

circular, debajo de la cual se acumula pus; hay una verdadera inoculación local de la pústula hacia su periferia, que da lugar á una corona purulenta. En la otra, existen líneas blancas que llegan á tener 4, 5 ó 6 centímetros de longitud, están formadas por una elevación epidérmica lineal llena de pus y rodeada en ambos lados por una zona roja de diversa anchura, y se hallan situadas entre las pústulas circulares del ectima.

Las partes próximas á las lesiones están rojas, engrosadas y duras en alguna extensión.

Los vasos linfáticos correspondientes suelen ser asiento de una flegmasía, que puede originar adenitis ó un flegmón difuso profundo.

Los síntomas funcionales se acentúan muy poco; el prurito de las primeras fases de la erupción cesa en cuanto ésta llega á su completo desarrollo. No hay fiebre sino cuando los granos son abundantes y existe gran reacción local inflamatoria.

El ectima aparece en todas las regiones del cuerpo, siendo raro que sólo ocupe una; sin embargo, se manifiesta con preferencia en los miembros inferiores.

DIAGNÓSTICO. — El ectima se distingue fácilmente del *forúnculo*, que se halla rodeado de una zona roja, más extensa y elevada que la de aquél; del *acné pustuloso*, que es más puntiagudo y circunscrito; del *impétigo*, que da origen á vésico-pústulas menos extensas y á costras de color amarillo de miel característico.

Muchas veces es difícil diferenciarlo de las *sifilides pustulosas*, tardías ó malignas precoces, que en los miembros inferiores forman costras gruesas, simulando un ectima; pero, en éste, no se ven la base infiltrada y la ulceración profunda de aquéllas.

PRONÓSTICO. — El ectima es una afección local fácil de curar. A veces el mal estado general influye sobre las lesiones locales, favoreciendo el desarrollo de úlceras profundas que agravan el pronóstico. Además, puede sobrevenir una infección que ocasiona lesiones viscerales, particularmente nefritis, estudiadas por Augagneur.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Es la de la pústula en general. Así, pues, al principio existe alteración epidérmica, conocida con el nombre de transformación cavitaria, que da origen á cavidades anfractuosas, llenas de pus, que se comunican unas con otras. La base de la pústula se halla formada por el dermis infiltrado de leucocitos en su región papilar. El pus contiene microorganismos diversos (stafilococos y streptococos).

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA. — El ectima se encuentra en gran número de estados patológicos: caquexias, convalecencia de enfermedades agudas, fiebre tifoidea y viruela (Du Castel) en particular, diabetes, nefritis, sífilis, etc. Todos ellos son no más que causas predisponentes que debilitan la resistencia de la epidermis y favorecen la penetración y desarrollo de los agentes piógenos.

Todas las profesiones que obligan al contacto con animales ó con objetos sucios (mozos de cuadra, cocheros, matarifes, traperos, etc.), exponen á contraer el ectima.

Es fácil comprender la manera de obrar de estas causas: unas favorecen la inoculación epidérmica de los agentes micróbicos, otras colocan sobre la epi-

dermis estos agentes, que cualquier causa (rascarse, picaduras, varios traumatismos) introduce entre las capas cutáneas.

Resulta que, como el impétigo (con el cual suelen confundirlo en una descripción común), el ectima es una enfermedad reinoculable; E. Vidal ha demostrado que la inoculación puede hacerse en serie, hasta la quinta ó sexta generación. Lo mismo que respecto del impétigo, no se trata aquí de una enfermedad específica producida por un micro-organismo constantemente igual, sino de una supuración cutánea engendrada por uno de los agentes piógenos vulgares, streptococo ó stafilococo. ¿La forma dermatológica (ectima ó impétigo) depende del punto de inserción de los agentes piógenos en las capas epidérmicas, del estado anatómico de la epidermis, de la nutrición general del individuo ó de las condiciones de la virulencia del microbio? La transmisión de la misma forma de las lesiones, al inocularse á individuos sanos, habla en favor de esta última hipótesis.

TRATAMIENTO. — Sus bases son: limpieza, antisépticos no irritantes, después que las cataplasmas han desprendido las costras, y la oclusión con emplastos, para impedir reinoculaciones ulteriores. A estos medios locales hay que agregar, los tónicos, cuando el estado general se halla alterado por alguna enfermedad anterior.

BIBLIOGRAFÍA: Chambard, Article Ecthyma, du *Dict. encycl. des sciences médic.*, 1^{er} série, t. xxxii, p. 490. (Bibliographie étendue.)—Leloir et Vidal, *Traité descriptif des maladies de la peau*, p. 210.

II. — DEFORMIDADES CUTÁNEAS

I

Ictiosis.

DEFINICIÓN. — Llábase ictiosis, una deformidad de la piel, cuyo aspecto se compara con el de la piel de los pescados (*ιχθυς*, pescado) y está caracterizado por la formación incesante de escamas epidérmicas secas, imbricadas ó yuxtapuestas, de grosor variable.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA. — En la forma más benigna de la ictiosis, la piel aparece arrugada, seca, irregular, erizada de pequeñas eminencias cónicas, que rascan como una escofina al pasar la mano por encima. Cada una de ellas está cubierta por una escamita adherida y corresponde á un folículo piloso; cuando se arranca, se la ve formada por una aglomeración de epidermis córnea, atravesada por un pelo retorcido. Se desarrolla, en primer término, en la parte postero-externa de los brazos, en la cara externa de las piernas y muslos y también en la frente, y con frecuencia va acompañada de una rubicundez difusa de los tegumentos. Ha sido descrita con los nombres de líquen pilar, xe-

rodermia pilar, queratosis pilar (Brocq). Debe llamarse ictiosis (*ictiosis anserina*), por ser congénita y de duración indefinida. Aparece en los jóvenes linfáticos.

Sus escamas son menores y menos ostensibles que en las otras formas.

A veces forman una capa delgada, que recuerda la de colodión que empieza á agrietarse; en otras ocasiones son más gruesas, resistentes, opacas, grises ó negruzcas, y forman capas superpuestas, que en algunos casos llegan á tener muchos milímetros de grosor. Pueden formar una capa continua ó levantarse en mayor ó menor extensión, pero quedando yuxtapuestas ó imbricándose algo más sobre otras. Frecuentemente están fijadas por un sólo punto y flotan (por decirlo así) sobre los tegumentos. Su adherencia varía, siendo tanto mayor, cuanto más delgadas son. Al caerse ó ser arrancadas, queda al descubierto una superficie tapizada de epidermis córnea, sin indicios de ulceración.

A las variedades en las cuales las escamas son finas, se las llama *ictiosis nacrada*; y se designa con el nombre de *ictiosis serpentina* la que presenta escamas que son verdaderas placas epidérmicas, rombóideas, cuadradas ó en forma de polígonos de más de cuatro lados, recordando el aspecto de la piel de los reptiles. Estas placas pueden llegar á ser muy gruesas y son de color oscuro, gris ó negro.

La *ictiosis córnea* ó *ictiosis hystrix* (*hystrix*, puerco-espín) es la variedad más intensa de esta afección y menos común que las otras; tiene un aspecto que varía mucho: las excrescencias que la constituyen forman elevaciones verrugosas y córneas ó conos que recuerdan las púas de un erizo, ó bien parecen espolones irregularmente diseminados por la superficie de la piel, que en los intervalos de aquellas se encuentra cubierta de escamas.

La ictiosis está siempre generalizada ó, por lo menos, ocupa extensos segmentos de la superficie cutánea, pero respeta casi siempre ciertas regiones, como la axila, la flexura del brazo y el ano; en una palabra, todos los puntos en que los tegumentos conservan alguna humedad.

Aparece menos desarrollada en el tronco que en los miembros, y menos en los extremos (manos, pies, cara) que en el resto del cuerpo. Las lesiones son siempre simétricas.

Los cabellos, las cejas y la barba están poco poblados.

Las mucosas son respetadas por la ictiosis.

Esta no ocasiona prurito, excepción hecha de los casos en que sobreviene alguna lesión accidental de la piel, el eczema, por ejemplo.

La secreción del sudor mengua ó se halla abolida en las superficies ictiosicas.

Los individuos invadidos por esta dolencia están poco desarrollados por punto general, pero algunos son vigorosos y robustos. En ellos se verifican bien las distintas funciones; sin embargo, en los mismos se observa á veces la litiasis úrica ó oxálica (Bouchard), debida á trastornos que la supresión de las funciones cutáneas introduce en la nutrición general.

MARCHA. — Las escamas de ictiosis se manifiestan, por lo común, hacia la edad de dos años; aumentan en intensidad hasta los doce á quince años; en este momento llegan á su grado máximo, y permanecen estacionarias durante toda

la vida del enfermo. En la primavera y otoño son menos intensas que en invierno, pues la transpiración produce cierta mejoría. Cuando, por un buen tratamiento, la piel presenta su aspecto normal, las lesiones anteriores tienden á reproducirse en la misma forma desde que se interrumpe el tratamiento ó se sigue con poco vigor. En resumen, se trata de una afección persistente y susceptible de mejorías transitorias.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — En la ictiosis se atrofia ó hipertrofia la epidermis, cuya capa córnea sigue por transición brusca al cuerpo mucoso. El dermis presenta infiltración de células embrionarias, y sus papilas alargadas y separadas por conos epidérmicos gruesos; lesiones que son secundarias con relación á las de la epidermis. Los anejos de ésta (glándulas sudoríparas y sebáceas, folículos pilosos) están casi siempre atrofiados y deformados.

ETIOLOGÍA. — La ictiosis es hereditaria; se observa casi constantemente en muchos individuos de una familia, en la línea directa ó en la colateral, en generaciones sucesivas ó separadas por una ó muchas generaciones indemnes.

DIAGNÓSTICO. — Las lesiones parecidas á la ictiosis, y que algunas veces se asemejan mucho por sus caracteres exteriores, pueden distinguirse por su marcha y época de aparición. Todas son adquiridas y se manifiestan en una edad más ó menos avanzada; además, casi todas se limitan á superficies cutáneas muy pequeñas.

Tal sucede con las lesiones escamosas pseudo-ictiosicas, determinadas por *presiones repetidas*, en ciertos oficios, y con las que se desarrollan en el curso de las *lesiones nerviosas*: tabes (Fournier, Ballet y Duthil), mal de Pott (Lancereaux), neuritis periféricas (Pitres y Baillard), traumatismos de los nervios, Weir, Mitchell, Guelliot, Leloir).

En el curso de las convalecencias y de las caquexias, se observa un estado escamoso muy análogo á la ictiosis, descrito con el nombre de *pityriasis tuberculosa*, debido á un trastorno de la secreción sebácea y que se distingue por su aparición tardía.

Algunas formas de *seborrea* recuerdan la ictiosis y han hecho atribuir á ésta un origen sebáceo; pero se desarrollan en edad más avanzada que ésta y no presentan su tenacidad; la cara profunda de las escamas seborréicas está erizada de eminencias, que se introducen en las glándulas sebáceas, mientras que las escamas ictiosicas son lisas.

Ciertos *nevus verrugosos* y *córneos* tienen los caracteres de la *ictiosis hystrix*; pero difieren por su asiento y sistematización en forma de placas ó bandas, que parecen representar el trayecto de un nervio.

Se conoce con el nombre de *ictiosis congénita*, ó mejor, con el de *ictiosis fetal*, una lesión cuyas relaciones con la verdadera no están bien determinadas. Se desarrolla durante la vida intra-uterina y se caracteriza por la presencia de grietas profundas que limitan gruesas producciones epidérmicas en toda la superficie cutánea. Es un keratoma generalizado (Lebert), que parece incompatible con la vida y produce la muerte de los niños unas cuantas horas después de su nacimiento.

TRATAMIENTO. — Únicamente es externo. Constituyen su base, según Lailler, los baños repetidos y las aplicaciones de grasas á la superficie de la piel. Los baños prolongados y ayudados de fricciones con jabón ordinario,

sólo ó mezclado con piedra pomez, producen la caída de las escamas y devuelven á la piel su aspecto normal. Su uso frecuente conserva los tegumentos en tal estado, y al mismo tiempo los cuerpos grasos, la glicerina en particular, aplicados diariamente á la superficie cutánea, la devuelven su flexibilidad.

BIBLIOGRAFÍA: G. Thibierge, Art. Ichthyose du *Dict. Encycl. des sc. méd.*, 4^e série, t. xv, p. 59.—Tommasoli, Considerazioni sulla istologia e sulla natura dell' ittiosi; *Giorn. Ital. d. malat. veneree e della pelle*, 1889, p. 315, et 1891, p. 58.—L. Brocq, Notes pour servir à l'histoire de la kératose pileuse; *Ann. de dermat. et de syph.*, 1890, p. 25, 97 et 222.

II

Nevo.

DEFINICIÓN. — El nevo es toda alteración cutánea congénita y circunscrita, caracterizada por el excesivo desarrollo de cualquiera de los elementos normales de la piel.

Los nevos son de alguna extensión y poco numerosos; tienen una forma que recuerda la de la distribución cutánea de un filete nervioso ó de un nervio; esta disposición zoniforme ó zosteriforme es muy ostensible en la cara, donde se detienen, con toda exactitud, en la línea media los nevos.

Estos, aunque son siempre congénitos, no son fatalmente estacionarios, pues se desarrollan en razón directa del crecimiento del enfermo, continúan ganando en extensión después del término de este crecimiento y sufren varias metamorfosis y degeneraciones.

En la mayor parte de los casos, son múltiples los nevos; sus diversas formas existen á un tiempo, cada una en una región distinta, ó todas en una sola región, ó bien (y esto es lo más común) reunidas en todas las regiones del cuerpo. Con frecuencia ofrecen una simetría más ó menos perfecta.

Son frecuentes hasta el punto de que, en mayor ó menor número, en pocos individuos faltan. En algunos adquieren importancia y constituyen una verdadera deformidad, por su asiento en regiones muy visibles y por su extraordinario número.

DIVISIÓN. — El grupo de los nevos comprende varias formas, descritas en distintos capítulos por los autores.

Tales son: 1.^a, nevos vasculares; 2.^a, nevos pigmentarios; 3.^a, nevos verrugosos; 4.^a, nevos moluscóideos; 5.^a, algunos tumores congénitos.

Los *vasculares* ofrecen numerosas variedades, por su color, elevación y estado de la piel que los cubre. Unos forman una simple mancha roja ó de color de rosa, no prominente, mal limitada en sus bordes (nevo eritematoso), que desaparece por la presión; el tipo de ellos es la mancha roja que existe en la nuca de los niños y más tarde palidece ó se oculta por los cabellos. Otros son de color rojo más ó menos obscuro ó azulado y forman una eminencia, cuya piel aparece lisa ó arrugada ó casi papilomatosa (nevo en frambuesa). Varían

sus dimensiones; son del tamaño de la cabeza de un alfiler, en el abdomen, por ejemplo, son más prominentes y extensos en la variedad llamada tumores erectiles; pueden adquirir una extensión considerable en la cara «manchas de vino», desfigurando horriblemente las facciones. Los vasos que hay en los nevos se dilatan y pueden tener grandes dimensiones, lo que da lugar á aneurismas, que constituyen una complicación grave.

Los *nevos pigmentarios* son también muy frecuentes; sus dimensiones varían desde las de la cabeza de un alfiler hasta las de un segmento de miembro; presentan una superficie lampiña ó cubierta de pelos (*nevus pilaris*), lisa ó más ó menos irregular; tienen un color que varía desde el de café con leche, hasta el negro bien intenso. Los nevos pigmentarios pueden dar origen á tumores melánicos, que se generalizan con rapidez, lo que constituye una complicación temible en los casos en que los nevos son muy oscuros, cualquiera que sea su extensión.

Los *nevos verrugosos* ofrecen variedades muy notables: unas veces son de aspecto papilomatoso, sin cambios apreciables en el color de la piel; otras, son amarillo-negrucos, y otras, son grises ó negros. Esta última variedad se manifiesta con frecuencia en forma de bandas ó filas muy largas, cuya dirección es paralela al eje de los miembros y corresponde al trayecto de los nervios. Estos nevos verrugosos han sido considerados, sin fundamento, como una variedad de ictiosis hystrix.

Los *nevos moluscóides* (molusco fibroso de los autores) forman eminencias no pediculadas, de volumen variable, cubiertos de piel que conserva su color y aspecto normales; á medida que progresan, se convierten en tumores de volumen diverso, que tienden á formar pedículo, lo que ha hecho que se les llame molusco; esta pediculización se limita á muy pocos; algunos son mayores que los otros y puede sufrir una degeneración, que, de tumor benigno que era en un principio, lo transforma en maligno, susceptible de generalizarse con rapidez.

En algunos individuos, los tumores moluscos son numerosos y coinciden con muchos nevos pigmentarios. Recklinghausen los ha encontrado constituidos por neuromas plexiformes en casos de este género.

Pueden considerarse como nevos algunos *tumores*, cuyo punto de origen son las glándulas cutáneas, y se conocen con el nombre de adenomas sebáceos, adenomas sudoríparos, hidroadenomas, pues parecen debidos á un trastorno congénito de desarrollo. Lo mismo ocurre con ciertos linfangiomas y varias formas de hiperkeratosis de las extremidades (keratodermias simétricas) estudiadas recientemente por Hallopeau.

Algunas formas de nevos tienen una disposición topográfica notable, y ocupan una superficie de la piel que representa la zona de distribución de un nervio ó el trayecto de un tronco nervioso, por lo cual hay motivos para suponer que aquellos son debidos á un trastorno nervioso. Es más probable que esta topografía se deba pura y simplemente á que los elementos embrionarios que han de formar los diversos territorios cutáneos se desarrollan independientemente, unos respecto de otros, superponiéndose casi exactamente á la zona de distribución de los nervios y á que la deformación interesa, á un tiempo, todos los elementos de uno de estos territorios. Philippson ha hecho notar que

las filar névicas están frecuentemente en relación con las líneas de Voigt, que corresponden á los límites de los territorios nerviosos próximos.

La mayor parte de los nevos no exige *tratamiento*; algunos se notan menos que en la época del nacimiento; otros, por el contrario, crecen y dan origen á complicaciones locales y metamorfosis que reclaman la intervención quirúrgica; otros, por último, producen por sí solos un estorbo ó desfiguran á los enfermos, los cuales piden que se les cure.

En los recién nacidos, se puede hacer que desaparezcan los nevos y sean reemplazados por una cicatriz, vacunando á aquellos en los sitios enfermos. En los niños ya vacunados y en los adultos, la cauterización punteada y la electrolisis pueden hacer que desaparezca el mal ó atenuar mucho la coloración.

Los nevos pigmentarios no se curan por los tratamientos ordinarios, y no hay más remedio que extirparlos cuando molestan mucho.

Varios nevos verrugosos se modifican por los raspados y las aplicaciones de resorcina y ácido salicílico.

BIBLIOGRAFÍA: Hugues. Des nevi pigmentaires. *Thèse de Doct.*, 1889-1890 (Bibliogr. étendue).—Hallepeau, Les nevi; *Prog. méd.*, 1891, t. II, p. 17.

III

Lentigo.

DEFINICIÓN. — Se da el nombre de lentigo, ó pecas, á las manchas pigmentarias grises ó morenas, redondas, no elevadas, de diámetro igual ó inferior al de una lenteja, que duran muchos años; en ocasiones toda la vida.

DESCRIPCIÓN. — Las manchas de lentigo, por lo general, son redondas y regulares, algunas veces irregulares y angulosas, de bordes muy definidos, del diámetro de la cabeza de un alfiler y aun un poco mayores. Su color varía del amarillo pálido al gris ligeramente pardo, y suele llegar al negro; en la mayor parte de los casos es de café y con bastante frecuencia amarillo leonado; siempre es uniforme en toda la mancha.

Dichas manchas se presentan diseminadas, en número más ó menos considerable, algunas veces abundan hasta el punto de reunirse en grandes placas por algunos sitios.

Se hallan colocadas con simetría y se manifiestan en todas las regiones, sobre todo en las que están al aire libre, principalmente en la cara.

Por punto general, aparecen á la edad de ocho ó diez años, persisten por algún tiempo y desaparecen á la edad de diez á veinte años, para presentarse de nuevo durante una temporada. En los individuos de pelo rojo, duran toda la vida y adquieren gran desarrollo.

La exposición al sol del verano y la vida al aire libre hacen más ostensibles las manchas de lentigo, que palidecen por el invierno.

ETIOLOGÍA. — El lentigo se ve en casi todos los niños de uno ú otro sexo; es más tenaz y más intenso en las muchachas cuyas funciones menstruales se presentan de un modo anormalmente precoz ó anormalmente tardío, consti-

tuye una deformidad apenas perceptible en unos individuos, que la presentan sólo un poco pronunciada en el momento de la adolescencia, mientras que en otros es muy considerable y tenaz.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Las lesiones del lentigo consisten, como casi todas las pigmentaciones anormales, en un cúmulo de pigmento en la zona reticulada de Malpighi (Demiéville), sin infiltración simultánea de células linfáticas en el corion.

DIAGNÓSTICO. — No es difícil.

En los casos de gran intensidad, puede ser confundido con el *xeroderma pigmentosum*. Esta afección, descrita por vez primera por Kaposi, no es frecuente y está caracterizada por el desarrollo, en las partes descubiertas, de manchas morenas ó negruzcas análogas á las del lentigo, va acompañada de finas dilataciones vasculares de la piel, de atrofia bien manifiesta y de pequeños tumores epiteliomatosos, que se ulceran y dejan cicatrices consecutivas de diversa extensión; estos tumores pueden tener algún volumen, dando origen á ulceraciones extensas y á la caquexia cancerosa. La afección empieza en la juventud, se presenta en muchos niños de la misma familia, es una verdadera deformidad de la piel, congénita y hereditaria, cuya evolución se acelera por los agentes exteriores (sol, frío, vientos, etc.).

Las *efélides*, con las que suele confundirse el lentigo, son manchas morenas ó amarillentas, difusas, que ocupan gran parte de la cara y se desarrollan por la influencia de la luz solar y desaparecen durante el invierno.

El *cloasma* presenta manchas morenas y difusas en las mujeres embarazadas y en las que padecen trastornos menstruales.

TRATAMIENTO. — Generalmente no lo necesita el lentigo. Además, es difícil combatirlo con los medios farmacológicos. Los preparados de azufre y los de sublimado atenúan algunas veces su coloración. Leloir ha preconizado las aplicaciones de ácido crisofánico.

BIBLIOGRAFÍA: G. Thibierge, Art. *éphélides* du *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1^{er} série, t. XXXVI, p. 777.—P. Archambault, De la dermatose de Kaposi (*xeroderma pigmentosum*); *Th. de Bordeaux*, 1889-1890 (Bibliographie très complète de cette question).