

preparada por el alcohol, se ve el *microsporon minutissimum* constituido por tubos largos y flexuosos, rara vez ramificados, pero enredados de manera que parecen formar un verdadero fieltro, cuyos tubos no son continuos, sino que están divididos en segmentos colocados en series y separados por espacios claros; algunas veces son moniliformes, y además hay muchos montones de esporos muy finos y algo desiguales, mezclados con el micelium.

El *microsporon* reside únicamente en la capa córnea de la epidermis.

Este parásito, descrito por Bourcharde, V. Bærensprung, Köbner y Balzer, como propio del eritrasma, ha sido encontrado en la piel sana, y considerado por Bizzozzero como un parásito normal. Balzer y Dubreuilh, que ha observado un parásito semejante al *microsporon minutissimum*, sin la lesión del eritrasma, hace notar que nunca es tan abundante este parásito como en las placas de eritrasma; de modo que es difícil negar su influencia en la producción de este mal.

ETIOLOGÍA.—El eritrasma es mucho más común en la mujer que en el hombre, sobre todo en las que son gruesas, y casi exclusivamente en las que han pasado de los treinta ó treinta y cinco años.

DIAGNÓSTICO.—El *eritema intertrigo* difiere del eritrasma por su rubicundez más intensa, su humedad y el picor, con frecuencia muy vivo, que le acompaña.

El *eczema* se acompaña de una exudación líquida; sus placas no están arrugadas, sus elementos son vesiculosos, su tenacidad es menor que la del eritrasma, y tiene casi siempre prurito en diverso grado.

La *tricroftia*, con la que algunos autores, y entre ellos Kaposi, confunden todavía el eritrasma, es de evolución más rápida; sus círculos son más grandes, su periferia es ligeramente vesiculosa y su centro no tiene el color moreno y el aspecto plegado del eritrasma.

TRATAMIENTO.—Las aplicaciones de tintura de iodo, de pomadas sulfurosas y saliciladas, y los lavatorios con jabón negro son los medios más eficaces contra el eritrasma, debiendo prolongarse su uso mucho tiempo.

BIBLIOGRAFÍA: Balzer et Dubreuilh, Observations et recherches sur l'érythrasma et les parasites de la peau à l'état normal; *Annales de Dermat.*, 1884, p. 597 et 661. — P. de Michele, L'érythrasma e il suo parassita; ricerche sperimentali; *Giorn. Intern. d. Scienze mediche*, 1890.

## CAPÍTULO III

## DERMATOSIS PRODUCIDAS POR PARÁSITOS MICROBIANOS

## I

## Tuberculosis cutánea.

El bacilo de Koch determina, por su acción sobre los tegumentos, lesiones que, en su mayoría, fueron en otra época incluidas en el cuadro clínico de la escrófula y constituían gran número de las escrofúlides graves.

Estas lesiones presentan, como caracteres comunes, gran tenacidad, tendencia frecuente á la ulceración y coincidencia habitual con alteraciones tuberculosas de las vísceras, á las que pueden preceder ó seguir con intervalo más ó menos largo.

Todas ofrecen, si se observan con el microscopio, los caracteres genéricos de las lesiones tuberculosas, y todas (á diferencia de la mayoría de tuberculosis viscerales, y á semejanza de las otras tuberculosis llamadas externas ó quirúrgicas, que han sido incluidas también entre las manifestaciones de la escrófula) tienen como carácter el ser poco ricas en bacilos tuberculosos, y el presentar una virulencia muy débil ó atenuada, pues parece que el tegumento externo, quizá por su temperatura, constituye para el bacilo de Koch un mediano terreno de cultivo que disminuye su actividad.

En los caracteres exteriores y la evolución de las localizaciones cutáneas de la tuberculosis, se hallan diferencias demasiado grandes para que puedan ser descritas en un sólo párrafo, por lo que hay que dividir aquella en:

- 1.º Tuberculosis ulcerosa;
- 2.º Tuberculosis verrugosa;
- 3.º Tuberculosis gomosa;
- 4.º Lupus vulgar;
- 5.º Lupus eritematoso.

## TUBERCULOSIS ULCEROSA DE LA PIEL

DESCRIPCIÓN CLÍNICA.—Casi todas las formas de la tuberculosis cutánea pueden ir acompañadas de ulceración en un momento dado; pero hay una forma especial que merece el nombre de tuberculosis ulcerosa; cuya determinación ha sido muy favorecida por los trabajos de Ricord, Julliard y Trélat sobre la tuberculosis lingual, de la que reproduce casi todos los rasgos.



Las úlceras tuberculosas alcanzan un tamaño variable, generalmente más pequeño en las regiones en que la piel está muy adherida á los tejidos subyacentes, como los labios y el ano, que en aquellos donde se desliza fácilmente sobre las aponeurosis, como en los miembros. Su forma es variable, circular, sinuosa y á menudo policíclica; á veces hay en el ano dos úlceras próximas, cuyo conjunto recuerda la forma de un papel picado. Los bordes suelen ser franjeados cuando está en vías de progreso, y las granulaciones se han destruído poco antes; casi siempre están dichos bordes como cortados á formón, no siendo menos frecuente que se continúen con el fondo en insensible declive, y excepcional el que se encuentren despegados. Rara vez está el fondo de las úlceras cubierto de costras; por lo común, sólo hay en él una pequeña cantidad de líquido sero-purulento; cuando se le limpia bien, forma una superficie granulosa erizada de elevaciones gris-rojizas, parecidas á pezoncillos carnosos pálidos y además se halla sembrado de pequeñas elevaciones amarillentas, del tamaño de un grano de mijo, constituidas por verdaderas granulaciones tuberculosas, de abundancia variable y que á veces hay que buscarlas minuciosamente para verlas.

Estas granulaciones tuberculosas pueden existir no sólo en la misma úlcera, sino también en sus bordes, aunque con menos frecuencia que en la tuberculosis lingual; y sobre el dermis, rojo y lívido, forman pequeñas elevaciones que se transforman en úlceras de crecimiento excéntrico.

Las úlceras tuberculosas de la piel son casi siempre dolorosas, y si no hay dolor espontáneo, se produce por la presión y los movimientos de la región enferma, por lo cual son tan penosos los síntomas producidos por las úlceras que residen en la inmediación de los orificios naturales.

Generalmente son únicas en un sólo punto, pero pueden ocupar en el mismo sujeto muchas regiones diferentes, como la vulva y la mano, la boca y el ano, por ejemplo.

Tienen ciertos sitios predilectos que son, en primer término, la región anal, después, los labios, el miembro superior, el pene, la vulva y más rara vez el miembro inferior. Su frecuencia en los orificios naturales ó sus inmediaciones, se debe al contacto de la piel de estos puntos con sustancias líquidas ó sólidas que contengan bacilos y se desarrollan casi siempre en sujetos atacados de tuberculosis visceral. La auto-inoculación que las produce se verifica, por lo común, en un período avanzado de la enfermedad, por lo que se ha podido suponer que la caquexia favorecía el desarrollo de las úlceras (Vallas).

En algunos casos excepcionales, la llaga cutánea es la primera localización de la tuberculosis, y entonces es consecutiva á una herida ó á una excoiación contaminada por sustancias más ó menos ricas en bacilos. Esto es lo que se observa algunas veces á consecuencia de la circuncisión ritual de los niños israelitas, cuando el operador padece tuberculosis y hace la succión de la herida, pues entonces se ve (como en los casos de Lindmann, Elsenberg, Lehmann, Eiselsberg, Weber, Eve y Lowenstein) desarrollarse, de una á seis semanas después de la operación, pequeños nódulos que se rompen y dejan una úlcera plana, indurada algunas veces, que supura poco y crece por su periferia. No tardan los ganglios inguinales en afectarse y forman elevaciones fluctuantes, que hay que abrir y que originan fístulas y úlceras anfractuadas; la

infección general se manifiesta por adenopatías profundas, abscesos fríos múltiples y localizaciones tuberculosas pulmonares, y sobre todo menígeas; explicándose en estos casos la marcha rápida de la enfermedad por la poca edad de los sujetos, porque lo mismo sucedió en un niño observado por Beneke, que se hirió en la mejilla con un fragmento de la escupidera de su madre, que estaba tísica, y se le presentaron úlceras tuberculosas en el sitio herido.

En el adulto, es mucho menos rápida la generalización de la tuberculosis, y hasta, según Vallas, quedan sanos los ganglios linfáticos próximos; sin embargo, en ciertos casos se ven fajas de linfangitis tubérculo-gomosa en el tracto de los vasos linfáticos correspondientes.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Las lesiones histológicas de las úlceras tuberculosas de la piel han sido estudiadas primero por Coyne y por Malassez, y según J. Renaut, presentan dos formas principales: 1.º, una forma gránulo-caseosa, en la que los nódulos, embrionarios en su mayoría, están reunidos entre sí por grandes zonas de inflamación degenerativa; y 2.º, una tuberculosis folicular, en la que hay folículos tuberculosos con la estructura descrita por Köster (célula gigante, células epitelioides y zona embrionaria), infiltrados en el dermis, que no presenta, por decirlo así, lesiones inflamatorias. Entre estas dos formas principales, hay una serie de otras intermediarias. Las lesiones penetran profundamente en el dermis.

Los bacilos tuberculosos pueden hacerse visibles en los cortes de las úlceras (Babés, Hanot, Marianelli); pero en corto número, como en todas las formas de la tuberculosis cutánea; la inoculación de fragmentos de estas llagas en conejillos de Indias da resultados positivos (Deschamps, Vallas y Marianelli) y queda sin efecto en los conejos, según los experimentos de Vallas, lo mismo que sucede con la inoculación en animales (Arloing) de la mayoría de las tuberculosis atenuadas y de escasos bacilos, que corresponden á las manifestaciones de la escrófula.

DIAGNÓSTICO. — El diagnóstico de las úlceras tuberculosas de la piel se funda en su duración, su forma irregular, la falta de fungosidades blandujas en la superficie y la poca abundancia de la secreción, cuyos caracteres bastan para distinguirlas de los *epiteliomas*, del *chancre simple* y del *sifilítico*, que, por su asiento cerca de los orificios naturales, exponen á confusión, y también de las *úlceras sifilíticas terciarias*. En caso de duda, se deberá recurrir á la investigación de los bacilos en las secreciones de la superficie ulcerosa ó en fragmentos obtenidos raspando ésta, no debiendo olvidar que aquella da resultado positivo en ciertos casos (Babés) y es negativa en otros (Marianelli, Vallas), y que la inoculación de fragmentos de úlcera en el conejillo de Indias da más garantías.

TRATAMIENTO. — El iodoformo en polvo ó en pomada es, sin duda, el tópico que da mejores resultados en las úlceras tuberculosas, cuya cicatrización es capaz de producir, y además, es precioso por sus propiedades analgésicas cuando las úlceras son dolorosas por motivo de su sitio. Pero el tratamiento por excelencia de estas úlceras consiste en la destrucción por medio de cáusticos líquidos (ácido crómico, cloruro de zinc, etc.), ó del fuego (termo-cauterio ó galvano-cauterio), ó bien por la extirpación de toda la superficie infectada.



## TUBERCULOSIS VERRUGOSA

DESCRIPCIÓN CLÍNICA. — Desde los trabajos de Riehl, se conoce con este nombre una forma de tuberculosis caracterizada por el desarrollo de placas, cuyo aspecto recuerda el de las verrugas inflamadas, y una de cuyas variedades constituye la lesión llamada, desde hace mucho tiempo, tubérculo anatómico ó papiloma de los anatomistas. Estas placas tienen un tamaño que varía desde el de un grano de trigo al de un duro, y una forma redonda, circinada ú oval, ó irregular, y pueden reunirse por sus bordes, de modo que éstos son festoneados; cuando tienen ya cierto tamaño, se halla su centro ocupado por una cicatriz delgada y superficial, rosada ó blanca, cubierta de escamas y de aspecto de criba ó reticular muy notable. Alrededor de la cicatriz hay una zona, que representa, en realidad, el período de estado, constituida por un verdadero papiloma córneo, saliente, de superficie irregular y compuesta de nuevas vegetaciones verrugosas, duras y córneas, grisáceas ó de color blanco sucio, con grietas entre las partes salientes y erosiones, de las que algunas veces fluye sangre, y á menudo también están ocupados estos intervalos por pústulas, de modo que la presión hace salir gotillas de pus como por una espumadera. Esta zona papilomatosa es más saliente cuanto más cerca se halla de la parte central, sobre todo si ésta no se ha hecho todavía cicatricial; y al contrario, por el borde excéntrico se deprime suavemente y se confunde con otra zona, en que se encuentran pequeñas pústulas muy superficiales ó costrillas y escamas que son vestigios de pústulas. Por último, la placa está rodeada por una zona apenas saliente, de color rojo más ó menos violáceo, que se quita comprimiendo, y en la cual está la piel lisa, brillante algunas veces, y con los orificios glandulares más aparentes que en el estado normal.

Cuando las vegetaciones córneas han sido ablandadas por las cataplasmas, es fácil arrancarlas raspando, y entonces queda al descubierto una superficie roja lívida, sembrada de prominencias análogas á pezones carnosos y de orificios correspondientes á pequeños abscesos.

En ciertos casos, las producciones papilomatosas no están revestidas de una capa córnea, como en las variedades precedentes, sino que se cubren de una costra más ó menos gruesa, que reproduce la disposición mamelonada y papilar de la superficie sobre que descansa. Esta variedad ha sido descrita por Brissaud y Gilbert con el nombre de tuberculosis papilomato-crustácea, que expresa bien los caracteres especiales.

Otras veces, el aspecto papilomatoso es poco marcado, y solo hay costras duras, á veces muy gruesas y cónicas, que persisten durante mucho tiempo, y cubren una piel lívida sembrada de algunos abscesos muy pequeños.

Las primeras fases de la lesión (que se pueden seguir en la periferia de las grandes placas y mejor aún en los pequeños elementos de nueva formación) están constituidas por un nódulo duro y doloroso, ó por una pápula que se transforma pronto en un pequeño absceso del tamaño de un grano de mijo ó de un cañamón, cuyo absceso se rompe y se cubre de una costra mientras que, en la periferia, se desarrollan otras lesiones análogas.

Estas no producen prurito alguno ni dolor espontáneo, pero son dolorosas á la presión.

Residen las lesiones casi siempre en el dorso de la mano y de los dedos, con preferencia en el pulgar y el índice de la mano derecha, es más raro que ocupen otros segmentos del miembro superior ó el pie y excepcionalmente se hallan en la cara.

ETIOLOGÍA. — La tuberculosis verrugosa se desarrolla casi únicamente en los sujetos expuestos por sus ocupaciones profesionales al contacto con productos tuberculosos procedentes del hombre ó de los animales, figurando en primer término los médicos y sus ayudantes, los enfermeros y los mozos de disección, y después los veterinarios, carniceros, cocineros, etc. Se presenta también en sujetos que han vivido con tuberculosos durante cierto tiempo.

A menudo, sucede manifiestamente á una herida ó excoiación infectada por productos tuberculosos, como la picadura de un dedo al hacer la autopsia de un tísico (Verneuil, etc.), ó á la herida hecha con algún fragmento de escupidera que haya servido á un enfermo de la misma clase (Karg), etc.

Puede desarrollarse en un sujeto tuberculoso, á consecuencia de una herida accidental que haya sido contaminada por su propia expectoración (mordedura en el caso de Verliere, tatuaje en el de Tournier, quemadura en una observación de Brissaud y Gilbert) ó á consecuencia de la abertura de una lesión tuberculosa profunda, como una goma en el caso de Lyot y Gautier.

Lo más común, sin embargo, es observar el mal en sujetos vigorosos y en lo mejor de su edad; hecho que han exagerado algo Riehl y Paltauf.

MARCA Y PRONÓSTICO. — La tuberculosis verrugosa suele persistir durante años, sin que se afecte el estado general; se cura á menudo con un tratamiento racional, sin que se comprometa la salud del que la padece; pero por otra parte, puede ir acompañada de lesiones diversas de naturaleza tuberculosa, como linfangitis tubérculo-gomosa (caso de Merklen) y tuberculosis viscerales.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Las lesiones de la tuberculosis verrugosa consisten á la vez en un desarrollo exagerado de la capa córnea de la epidermis, que suele ofrecer gran analogía con el tejido del epiteloma y con el que constituye los papilomas en general, y en una infiltración de células embrionarias en el dermis y en la capa papilar, que toman un aspecto escleroso, sobre el que ha insistido E. Vidal. En ciertos puntos se presentan los focos de infiltración en forma de nudosidades constituidas en su periferia por células embrionarias, que rodean un montón de células epitelioides, en medio de las cuales se distinguen á veces algunas células gigantes, cuyo centro está de ordinario en degeneración caseosa; en una palabra, presentan la estructura de los tubérculos típicos. A trechos y en el lugar del proceso de caseificación, se ven pequeños focos de pus, situados por debajo de la epidermis en las prolongaciones interpapilares, los cuales representan el primer período de los pequeños abscesos miliares. Las glándulas sebáceas y los folículos pilosos son destruidos, mientras que las glándulas sudoríparas quedan intactas.

Estas lesiones son idénticas en las diversas variedades clínicas de la tuberculosis verrugosa, comprendiendo la que se denomina tubérculo anatómico, pues la presencia del bacilo de Koch ha sido demostrada por Mayor en esta



última lesión. Pollosson no ha encontrado el bacilo de Koch en cuatro casos de tubérculo de los anatomistas, pero no por eso hay que negar su naturaleza tuberculosa, admitida desde hace mucho tiempo por E. Vidal, E. Besnier y Verneuil, porque en la tuberculosis verrugosa suelen estar los bacilos en corto número y ser, por lo tanto, difícil descubrirlos; así es que Riehl y Paltauf han encontrado de cinco á veinte en cada corte en un caso, mientras que Dubreuilh y Auché no han visto más que tres en una treintena de cortes.

TRATAMIENTO. — El único tratamiento aplicable á la tuberculosis verrugosa es la destrucción por el termo-cauterio ó el galvano-cauterio. Este método ha reemplazado al legrado por medio de la cucharilla de Volkmann, desde que E. Besnier ha introducido la cauterización ígnea en el tratamiento de la tuberculosis cutánea; porque la última tiene la ventaja de no abrir los vasos y por lo tanto no exponer á la infección de la sangre, además de que parece disminuir el número de veces en que hay que intervenir y por lo tanto disminuye también la duración del tratamiento.

## TUBERCULOSIS GOMOSA

La tuberculosis gomosa corresponde á los tumores fríos cutáneos de los antiguos autores. La semejanza que presenta con las gomas sifilíticas ha valido á estos tumores el nombre de gomas escrofulosas, ó mejor dicho, de gomas escrofulo-tuberculosas, denominación propuesta por E. Besnier, que indica á la vez su naturaleza tuberculosa y la del terreno en que se desarrollan.

Las gomas tuberculosas pueden ocupar sólo la piel ó sólo el tejido conjuntivo subcutáneo. Las gomas del último tienen gran tendencia á propagarse á la piel y están constituidas por infiltraciones ó nudosidades, á cuyo nivel los tegumentos no tardan en tomar color rojo lívido; estas nudosidades tienen variable extensión y pueden ser únicas ó múltiples, y hallarse reunidas en voluminosos montones de forma irregular y de superficie mamelonada. Al cabo de un tiempo variable, se reblandecen, la piel que las cubre se adelgaza, toma un color más lívido y después se perfora en uno ó muchos puntos, dando salida á un líquido sanguíneo ó amarillento y algunas veces filamentosos y viscoso. Resultan de todo esto profundas úlceras, más anchas en su fondo que en su orificio, formando senos comunicantes entre sí, por medio de trayectos subcutáneos, cuando se han fundido á la vez muchas gomas próximas; ó bien están descubiertas y son anchas é irregulares, de fondo mamelonado, á veces cubierto de costras gruesas grisáceas ó negruzcas, cuyas úlceras tórpidas se reparan lentamente.

Las gomas tuberculosas pueden ser las primeras manifestaciones de la tuberculosis cutánea ó bien suceden á otras formas de ésta. A veces se disponen en grupos alargados, que siguen la dirección del eje de un miembro, y corresponden al trayecto de un vaso linfático, cuya verdadera linfangitis tuberculomosa puede adquirir gran desarrollo y constituir una forma especial, designada hace tiempo con el nombre de várices linfáticas, y atribuidas á la tuberculosis por Hallepeau, Lailler y E. Besnier.

El DIAGNÓSTICO de las gomas escrofulo-tuberculosas es fácil ordinaria-

mente. Residen con preferencia en la cara y partes descubiertas y se distinguen de las sifilíticas, con las que tienen más parecido, por su evolución lenta, su aspecto lívido y sus úlceras atónicas de fondo irregular.

Las LESIONES ANATÓMICAS de las gomas escrofulo-tuberculosas consisten en una infiltración embrionaria con granulaciones foliculares, que Brissaud demostró, en 1879, que eran granulaciones tuberculosas. Desde esta época, la observación del bacilo tuberculoso (Pellizzari, Letulle) y los resultados positivos de la inoculación en los conejillos (Letulle) han confirmado la naturaleza tuberculosa de esta lesión, indicada desde mucho antes por E. Besnier, fundado en la observación clínica.

La MARCHA de estas gomas es la tendencia á ulcerarse y la persistencia de las llagas producidas. Lesiones viscerales de naturaleza tuberculosa acompañan, y sobre todo, siguen frecuentemente al desarrollo de las cutáneas.

El TRATAMIENTO de esta forma de tuberculosis de la piel consiste en aplicar iodoformo á las úlceras y en cauterizar con cloruro de zinc líquido, cuando estas se hallan descubiertas, ó con el mismo cáustico en barra cuando hay trayectos fistulosos ó desprendimientos.

## LUPUS VULGAR

DEFINICIÓN. — Se llama lupus vulgar ó lupus tuberculoso (1), lupus de Willan, á una afección crónica de la piel y de las mucosas que la prolongan, caracterizada por la existencia de pequeñas nudosidades intradérmicas, rojas, que terminan por ulceración ó atrofia cicatricial de la piel, y cuya afección es producida por el bacilo tuberculoso de Koch.

DESCRIPCIÓN. — El elemento primitivo del lupus, ó tubérculo lupo, es de color rojo moreno ó amarillento, transparente, de aspecto parecido al del azúcar de cebada ó de la jalea de manzana y de consistencia algo blanda, que se aprecia fácilmente con el tacto cuando el tubérculo es grande, ó con las agujillas de escarificación, que lo dislaceran con mucha facilidad.

Por la presión palidece, pero sin desaparecer su color completamente; de modo que cuando los tubérculos están diseminados y disimulados en medio de una superficie roja eritematosa, se les hace más visibles estirando la piel, para que desaparezca la rubicundez que los rodea.

Los nódulos luposos que ocupan las partes superficiales del dermis son fácilmente apreciables por el examen directo; cuando son más profundos, suelen percibirse mejor con la palpación que á la vista, y si la epidermis que los cubre es gruesa y opaca, se los hace fácilmente visibles embadurnando la piel con un cuerpo grasiento. Su forma es redonda ú oval y alguna vez poligonal, y sus dimensiones varían desde la de un grano de mijo á la de una lenteja y más.

(1) La palabra *tuberculoso* está empleada aquí en su sentido dermatológico, es decir, que indica que la afección tiene por elemento inicial una nudosidad intradérmica sin tendencia alguna á la absorción espontánea.

Atendiendo á la significación ambigua de la palabra, es preferible designar la afección con el nombre de *lupus vulgar*, con el que es generalmente conocido en Alemania, ó el de *lupus de Willan*, y así se evita la confusión á que el término *lupus*, empleado sin calificativo, podría dar origen con el lupus eritematoso.