en la actualidad.

En todos los casos es preciso insistir en el tratamiento local, empleando la inmovilidad, posición adecuada, compresión ligera y la revulsión. J. Lucas Championnière practica la cauterización punteada con el hierro candente, to-

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

cando en el mayor número de sitios de la piel que está sobre la articulación afectada y multiplicando las sesiones, todos los días si es necesario; en general se obtiene muy pronto la disminución del derrame y del dolor. Cuando terminan los fenómenos agudos, se puede permitir algunos movimientos y practicar el amasamiento de los músculos atrofiados.

DIVERSAS COMPLICACIONES

COMPLICACIONES MUSCULARES. — Acompañan muchas veces á las manifestaciones articulares del reumatismo blenorragico; sin embargo, se estudian aparte, porque á veces se observan independientemente de las artropatías.

Las *mialgias* y las atrofiás musculares parciales se presentan juntas, por lo común, en el curso ó á continuación de las artritis.

La *atrofia muscular* radica también con independencia del reumatismo. En el mismo puede estar generalizada, de modo que es difícil referirla á las mismas artritis cuando aquella existe en un miembro en que éstas no se hallan. Por eso la patogenia de la amiotrofia es de lo más discutido. Si puede tener el mismo origen que las atrofiás musculares por lesión articular, origen que es discutido, su mecanismo queda ignorado cuando está generalizada. Algunas veces parece dependiente de una lesión medular ó nerviosa, y va unida á una neuralgia ó á una mielitis blenorragica.

COMPLICACIONES NERVIOSAS. — No son infrecuentes las *neuralgias* que aparecen solas ó asociadas al reumatismo blenorragico. Se localizan, por lo común, en los nervios de las extremidades inferiores (Fournier), que son los puntos en que más se ven las complicaciones de la blenorragia. Invaden uno ó los dos nervios ciáticos; por eso, como enseñaba Gosselin, es preciso no confundir con la ciática el dolor producido por una artropatía sacro-iliaca, localización del reumatismo blenorragico bastante ignorada.

En estos últimos años se ha fijado la atención en las *mielitis* blenorragicas por haberse publicado muchos trabajos, entre otros, una Memoria de Hayem y Parmentier; pero apenas se conoce la sintomatología de aquellas y se ignora su anatomía patológica y patogenia.

A los diez ó veinte días de empezar una blenorragia aguda, se desarrollan los síntomas de mielitis. Unas veces llaman la atención las verdaderas perturbaciones sensitivas: neuralgias ciática ó crural, dolores en la cintura, dolores raquídeos espontáneos, que exacerba la presión á lo largo de la región lumbar del raquis, y con frecuencia placas de anestesia ó de hiperalgesia en los miembros inferiores. Aun en esta forma en que predominan los trastornos sensitivos, hay paresia muscular ostensible.

Otras veces predominan las perturbaciones motoras. Con mayor rapidez se manifiesta una paraplegia tórpida, progresiva, con exageración de los reflejos rotulianos y trepidación epileptoidea casi siempre, y al mismo tiempo se ve una atrofia muscular generalizada y de marcha rápida.

Por regla general, caminan á la par los trastornos sensitivos y motores.

Los accidentes agudos desaparecen en dos ó tres semanas; pero dejan perturbaciones sensitivas y motoras y atrofia muscular. Si persiste la blenorragia uretral, es siempre posible la vuelta de los trastornos espinales.

Nada se sabe acerca de los caracteres macro y microscópicos de las lesiones meningo-medulares que corresponden á estos síntomas.

¿Hay en la blenorragia, dentro ó fuera del curso de su reumatismo, complicaciones cerebrales? Alguna vez se han mencionado síntomas que recuerdan el verdadero reumatismo cerebral; pero hay derecho de dudar de su existencia. Panas ha referido un caso de neuritis óptica, que considera como resultado de meningitis basilar de origen blenorragico.

COMPLICACIONES CARDIO-VASCULARES. — Existe una treintena de observaciones de *cardiopatías blenorragicas*. Estas complicaciones se manifiestan con el reumatismo ó son independientes de él.

Aparecen como pericarditis serosa, endocarditis localizada ordinariamente á la válvula mitral ó miocarditis. En general, no ofrecen el tipo de la endocarditis ulcerosa aguda, pues se desarrollan insidiosamente, y por casualidad se encuentra, en el curso de la blenorragia, una lesión cardíaca. Puede ser que si se auscultase á todos los blenorragicos, se encontrarían alteraciones del corazón, por lo menos funcionales. Arnozan y Cheminade mencionan la lentitud del pulso durante la blenorragia (mientras no hay complicaciones febriles, reumatismo, etc.) é irregularidades posibles del mismo; soplos ténues y pasajeros, así como una división del primer ó segundo ruido del corazón.

La patogenia de las cardiopatías blenorragicas no está conocida: es posible que sean debidas al gonococo; pero, como hace notar Lion, eso no está probado, por faltar observaciones exactas que demuestren dicho microbio en la sangre.

Es muy poco frecuente la *febitis* blenorragica y se sitúa en los miembros inferiores.

APARATO RESPIRATORIO. — Como ligero recuerdo, mencionamos la *laringitis* blenorragica; en general se encuentra asociada á las erupciones de eritema, pero también existe sola. La *pleuresia* serosa, relacionada ó no, con una cardiopatía, es á veces purulenta y ocasiona una complicación puohémica.

COMPLICACIONES OCULARES. — Sobrevienen al mismo tiempo que otras. Entre aquellas se cuentan la conjuntivitis catarral, keratitis, iritis serosa. Pertenece á la cirugía, y á este sitio corresponde únicamente la conjuntivitis purulenta determinada por la inoculación directa en los adultos ó en los recién nacidos contagiados por su madre blenorragica.

ACCIDENTES CUTÁNEOS. — En la literatura médica se consignan algunos casos de erupciones que han coincidido con la blenorragia, sin que ésta fuese tratada por balsámicos. Perrin ha hecho su estudio modernamente.

Es discutible su frecuencia. Pero si es raro observar erupciones de blenorragia no tratada por balsámicos, también es raro observar blenorragias en las que estos no hayan sido empleados. De todos modos, como hace notar Ernesto Besnier, los eritemas balsámicos (independientes de blenorragia) no se conocen bien.

Los *eritemas* blenorragicos se presentan como eritemas polimórficos ó como el escarlatiniforme ó como la alfombrilla. Aparecen en el período agudo del flujo, van precedidos de algunos prodromos generales, van acompañados de manifestaciones mucosas fugaces y desaparecen en ocho ó diez días. Algunas veces hay al mismo tiempo manifestaciones articulares.

Su diagnóstico se funda, ante todo, en la presencia de la blenorragia. Es imposible hacerlo por los síntomas objetivos. Por la etiología y, sobre todo, por la evolución, se eliminan las fiebres eruptivas; pero todos los eritemas de marcha no cíclica, no se diferencian más que por la falta de flujo uretral. Perrin afirma que es imposible el diagnóstico diferencial con las erupciones de los balsámicos, y al mismo tiempo manifiesta que éstos pueden producir erupciones blenorragias, obrando como causa ocasional.

Sin fundamento sólido, se han admitido las siguientes hipótesis sobre la patogenia de estas erupciones: infección gono-hémica, infección secundaria, perturbaciones angio-neuróticas, acción de las toxinas blenorragias.

La púrpura blenorragia es debida al exceso de trabajo, al cansancio y á los excesos, y ofrece siempre los caracteres de la púrpura reumatóidea.

BIBLIOGRAFÍA: L. Jullien, *Traité prat. des maladies vénériennes*, 2^e édit., Paris, 1886 (Bibliog. très étendue). — Welander, Le Gonococcus dans la blennorrhagie de la femme; *Bull. méd.*, 1889, p. 3. — Bumm, Ueber gonorrhoeische Misch infectionen beim Weibe; *Deutsch. medic. Wochens.*, 1887, p. 1057. — Audry, Du gonocoque de Neisser et de ses rapports avec quelques manifestations parablennorrhagiques; *Ann. de Dermat.*, 1887, p. 470. — Martel, De la phlébite au cours du rhumatisme blennorrhagique; *Th. de Paris*, 1886-1887. — Legrain, Microbes des écoulements de l'urèthre; *Th. de Nancy*, 1888. — Du Castel, Leçons sur la blennorrhagie; *Union méd.*, 1888, t. I, p. 241 et seq. — Finger, *Die Blennorrhoe der Sexual-organe und ihre Complicationen*, Vienne, 1888. — Hayem et Parmentier, Contribution à l'étude des manifestations spinales de la blennorrhagie; *Rev. de méd.*, 1888, p. 433. — Straus, Présence du gonocoque dans un écoulement urétral survenu sans rapports sexuels; *Archiv. de méd. expér. et d'anat. path.*, 1889, p. 326. — Arnoz et Cheminade, Le pouls et le cœur des blennorrhagiques; *Mém. et Bull. de la Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, 1889, p. 348, et *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1889-1890, p. 3. — Lion, Des endocardites infectieuses; *Th. de Paris*, 1889-1890. — Schütz, Beiträge zum Nachweise der Gonokokken; *Münchener med. Wochens.*, 1888, p. 235. — Steinschneider, Zur Differenzirung der Gonokokken; *Berlin. klin. Wochens.*, 1890, p. 533. — Pellizzari, Il diplococco di Neisser negli accessi blennoragici periuretrali; *Giorn. Ital. d. malat. veneree e fi. pelle*, 1890, p. 134. — Terrillon, De la salpingite blennorrhagique; *Bull. méd.*, 1890, p. 837. — Perrin, Des déterminations cutanées de la blennorrhagie; *Annales de Dermat.*, 1890, p. 773 et 859. — Panas, Névrite optique d'origine blennorrhagique; *Semaine médicale*, 1890, p. 477. — Vidert et Bordas, Du gonocoque dans le diagnostic médico-légal des vulvites; *La médecine moderne*, 1890, p. 881. — Des mêmes, Étude sur le gonocoque; *La médecine moderne*, 1891, p. 6. — Éraud, Des raisons qui semblent militer en faveur de la non-spécificité du gonocoque ou mieux de sa préexistence dans le canal de l'urèthre sain chez l'homme; *Bull. Soc. française de dermat. et de syph.*, 1890, p. 88. — Du même, Des raisons qui semblent militer en faveur de la non-spécificité du gonocoque; *Idem*, 1891, p. 231. — Balzer et Souplet, Note Sur l'albuminurie liée à la blennorrhagie; *Bull. Soc. française de dermat. et de syph.*, 1891, p. 235. — Spillmann et Haushalter, Contribution à l'étude des myélites blennorrhagiques; *Rev. de méd.*, 1891, p. 651.

SEGUNDA PARTE

ENFERMEDADES CUTÁNEAS

GENERALIDADES

La piel es á la vez órgano de revestimiento y de excreción, y al mismo tiempo está sometida, como todos los tejidos, á la influencia de las modificaciones nutritivas, dependientes de trastornos circulatorios y de cambios de composición de la sangre, así como á las perturbaciones producidas por el sistema nervioso. Las causas de sus lesiones son también muy variadas.

Como membrana de revestimiento, sufre la acción de los agentes exteriores y sobre todo de diversos parásitos animales ó vegetales, microscópicos ó de más tamaño, que pueden ponerse en contacto con ella y alterarla primitivamente ó agravar ó modificar las lesiones que ya existieren. Las sustancias químicas que se depositan en la piel, pueden, si son irritantes, causar alteraciones que á menudo presentan un carácter particular por la resistencia y constitución de la membrana, variables según los sujetos.

Como aparato de excreción, es susceptible de ser alterada por las sustancias que se eliminan por sus glándulas, cuyas sustancias químicas, orgánicas ó inorgánicas, normales ó accidentales, proceden de la alimentación ó de una función alterada de los parénquimas viscerales ó son elaboradas por los microorganismos introducidos en la economía.

Estas sustancias pueden perturbar la nutrición de la piel, por su presencia en la sangre, por las modificaciones que imprimen á la constitución de ésta y por las propiedades irritantes que poseen respecto de los tejidos fundamentales de la piel. Es indudable que los estados constitucionales, diatésicos y discrásicos ejercen, por las modificaciones del líquido sanguíneo que los acompañan y especifican, una gran influencia sobre la producción, la forma y la persistencia de las dermatosis, papel que Bazin tuvo el inmenso mérito de determinar, sin que pueda tal influencia ser negada á pesar de las protestas de Hebra y de sus discípulos. Asimismo las lesiones y trastornos funcionales de las vísceras (riñón, hígado y tubo digestivo, sobre todo) obran eficazmente produciendo grandes dermatosis por las alteraciones que determinan en la composición química de la sangre.

En cuanto al papel del sistema nervioso en el origen de las dermatosis, se manifiesta con la mayor claridad en muchas circunstancias: ya sea interviniendo el sistema nervioso como agente instrumental intermediario entre una intoxicación y una lesión cutánea, ó bien obrando primitiva y directamente sobre