

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<sup>e</sup> 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

la piel para producir esas lesiones tróficas, cuyo número y variedades conocidas han aumentado mucho desde las investigaciones de Charcot y Vulpian, que han demostrado la realidad de tales lesiones é indicado su patogenia.

Esta simple enumeración basta para probar que rara vez son primitivas las lesiones cutáneas, y que, por lo común, son simples manifestaciones exteriores de trastornos diferentes de órganos diversos; la *enfermedad cutánea* propiamente dicha es menos frecuente que la *lesión ó afección cutánea*.

Sin embargo, la piel presenta, en su constitución íntima y en su estructura, variedades numerosas, debidas á la herencia ó á deformidades originales, que imprimen carácter particular á ciertas lesiones del tegumento.

En un caso dado se asocian casi siempre estas diversas causas, sumándose ó neutralizándose parcialmente, y de su asociación resultan alteraciones cutáneas con caracteres variables y á menudo complejos, aunque no estén jamás constituidas más que por escaso número de *lesiones elementales*, que son á la vez lesiones anatómicas y síntomas.

Se llaman *manchas ó máculas* todas las alteraciones que se manifiestan por cambios en el color de los tegumentos, sin elevación ó con elevación apenas apreciable y sin infiltración de la piel. Las manchas pueden desaparecer comprimiéndolas, como en los eritemas, ó persistir á pesar de la presión y persistir á veces por bastante tiempo, como las manchas pigmentarias.

Las *pápulas* son elevaciones de color y tamaño variables, resistentes, sin líquido en su interior y que desaparecen al cabo de tiempo, variable también, sin dejar huellas. Anatómicamente están constituidas por infiltración inflamatoria ó simplemente congestiva de las capas superficiales del dermis.

Los *tubérculos* son también producciones resistentes, sin líquido, de tamaño diverso y de ordinario prominentes; están mejor circunscritos que las pápulas y más profundamente alojados en el dermis que ellas, y además se distinguen, sobre todo, en que los tubérculos siguen una marcha lenta y no desaparecen espontáneamente. Leloir añade á estos caracteres el de ser siempre engendrados por un microbio patógeno. Están constituidos por infiltración dérmica, que llega hasta las capas profundas, y el neoplasma substituye á los elementos normales del dermis, de modo que si aquel desaparece, es frecuente que persista una cicatriz.

Se da el nombre de *vesículas* á elevaciones de la epidermis, poco extensas ordinariamente, redondeadas ó puntiagudas y llenas de un líquido seroso transparente. Las vesículas resultan de la transformación cavitaria de las células de la capa córnea de la epidermis. Este proceso, bien estudiado por Leloir, consiste en que alrededor del núcleo de la célula se desarrolla una cavidad que se llena de líquido y acaba por substituir al elemento entero, el cual, alterado de este modo, se rompe, su cavidad se abre en la de los elementos inmediatos, de lo que resulta una sola cavidad, pero multilocular, limitada arriba por la capa córnea que ha permanecido sana, y abajo por las células del cuerpo mucoso.

Las *ampollas* son elevaciones epidérmicas, generalmente más voluminosas que las vesículas y llenas también de líquido seroso transparente. Son uniloculares y no resultan de la alteración cavitaria de las células epidérmicas, sino del despegamiento de la epidermis en el grueso del cuerpo mucoso

de Malpighi, entre la capa granulosa y el *stratum lucidum*; cuyo despegamiento es producido por el aflujo de la serosidad á la epidermis, consecutivo á una lesión cutánea exudativa. Pero rara vez, y solo en ciertas regiones donde la epidermis es gruesa, se produce el despegamiento en el límite de ésta y el dermis. Este proceso, bien estudiado por J. Renaut, con el nombre de *flictenización*, difiere enteramente del de vesiculización.

Las *pústulas* son elevaciones epidérmicas de tamaños variados, de forma generalmente redonda, y que contienen líquido purulento ó sero-purulento. Lo mismo que las vesículas, se deben á la alteración cavitaria de las células epidérmicas y son también multiloculares. Pueden hallarse más ó menos profundas en el grueso de las capas epidérmicas.

A la rotura de las vesículas, ampollas y pústulas sigue ordinariamente la formación de *costras* más ó menos gruesas.

Se designan con el nombre de *escamas* las laminillas epidérmicas de anchura, adherencia y grosor variables, que se desprenden de la superficie de los tegumentos, bien á consecuencia de alguna de las lesiones elementales precedentes ó bien sin alteración anterior de los tegumentos. Están formadas de células epidérmicas córneas, y se deben á una anomalía en el proceso de queratinización, consistente en que las células de la capa córnea conservan su núcleo, presentan el mismo aspecto microscópico que la epidermis mucosa, y se desprenden de las capas subyacentes.

La multiplicidad y complejidad de las causas de las lesiones cutáneas bastan para poder presumir las reglas generales de su terapéutica. El papel de las causas internas y de las lesiones humorales permite suponer, y la práctica lo confirma, que los agentes externos ó tópicos no pueden bastar para la curación en la mayoría de las afecciones cutáneas, porque el estado constitucional de los enfermos y las diversas lesiones viscerales engendradas por este mismo estado ó producidas accidentalmente, dan indicaciones especiales, que no pueden ser desatendidas si se quiere obtener la curación efectiva de la afección cutánea, y sobre todo para prevenir su reaparición. Lo contrario sucede con las alteraciones dermo-epidérmicas ya constituidas, y que suelen estar modificadas por agentes exteriores, y en primer término por micro-organismos que se depositan en la superficie de los tegumentos, pues reclaman un tratamiento local apropiado, sin el cual el interno resultaría ineficaz para combatirlos.

El plan de esta obra no consiente la amplitud que corresponde á un verdadero tratado de dermatología; así es que en los capítulos siguientes no se encontrará más que la descripción de las afecciones que tienen verdadera importancia, ya sea por su frecuencia ó ya desde el punto de vista de la patología general. En cuanto á las afecciones cutáneas puramente quirúrgicas, como los epitelomas, los queloides, el forúnculo, los granos de los países cálidos, la elefantiasis, etc., no pertenecen á un *Tratado de Medicina*, y el lector deberá buscarlas en las obras de patología externa, y particularmente en el capítulo de enfermedades de la piel, inserto por A. Broca en el primer volumen del *Tratado de Cirugía*.

## I.—AFECCIONES CUTÁNEAS PARASITARIAS

## CAPÍTULO PRIMERO

## AFECCIONES CUTÁNEAS PRODUCIDAS POR PARÁSITOS ANIMALES

## I

## Sarna.

DEFINICIÓN. — La sarna es una afección caracterizada por lesiones cutáneas polimorfas, generalmente pruriginosas, producidas por un parásito especial de la clase de los arácnidos, que es el *acarus scabiei*.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA.—De todas las lesiones cutáneas engendradas por el *acarus*, la más característica, aquella cuya existencia bien comprobada basta por sí sola para sentar sin dudas el diagnóstico, es la llamada *surco*. Este consiste en una línea gris con puntos más oscuros, visible á simple vista cuando se observa con atención, pero más fácil de notar con lente; rara vez es recta, más á menudo encorvada de diverso modo en forma de coma, de S ó de herradura irregular; de 2 ó 3 milímetros á 1, 2 y más rara vez 3 ó 4 centímetros de larga; de coloración más visible en los obreros de manos sucias, y que resiste á los lavatorios y con dos extremidades bien marcadas: una más ancha, en la que puede verse una erosión epidérmica que corresponde á la entrada del parásito, y la otra un poco elevada, que se reconoce por un punto blanco brillante, fácil de ver con la lente, y que es el parásito mismo.

A veces es difícil descubrir los surcos, porque sus pequeñas dimensiones permiten que fácilmente se confundan entre las otras lesiones acarianas.

Las lesiones más especiales de la sarna, aparte de los surcos, son vesículas del tamaño de un grano grande de mijo ó de un cañamón, redondas, con líquido citrino, transparente ú opalino, y á veces cubiertas por un surco.

A los surcos y vesículas se agregan, por una parte, elevaciones rojas, redondas, pequeñas, cuyo vértice excoriado está cubierto por una costra delgada, amarilla ó morena (prurigo acariano), y por otra parte, pústulas de dimensiones variadas: unas, poco voluminosas, mezcladas con vesículas de igual tamaño ó algo más anchas, que se rompen y dan origen á una costra más ó me-

nos análoga á las del impétigo, y otras grandes, redondas, salientes y llenas de pus seroso, con apariencia de pústulas de ectima.

Las lesiones dichas, mezcladas entre sí en proporciones variables, ya sea en una misma región ó en regiones distintas, tienen ciertos sitios predilectos.

Las caras laterales de los dedos, sobre todo los espacios interdigitales, son los sitios de elección de los surcos y de las pequeñas vesículas, á las que se agregan con frecuencia pústulas de varios tamaños. Todas estas lesiones ocupan también, á menudo, el dorso de la mano, y la cara anterior de la muñeca es frecuente asiento de pústulas, que, si residen en los pliegues de flexión de la misma, adquieren gran valor para el diagnóstico.

En el brazo y antebrazo, las pústulas y vesículas ocupan sobre todo el lado de la extensión, donde están mezcladas con huellas de arañazos. La parte anterior de las axilas suele presentar pápulas excoriadas, cuya presencia es casi patognomónica, aun faltando los surcos.

Los miembros inferiores son atacados con menos frecuencia que los superiores, excepto en los niños de corta edad; pero cuando la sarna está generalizada, suelen ser grandes las lesiones en dichos miembros. El dorso del pie presenta comunmente pústulas de ectima en los niños sarnosos; las piernas y los muslos pueden ser invadidos también, pero es en las nalgas, sobre todo, donde más á menudo se producen pústulas ectimatosas.

En el tronco se localizan las erupciones acarianas, en la cintura con más frecuencia que en el resto, y tienen la forma de pústulas ó la de lesiones que parecen eczematosas.

La región mamaria suele ser invadida por la sarna en la mujer; así es que una erupción de apariencia eczematosa que resida en las mamas, independiente del embarazo y de la lactancia, debe considerarse como sospechosa.

En el varón son los órganos genitales casi constante asiento de lesiones consistentes en surcos ó en pápulo-vesículas con una costrilla central, las cuales cubren el glande ó la piel del pene, y, en algunos casos dudosos, proporcionan base cierta para el diagnóstico de la afección.

La cara y el cuero cabelludo quedan siempre inmunes; y si un sarnoso tuviera erupción en dichas regiones, se tratará de pústulas de impétigo ó de ectima consecutivas á la auto-inoculación de lesiones semejantes de origen acariano, pero no de lesiones desarrolladas por el contacto directo del parásito (E. Besnier).

La sarna suele acompañarse de prurito violento, en cuya producción intervienen simultáneamente la progresión de los acaros, sus secreciones y las lesiones debidas á su presencia; se exaspera por la noche, sobre todo por el calor de la cama, de modo que determina un insomnio terrible, mientras que por el día disminuye ó cesa completamente.

Al principio están las lesiones de la sarna limitadas á ciertas regiones que, por lo común, son las manos y los órganos genitales; pero, á consecuencia de las emigraciones espontáneas de los parásitos ó de su diseminación por medio de las uñas del paciente ó por los vestidos, acaban por generalizarse más ó menos.

Tienden á hacerse más intensas y graves á medida que la enfermedad es más

antigua, sobre todo en los sujetos que no cuidan nada de su limpieza. Hay grandes diferencias en la intensidad y el aspecto de la sarna, según sea su fecha y según las condiciones sociales de los enfermos. En los de la clase acanalada, que cuidan minuciosamente de su limpieza, puede ser tan discreta la erupción y las lesiones tan superficiales que, disfrazada la enfermedad, pasa inadvertida ó es tomada por un prurigo de cualquier causa, si no se buscan los surcos con meticoloso cuidado en sus sitios predilectos. Por el contrario, en la clientela de hospital, el acaro y diversos agentes piógenos engendran con frecuencia lesiones pustulosas que dan aspecto repugnante á la mayoría de los sarnosos. En algunos sujetos colocados en condiciones particulares de suciedad y de mala higiene, si dura mucho la sarna, produce gruesas costras que cubren grandes superficies; siendo el tipo extremo, en este género, el descrito con el nombre de *sarna noruega*, perfectamente estudiado por Boeck en los leprosos, si bien parece que en los casos de esta índole se trata de una especie de acaro diferente del de la sarna vulgar del hombre, que es el acaro del lobo (Furstenberg, Megnin).

ANATOMÍA PATOLÓGICA Y DESCRIPCIÓN DEL PARÁSITO.—El *acarus scabiei*, ó sarcopte de la sarna, es un insecto de la familia de los Acarianos de la clase de los Arácnidos.

La hembra, que se encuentra con bastante más frecuencia que el macho, es de color blanquecino, de forma redondeada, algo oval, parecida á una tortuga y tiene próximamente un tercio de milímetro de largo por un cuarto de milímetro de ancho. Examinada con el microscopio, presenta en su cara dorsal, redondeada, manchas, líneas y pelos, y en la cara ventral, también redondeada, cuatro patas con cinco artejos en cada lado, dos anteriores, provistas de un tubo armado de una ventosa, y dos posteriores termidadas por un pelo. En la extremidad anterior se encuentra la cabeza provista de seis cerdas, cuatro pares de semi-mandíbulas y dos palpos con tres articuladas; en la extremidad opuesta están el ano y los órganos genitales.

El macho es más pequeño que la hembra, también de forma convexa, pero más aplastada y menos regular; presenta el último par de patas un ambulacro armado de ventosa en vez de un pelo, y en la cara abdominal, cerca de la extremidad posterior, entre las raíces de las patas, se ven los órganos genitales formando elevaciones distintas.

Con un poco de costumbre, es fácil poner los acaros al descubierto; para esto se rompe la extremidad de un surco con una aguja, ó mejor con la punta de un cortaplumas, y se busca, auxiliándose con una lente, el punto blanco que allí aparece; cogido el parásito, puede ser depositado sobre la uña ó mejor sobre un cristal colocado encima de una superficie oscura, y entonces se ve al animal moverse con bastante rapidez.

Además, se puede excindir todo el surco por medio de tijeras finas encorvadas por el plano; y examinándolo con el microscopio, se observa que contiene pequeños corpúsculos oscuros que son deposiciones de los acaros y huevos en diversos períodos de desarrollo: unos, situados cerca de la entrada del surco y vacíos; los siguientes, encerrando larvas más ó menos desenvueltas; y los más profundos, llenos de vitelo tabicado.

Se explica la formación del surco admitiendo que la hembra lo ahueca, me-

tiéndose entre las capas epidérmicas y ocupando la capa mucosa; es decir, la más succulenta. Según Török, el surco no está en la capa espinosa, sino en la más inferior de la capa córnea; pero sea cual fuere su asiento, el parásito dislacera la epidermis con sus mandíbulas, y á medida que adelanta, va poniendo sus huevos, cuyo desarrollo está por lo tanto más avanzado cuanto más cerca del orificio de entrada se halle el huevo.

ETIOLOGÍA.—La sarna no reconoce otra causa posible más que la presencia de los acaros. Estos son transmitidos por contacto directo, y solamente cuando este es prolongado. Hace falta, además, que se verifique en el momento en que el parásito circule libremente por la superficie de la piel, lo que casi no sucede más que por la noche, de lo que resulta que la sarna se transmite ordinariamente por el coito, y que casi no hay ejemplo de que un simple contacto, como el del médico con un sujeto sarnoso al que examina, haya bastado para transmitir la enfermedad.

Los animales pueden padecer la sarna; pero en ellos es producida por diferentes variedades de acaros que se aclimatan mal en el hombre; así es que la sarna procedente del perro, del gato, del caballo, etc., es menos violenta que la sarna ordinaria y suele presentar tendencia hacia la curación espontánea.

PRONÓSTICO.—La sarna persiste indefinidamente y se agrava si no se la combate; de modo que antes de que se emplearan los métodos actuales de tratamiento, constituía una enfermedad grave que solía determinar un estado de caquexia pronunciado. Hoy es mucho más benigna y la rapidez de su curación hace que casi no sea temible, pues aunque pueda servir de puerta de entrada á agentes patógenos que determinen accidentes viscerales, como la albuminuria, ó facilitar la infección sifilítica y puede por su persistencia y el insomnio que produce hasta afectar al estado general, basta con que sea reconocida para que deje de ser grave.

Las enfermedades febriles intercurrentes perturban el desarrollo del parásito, modificando la nutrición general, así que no es raro ver mientras duran aquéllas corregirse ó desaparecer el prurito y las lesiones cutáneas; pero en cuanto empieza la convalecencia, los embriones del acaro, que solo estaban adormecidos, recobran su actividad y la afección reaparece con todos sus caracteres.

DIAGNÓSTICO.—El diagnóstico de la sarna se funda esencialmente en la comprobación del parásito, ó al menos del surco que indica su presencia.

El surco puede ser confundido con lesiones traumáticas diversas, excoriaciones y arañazos; pero se distingue por su forma irregular más ó menos sinuosa, y en los casos dudosos por la misma presencia del acaro. A falta del surco, la localización de las lesiones en las manos, los pliegues de las muñecas, la parte anterior de las axilas, las mamas y el pene, asociadas al picor nocturno, tiene tanto valor, que puede bastar por sí sola para hacer el diagnóstico de la sarna.

Ciertas erupciones profesionales de las manos en los albañiles y los drogueros (sarna de los drogueros) simulan la sarna, pero difieren por la falta de surcos, la localización exclusiva á dichas regiones y por su desaparición, que suele ser rápida cuando cesan las irritaciones profesionales.

La ptiriasis produce picor y lesiones que residen, principal, si no exclusivamente, en la parte superior del dorso y de la nuca.