

de ampollas ó de pústulas que duran algunos días, cuyas lesiones ocupan las partes descubiertas, como la cara, el cuello, el dorso de las manos y el de los antebrazos, son á veces muy intensas y suelen simular un eritema polimorfo.

Estas lesiones pueden reproducirse en los niños durante mucho tiempo, mientras no se reconoce la causa, y esto hace creer que se trata del principio de un prúriga.

Como el parásito no camina sobre la piel sino en la cama, el prurito es sobre todo nocturno y en algunos sujetos de tegumentos dotados de particular irritabilidad, puede éste, cuando es intenso, determinar el insomnio. La repetición del primero y la aparición de las erupciones ó su agravación durante la noche, ayudan á determinar la causa.

MOSQUITOS. — Su picadura produce picazón, por lo común violenta, con placas de urticaria y á veces con hinchazones edematosas muy considerables, y hasta equimosis, cuyas lesiones suelen dejar en su sitio pápulas de vértice excoriado. Como los mosquitos son nocturnos, sus picaduras producen á veces un insomnio terrible, pues la picazón persiste durante uno ó dos días. Estos accidentes son más intensos en los países cálidos, donde los mosquitos prefieren á los extranjeros no aclimatados, mientras que al cabo de algún tiempo de estancia, quedan éstos libres de sus ataques.

CAPITULO II

AFECCIONES CUTÁNEAS PRODUCIDAS POR HONGOS PARÁSITOS

(DERMATOMICOSIS)

I

Tricofitia.

Desde Malmsten se ha descrito con el nombre de *trichophyton tonsurans*, un hongo parásito descubierto en 1844 por Gruby, que le llamó *mentagrophyte*.

Este hongo puede desarrollarse en el cuero cabelludo, donde produce la afección llamada tiña ó herpes tonsurante, ó bien en la región de la barba, donde suele originar lesiones dérmicas profundas, llamadas sicosis parasitaria, ó mejor sicosis tricofítica, ó bien en regiones sin pelo donde se conoce su existencia por lesiones superficiales en forma de placas redondas, llamadas herpes circinado y mejor aun tricofitia circinada, ó bien, por último, en las uñas.

DESCRIPCIÓN DEL PARÁSITO. — Los esporos del tricofitón son redondos, de volumen distinto en diferentes casos, están constituidos por una membrana transparente y homogénea que contiene una masa de protoplasma, granuloso á veces, con un núcleo redondo ó elíptico en el centro, y se tiñen por los reac-

tivos más difícilmente que los esporos del acorion. Los tubos de micelio son largos, regulares, poco flexuosos y bastante delgados, están constituidos por segmentos unidos por sus puntas y no tienen sino ramificaciones escasas y separadas.

Grawitz, después de experimentos de cultivo y de ensayos de inoculación en animales, ha admitido la identidad del tricofitón con los parásitos del favus del muguet, de la pitiriasis versicolor, etc. Duclaux y Verujski han probado que los cultivos del tricofitón, en diversos medios, se distinguen fácilmente de los del acorion, pues los del primero se desarrollan siempre más deprisa que los del último y ambos revisten formas macroscópicas diferentes y los filamentos que resultan se diferencian mucho en los dos hongos, de tal modo, que sólo en medios poco favorables al desarrollo, es donde sus cultivos ofrecen las semejanzas indicadas por Grawitz, sin que la analogía de estas formas enfermizas pueda ocultar las desemejanzas propias de las formas bien desarrolladas.

El tricofitón se desarrolla en la mayor parte de los medios de cultivo empleados en las investigaciones bacteriológicas. E. Vidal ha demostrado que su desarrollo se detiene cuando se le tiene al abrigo del aire.

Cuando se desengrasa con el éter un fragmento de cabello tricofítico, se le tiñe con la eosina ó el violeta de París, y se le introduce en la potasa concentrada, y después de todo esto se le examina con el microscopio, se le encuentra infiltrado de gran número de esporos redondos, dispuestos en series lineales ó en rosarios, ó bien reunidos en ciertos puntos formando grandes montones que disocian los elementos del pelo y producen la rotura de la capa cortical de éste, pudiendo encontrarse los esporos hasta en el bulbo pilífero y en la superficie del pelo, donde forman racimos más ó menos abundantes. Los tubos de micelio son, en general, poco numerosos, relativamente á la cantidad de esporos, cuando la infiltración tricofítica es muy considerable; al contrario de lo que sucede en los pelos poco alterados, pues en éstos predomina el micelio sobre los esporos.

El modo de penetrar el parásito en los pelos ha sido diversamente interpretado; según Thin, atraviesa las capas externas del pelo y se extiende en seguida por éste lo mismo hacia la raíz que hacia la extremidad libre; según Balzer, el hongo descende á lo largo del pelo, llega por fuera hasta el bulbo piloso, y en este punto penetra en el pelo y lo invade de abajo arriba.

Los pelos de la barba son rara vez infiltrados por el tricofitón; el parásito no se desarrolla más que en su superficie, y si penetra en el folículo piloso, lo inflama á la vez que los tejidos inmediatos, lo que constituye la sicosis.

Fuera del cuero cabelludo y de la barba, el tricofitón no se desarrolla en los pelos, sino que en los miembros y el tronco sólo se ve en la superficie del vello donde hay que buscarlo con preferencia, porque en él es donde se puede reconocer con más facilidad. En la epidermis ocupa las capas más superficiales del cuerpo mucoso.

ETIOLOGÍA. — La tricofitia se transmite por contacto directo ó indirecto. Los traumatismos superficiales, como las erosiones producidas por los objetos de tocador, peines, cepillos, etc., etc., facilitan el contagio, porque permiten la implantación del parásito.

En las escuelas se hace directamente la transmisión con gran facilidad, así

es que cuando hay un niño tricofítico, suelen producirse verdaderas epidemias. Fuera de las escuelas, lo ordinario es que la enfermedad se propague por los objetos de aseo y en particular los instrumentos de los peluqueros, tales como peines, brochas, tijeras y navajas de afeitar. También puede tener la enfermedad su origen en algún animal que la padezca, como sucede particularmente en la especie bovina, en el caballo y en el perro.

En general, la tricofitia es mucho más frecuente en el niño que en el adulto. La del cuero cabelludo es casi exclusiva de la infancia y de la adolescencia, es rara desde los dieciséis á diecisiete años, y casi no se observa ya después de los veinte. La tricofitia circinada, es más rara en el adulto que en el niño; sin embargo, las localizaciones inguinales ofrecen su mayor frecuencia en el adulto, y solo la sicosis tricofítica, por su asiento en la región de la barba, es la que no se desarrolla antes de la edad adulta, siendo además excepcional en los viejos.

TRICOFITIA DEL CUERO CABELLUDO

DESCRIPCIÓN CLÍNICA. — La tricofitia del cuero cabelludo se caracteriza por la existencia de una ó muchas placas redondas, de tamaño variable, desde el de una lenteja al de un duro, y aun más, de crecimiento centrífugo, y en las que los cabellos están rotos al nivel de la superficie cutánea ó á corta distancia de esta superficie. Los fragmentos de cabellos que sobresalen de las placas después de rotos, son siempre cortos, y en conjunto parecen una barba mal afeitada, cuyo aspecto es patognomónico. Es difícil extraer con pinzas los restos de cabellos rotos, porque estos se rompen de nuevo un poco más abajo, quedando la raíz fija en la piel y ofreciendo el fragmento cogido con las pinzas, que siempre es corto, las extremidades en forma de escoba, el color negro, las dimensiones transversales mayores que en los cabellos sanos inmediatos y poca resistencia, por lo que se rompe con mucha facilidad cuando se aprieta el fragmento de pelo entre los bocados de la pinza. Estos diferentes caracteres son debidos á la infiltración del pelo por el parásito que disocia su tejido y disminuye su resistencia á la vez que aumenta su diámetro. Los pelos de la periferia de la placa presentan la misma infiltración, con engrosamiento y color obscuro; se rompen también por la tracción, pero son menos frágiles que los cabos de cabellos diseminados por las partes centrales.

Las placas de tricofitia de la piel del cráneo suelen estar cubiertas de escamas más ó menos abundantes, finas, blanquecinas ó grisáceas y poco adherentes; al principio, cuando este estado pitiriásico es más notable, están á la vez un poco hinchadas y ligeramente rojas en la periferia, siendo excepcional el desarrollo de vesículas y la aparición de las lesiones más importantes, que deben ser consideradas como una complicación debida, por lo común, á la intempestiva aplicación de tópicos.

Las placas de tricofitia se extienden durante cierto período, pero generalmente dejan pronto de crecer y quedan estacionarias por un tiempo que suele ser muy largo; su duración se cuenta por meses, y no puede asegurarse que la curación es absoluta hasta que se haya observado muchas veces la falta de pe-

los rotos en la placa y hasta haber comprobado, con el microscopio, la integridad de todos los cabellos sospechosos.

El desarrollo sucesivo de las placas de tricofitia y la aparición de nuevas placas por auto-inoculación, mientras que las primeras parecen curadas ó á punto de curarse, aumentan todavía la duración total de la enfermedad.

Sin embargo, su término es la curación, que es á veces espontánea en los sujetos que están próximos á la edad en que la tricofitia cesa de desarrollarse. La curación es siempre completa, sin cicatrices y sin alopecia consecutiva, á no ser que se hayan aplicado remedios demasiado irritantes.

DIAGNÓSTICO. — El aspecto de tonsura ó de barba mal afeitada de las placas es bastante característica para que, por lo común, sea fácil el diagnóstico de la tricofitia del cuero cabelludo. Casi no hay dificultad sino, cuando son poco numerosos los pelos rotos ó las placas están en vías de curación.

La tiña *pelona* se distingue de la tricofitia por el aspecto continuo y liso de sus placas sin pelos ni fragmentos de ellos, si bien en ciertos casos (tiña *pelona* pseudo-tonsurante), en que los pelos frágiles se rompen cerca de la piel, puede ser dudoso el diagnóstico, y hay que fundarlo en la falta de engrosamiento de los cabellos, en que éstos, aunque frágiles, pueden ser arrancados de la piel sin romperlos con la pinza, en que tienen la extremidad atrofiada y en que no contienen esporos del tricofitón; además, por lo común puede presumirse la verdadera índole de la enfermedad teniendo en cuenta la edad de los enfermos, pues la tiña *pelona* con cabellos frágiles es capaz de desarrollarse en la edad en que ya no se observa la tricofitia.

El *eczema* del cuero cabelludo se distingue de la tricofitia por su mayor difusión y por la falta de zonas tonsuradas, circinadas.

El *psoriasis* puede producir placas redondas, perfectamente limitadas; pero la caída de los cabellos dista mucho de ser completa.

El *favus* origina depresiones características; y cuando se caen las costras, descubren placas cicatriciales de alopecia, irregulares y en las que se encuentran algunos cabellos generalmente gruesos y secos.

TRATAMIENTO. — Se han propuesto muchos tratamientos contra la tricofitia del cuero cabelludo, que en su mayoría fueron alabados prematuramente, antes de haberlos sometido á una observación bastante extensa y minuciosa.

La depilación con pinzas ó con medios artificiales, como el casquete de pez aplicado al cuero cabelludo y arrancado luego para arrastrar con él los pelos que se le adhieren, la eliminación de los pelos enfermos por la inflamación provocada del cuero cabelludo y los diversos parasiticidas: tales son los medios ordinariamente empleados, sólo ó asociados en los diversos métodos de tratamiento.

Entre los parasiticidas están la pomada de turbit, el sublimado en lociones, en pomadas ó en forma de emplastos, el mercurial de Vigo, el biioduro de mercurio (Quinquaud) y la crisarobina (Unna), que son los más usados actualmente. Los preferibles son las pomadas y los emplastos, porque el tricofitón deja de desarrollarse cuando está fuera del contacto del aire.

Los diversos parasiticidas, según advierte con razón E. Besnier, suelen obrar más por sus efectos irritantes, que por sus cualidades parasiticidas;

pero esta acción irritante es temible y obliga á emplearlos á pequeñas dosis para evitar las cicatrices y la alopecia que pueden determinar.

A los agentes del tratamiento, propiamente dicho, de la tricofitia, hay que agregar asíduos cuidados de limpieza y en particular lavatorios regulares del cuero cabelludo, destinados á librarlo de los fragmentos de pelos infiltrados, que podrían ser origen de nuevas auto-inoculaciones, y con el mismo objeto y para vigilar bien el mal, hay que mantener todo el pelo de la cabeza cortado al rape. Por último, deberá llevar el enfermo cubierta su cabeza con un gorro que se lavará con frecuencia, á fin de evitar el contagio de las personas que rodean al sujeto.

TRICOFITIA CIRCINADA

DESCRIPCIÓN CLÍNICA.—El principio de esta tricofitia se marca en las partes sin pelo por una mancha lenticular, de color rojo vivo, que desaparece por la presión y que ofrece ligera descamación furfurácea de la epidermis, en la superficie de cuya mancha, y principalmente en su circunferencia, suelen aparecer pequeñas elevaciones epidérmicas, un poco traslúcidas, con aspecto de un grano de mijo y con una gotilla de líquido en su interior. La mancha sigue extendiéndose por la circunferencia; en el borde siguen desarrollándose elevaciones vesiculosas ó simplemente escamosas y la parte central permanece roja y se cubre de escamas, que caen pronto al mismo tiempo que la piel recobra su color normal. A consecuencia de esta progresión excéntrica y de la desaparición de lesiones en el centro, se transforma la placa en verdadero anillo.

La progresión excéntrica es rápida, de modo que en algunos días alcanza la placa el tamaño de una peseta sencilla ó doble, y hasta una placa única excede, en dos ó tres semanas, la dimensión de un duro. Si las placas próximas se tocan por un punto de su circunferencia, se confunden y entonces el contorno es policíclico ó sinuoso. Es raro que una sola región ofrezca más de tres ó cuatro círculos tricofíticos confundidos en uno.

La tricofitia circinada ocupa, por lo común, la región dorsal de la muñeca y del antebrazo, el cuello, la cara, particularmente en el mentón y en la región maxilar inferior, y también se la encuentra en las ingles, sobre todo en los hombres, donde forma una ancha placa de contornos policíclicos y de bordes salientes, rojos y muy bien limitados, en tanto que el centro es de color oscuro.

DIAGNÓSTICO.—La forma regularmente redondeada de las lesiones, su extensión rápida, su asiento en partes descubiertas y, si es preciso, la investigación del parásito, permiten reconocer fácilmente la tricofitia circinada.

El *eritema marginado* tiene también disposición regular y evolución rápida; pero sus elementos son más bien eritemas que escamas; son más numerosos en una misma región y no alcanzan tanto tamaño como los de la tricofitia.

El *psoriasis* produce escamas más blancas, gruesas y adherentes; la superficie de sus elementos es más uniforme; su extensión es menos rápida y mayor su número, á la vez que están diseminados por superficies más extensas.

El *eczema* suele dar origen á placas rojas y escamosas, de contorno circular, pero éste es menos regular; el centro no presenta tendencia á la curación, las escamas son más anchas y están á menudo mezcladas con secreciones de vesículas eczematosas, y por último, el prurito es más pronunciado, la duración más larga y la propagación es siempre mucho menos rápida.

La *pitiriasis rosada*, que Kaposi incluyó equivocadamente, en la tricofitia cutánea, se caracteriza por el desarrollo de numerosas placas de tamaño variable, pero generalmente poco considerables, sin la rápida propagación centrífuga propia de las placas de tricofitia cutánea, diseminadas primero por la parte superior del tórax y extendidas luego de arriba á abajo por el tronco y los miembros, con forma redonda y más á menudo oval, de contorno eritematoso, ligeramente elevado y con frecuencia bordeado hacia adentro por escamas delgadas y con el centro de cada placa ocupado por epidermis, que presenta un aspecto plegado muy particular, que no se encuentra en la tricofitia.

TRATAMIENTO.—La tricofitia circinada es una de las afecciones más fáciles de curar por lo superficial que es el sitio en que reside el parásito, siendo los agentes más eficaces para su tratamiento los que producen la exfoliación epidérmica, y en primer término la tintura de iodo, aplicada en fricciones algo enérgicas, en tanto que las pomadas de azufre, el turbit, las lociones con sublimado, etc., no tienen la eficacia ni la rapidez de acción que dicho medio tan sencillo.

SICOSIS TRICOFÍTICA

La región de la barba puede ser asiento de lesiones análogas á las de la tricofitia circinada, caracterizadas por descamación más ó menos abundante en superficies, de forma más ó menos redonda, á cuyas lesiones han dado los autores el nombre de *pitiriasis alba*. En tales casos, no invade más que la epidermis, y los pelos son completamente respetados, lo cual no sucede en la sicosis tricofítica (sicosis parasitaria de Bazin y de sus sucesores).

La sicosis se caracteriza por nudosidades de tamaño variable, de color rojo más ó menos vivo, con un pelo en el centro, de gran consistencia, contenidas en el dermis ó descansando sobre una base dura, que dejan salir por presión una gotita de pus de su interior, que están aisladas, diseminadas ó reunidas en una ó muchas placas, y que ocupan casi siempre la región maxilar superior, y rara vez el labio superior.

Cuando se intenta arrancar el pelo central de una nudosidad de sicosis, se extrae fácilmente y se le ve rodeado por una vaina blanquecina característica, además de estar más grueso que de ordinario.

La sicosis tricofítica coincide, á menudo, con la existencia en las partes adyacentes de las escamas blancas ó grisáceas características de la *pitiriasis alba*.

La duración de la sicosis tricofítica es siempre larga y se cuenta por meses; sin embargo, termina ordinariamente por la curación completa, espontánea ó bajo la influencia de un tratamiento apropiado, á menos que en un sujeto predispuesto se haga origen de una lesión más persistente, como el ecze-

ma. Excepto en casos de nuevo contagio, el sujeto atacado de tricofitia sicósica no está expuesto á la recidiva de su enfermedad.

DIAGNÓSTICO.—La demostración del tricofitón es el signo patognomónico de la sicosis; pero tal demostración suele ser bastante difícil. Hay que buscar el parásito en los pelos, rotos y con vainas, de la periferia de las placas sicósicas y no en los pelos cuyos folículos han supurado, porque el tricofitón desaparece en los sitios donde se produce pus.

Es raro que el *eczema* de la barba determine lesiones inflamatorias bastante intensas para producir verdaderas nudosidades, como las que constituyen la llamada sicosis no parasitaria de los autores. El *eczema* recidivante del labio superior, que se desarrolla en los reumáticos á consecuencia de la coriza crónica, se parece á la sicosis tricofítica por el engrosamiento que determina en los tegumentos; pero difiere de ella por su asiento exactamente subnasal, por no tener tendencia á propagarse á las partes próximas, por su larga duración y por sus inesperadas recidivas. La duración larga y la tendencia á recidivas caracterizan también las otras formas de *eczema* de la barba, que pueden ser confundidas con la tricofitia.

En realidad, la sicosis tricofítica no es más que una peri-foliculitis engendrada por microbios piógenos que pululan por la irritación que el tricofitón produce, y por lo tanto, no es de extrañar que se le parezcan otras diversas foliculitis; así es que Unna, Bockhardt y Tommasoli, han estudiado ciertos tipos producidos por micrococos y bacilos, estando estas *sicosis no tricofíticas* caracterizadas por la falta del estado pitiriásico y por la existencia del hongo, más bien que por su evolución, pues ésta puede ser idéntica á la de la tricofitia.

TRATAMIENTO.—La depilación es también el remedio más importante contra la tricofitia del cuero cabelludo. El empleo de los emolientes, cataplasmas, pulverizaciones, etc., debe seguir á menudo á la depilación y prece-der al uso de los parasiticidas, que jamás serán aplicados en dosis irritantes.

TRICOFITIA UNGUEAL

El tricofitón invade algunas veces las uñas en sujetos que presentan alguna de las precedentes localizaciones del parásito. Esta lesión, bastante rara y estudiada por C. Pellizzari, Dubreuilh y Lespinasse, está caracterizada por el engrosamiento de la uña, que está estriada longitudinal y transversalmente ó sembrada de puntos amarillos ó morenos; la uña se encorva, su extremidad libre se levanta ó se dobla hacia la yema del dedo, su superficie se hace irregular; y si se da un corte, aparece en forma de dos capas, una superficial, córnea y compacta, y otra frágil y fibrosa, de aspecto de médula de junco, blanda y fácil de disociar: la inmediación de la lúnula es respetada, al menos durante cierto tiempo.

Hay que explorar estas lesiones con cuidado, porque pueden ser causa de la diseminación de la tricofitia por el sujeto que la padece, ó de sus recidivas en regiones diversas del mismo sujeto.

La demostración del parásito en las láminas ungueales es la única que per-

mite reconocer exactamente la naturaleza de las lesiones en los casos de tricofitia primitivamente ungueal; porque ésta no presenta ningún carácter clínico que la distinga en absoluto del favus, y sobre todo, del *eczema* y del psoriasis de las uñas.

El tratamiento consiste en raspar la uña, en desprenderla por maceración en un dedil de cautchouc y en la aplicación de los parasiticidas.

BIBLIOGRAFÍA: H. Feulard, *Teignes et teigneux*; Th. de Paris, 1885-1886. (Bibl. très étendue).—G. Thin, *Pathology and treatment of ringworm*; Londres, 1887.—Verujsky, *Recherches sur la morphologie et la biologie du trichophyton tonsurans et de l'achorion Schœnleinii*; *Annales de l'Institut Pasteur*, 1887, p. 369.—C. Pellizzari, *Ricerche sul trichophyton tonsurans*; *Giorn. Ital. d. mal. ven e d. pelle*, 1888, p. 8.—Quinquand, E. Besnier, E. Vidal, Unna, etc., *Discussion sur le trichophyton et les dermatoses trichophytiques*; *C. R. du Congrès internat. de dermatol. de 1889*, p. 191.—Lespinasse, *Étude sur les onychomycoses trichophytique et favique*; Th. de Bordeaux, 1889-1880.

II

Favus.

Se da el nombre de *favus* (de *favus*, panal de miel) á las lesiones determinadas por un hongo descubierto por Schönlein (1839) y llamado *achorion Schœnleinii*.

Este hongo vive ordinariamente en el cuero cabelludo, donde ocasiona la caída de los cabellos, á los que infiltra á la vez que invade la epidermis, siendo entonces designada la afección con el nombre de tiña favosa ó favus del cuero cabelludo.

Puede desarrollarse en regiones lampiñas, produciendo alteraciones análogas á las que aparecen en la piel del cráneo alrededor de los pelos (*favus cutáneo* ó *favus* de las partes lampiñas) y también, aunque mucho más raramente, puede vegetar en el tejido ungueal. En un caso observado por Kaposi y Kundrat, único hasta ahora, el *favus* de la piel va acompañado de lesiones de las mucosas digestivas (esófago, estómago, intestino), debidas á la presencia del mismo parásito.

DESCRIPCIÓN DEL PARÁSITO.—El hongo del *favus* está constituido por esporos y tubos, que se hacen evidentes con diversas materias colorantes de las empleadas en micrografía y en particular por medio de la eosina y del violeta de metil-anilina, después de desengrasar el pelo con éter y la acción de la potasa.

Los esporos tienen forma redonda ó irregular en las eminencias fávicas y están aplastados por presión recíproca en los cabellos enfermos, donde ofrecen formas cuadriláteras. Miden de 3 á 7 μ de diámetro; están dispuestos en cadenas ramificadas y se hallan constituidos por un episporo celulósico, un protoplasma bastante abundante y un núcleo mucho más pequeño que el del microsporon furfur, y con frecuencia oculto por el protoplasma.

Los tubos del micelio son ténues, simples, nudosos y tabicados ó articulados y ramosos, habiendo entre ellos unos con esporos dentro y otros vacíos.