

Se le ve aparecer después de una emoción, un traumatismo, una enfermedad infecciosa, la vacuna, etc. Pero éstas son no más que circunstancias que favorecen el brote de una erupción ya existente ó ponen en actividad una predisposición anterior.

La causa más positiva es, sin disputa, la herencia, sea directa ó colateral; pero no es fatal, sino frecuente.

Los psoriásicos son robustos y vigorosos, pero no con tanta frecuencia como se creía: al lado de reumáticos obesos, en los cuales se halla más veces el psoriasis, se ven otros flacos, anémicos, tuberculosos ó candidatos á la tuberculosis. No se puede considerar esta afección como propia del reumatismo.

Causas locales (contusiones, tatuajes, ventosas escarificadas, etc.), provocan el psoriasis en los puntos irritados, pero no crean la lesión cutánea, sino que despiertan la predisposición morbosa.

NATURALEZA. — A propósito de ella se han expuesto muy diversas teorías.

Bazin consideraba el psoriasis como afección diatésica, sintomática del reumatismo ó del herpes. Esta idea, fundada en lo mucho que dura el mal, en las recidivas y la coexistencia de otros síntomas de estas diátesis, ha perdido terreno: el psoriasis reumático ha pasado casi por completo al campo del eczema, y apenas queda en el psoriasis lo que él llamaba psoriasis herpético, que está lejos de ir siempre acompañado de manifestaciones diatésicas evidentes.

Lang, Eklund y Wolff han descrito sucesivamente, en las escamas, varios parásitos (*epidermophyton* de Lang, *lepocolla repens* de Eklund), á los cuales han atribuido un valor patogénico. Su forma redonda, que es la de las dermatomycosis, permite atribuir un origen parasitario á los elementos del psoriasis; algunos casos, más ó menos claros, de contagio (como el de Unna, en el cual apareció el psoriasis después que llegó al seno de una familia una sirvienta psoriásica), su desarrollo después de la vacunación tienden á confirmar esta hipótesis. Los experimentos de transmisión del mal á los animales (Lassar, Tommasoli, etc.) ó al hombre (Destot) son tan discutibles, que no pueden decidirse. En tanto que no se encuentre constantemente un parásito específico en las lesiones psoriásicas, esta teoría será hipotética, porque la duración larga de la afección, sus recidivas y su desarrollo á consecuencia de traumatismos no son pruebas decisivas de su origen parasitario.

La existencia de un trastorno de nutrición congénita de la epidermis es compatible con la duración larga de la enfermedad, sus recidivas fáciles y frecuentes, su herencia y su principio en edad poco avanzada; pero no es tan compatible con los períodos largos de curación aparente y las manifestaciones articulares que acompañan al mal.

La simetría de las escamas de psoriasis, la frecuente coexistencia de varios trastornos nerviosos, la aparición de los brotes después de emociones en algunos casos y las artropatías, que pueden ser asimiladas á las de origen nervioso, son otros tantos argumentos que apoyan la teoría nerviosa defendida por Poltebnoff, E. Besnier, Bourdillon y Ed. Brissaud. La falta de lesiones de los nervios cutáneos no es una prueba absoluta en contra de esta teoría, que necesita nuevas investigaciones anatómo-patológicas y que está lejos de ser incompatible con la herencia y la marcha del psoriasis.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — El color blanco de las escamas se debe á su infiltración por gran número de burbujas de aire; y el color gris á una compresión enérgica.

Las escamas tienen su origen en una gran hipertrofia de la capa córnea de la epidermis, que se subdivide en dos zonas: una, superficial, escamosa; otra, profunda, cuyas células, aún vivas y no keratinizadas, tienen núcleo. La capa de Malpighi está muy hipertrofiada y atravesada por pequeñas lagunas, que resultan de una atrofia especial de los núcleos celulares; la capa granulosa se halla intacta, según Vidal, Leloir y Pecirka, y desaparece, según Suchard; la capa básica de la epidermis se encuentra en estado normal.

En el dermis existe congestión, que se acentúa más en las capas superficiales, pudiendo llegar á producir pequeños focos hemorrágicos. Los vasos se hallan dilatados y rodeados por una vaina de células linfáticas. Vidal y Leloir han demostrado la normalidad de los nervios cutáneos.

Los autores no están de acuerdo sobre la cronología relativa de las lesiones dérmicas y epidérmicas. Kaposi considera como primitivas á las alteraciones inflamatorias del dermis, y como dependientes de éstas, á los trastornos de la nutrición epidérmica. J. Neumann, Jamieson, Robinson, Pecirka y Lewe, por el contrario, creen que la afección es primitivamente epidérmica, con alteraciones dérmicas secundarias, en lo que están conformes con Auspitz, que colocaba el psoriasis entre las epidermidosis.

DIAGNÓSTICO. — Ciertas formas de *eczemas*, particularmente de eczema seborréico, se parecen mucho al psoriasis. Probablemente á ellas se refieren las descripciones que del psoriasis reumático ha hecho Bazin. El diagnóstico se funda sólo en el asiento, puesto que las dos afecciones pueden manifestarse, ó no, en el lado de la extensión de los codos y rodillas; se funda en el carácter de las escamas, que son secas en el psoriasis, mientras que siempre son algo húmedas en el eczema; en el aspecto reluciente y la facilidad de sangrar, que presenta la piel, después de quitar las escamas de la psoriasis; en la disposición nummular las que ofrecen éstas en el cuero cabelludo; en los casos dudosos decide la marcha de la enfermedad, más sujeta á recidivas en el psoriasis que en el eczema.

Muchas *sifilides papulosas* se parecen tanto al psoriasis, que han sido descritas llamándolas psoriasis sifilítico; mala denominación, porque el psoriasis no tiene relación alguna con la sífilis, aunque su color, escamas, diseminación y topografía sean análogas á los de las sifilides mencionadas. Estas se distinguen por los accidentes sifilíticos que las preceden ó acompañan, la falta de hemorragias puntiformes, al rascar las placas desprovistas de sus escamas (aunque se ve este síntoma en las sifilides psoriasiformes) y sobre todo, por la existencia de engrosamiento ó infiltración de los tegumentos, que faltan en el psoriasis.

Algunos *lupus vulgares* cubiertos de escamas gruesas simulan el psoriasis; se distinguen de él por su duración larga, adherencia de las escamas y presencia de elementos luposos bien definidos en los sitios próximos.

Las escamas del *lupus eritematoso* son más grises y adherentes que las del psoriasis, están erizadas de prolongaciones intra-globulares, que parten de su superficie interna, y al mismo tiempo las placas de lupus se hallan sembradas de cicatrices pequeñas.

En la *pitiriasis rubra pilaris*, las placas son muy adherentes, poco extensas y córneas, pero su disposición en forma de granos atravesados por un pelo, el asiento de las lesiones en las manos, y en particular en las partes del dorso de los dedos provistos de pelos, son signos que distinguen esta enfermedad del psoriasis.

El *líquen de Wilson* puede confundirse con el psoriasis guttata, pero difiere de él por la falta de escamas blancas, fáciles de desprender por medio de las uñas, por la gran consistencia de sus elementos y por su picor.

TRATAMIENTO. — El uso interno del arsénico, preconizado por mucho tiempo contra el psoriasis, es inútil. Haslund ha obtenido buenos efectos de dosis grandes y continuas de ioduro potásico. Pero, en realidad, el tratamiento del psoriasis se reduce casi exclusivamente al uso de remedios externos.

El aceite de enebro da buen resultado si se emplea con método; mas tiene los inconvenientes de su mal olor y de necesitar una vigilancia continua para evitar una gran irritación de los tegumentos.

El ácido crisofánico y la crisarobina son de los medios más eficaces, si se manejan con cuidado, aplicándolos á superficies poco extensas y vigilando sus efectos, con objeto de evitar la irritación de la piel y los accidentes generales, que á veces son serios.

El ácido pirogálico tiene, sobre los preparados antedichos, la ventaja de ser más barato; pero sus efectos flogísticos y fenómenos tóxicos obligan á emplearlo con gran prudencia.

En los casos de psoriasis muy generalizados, el naftol tiene la ventaja de su inocuidad; además, basta cuando las lesiones son superficiales.

La tintura de iodo, el jabón negro y las pomadas de ácido salicílico bastan cuando las placas son muy limitadas, y sobre todo, para los niños.

A estas aplicaciones locales deben agregarse los baños jabonosos repetidos, que facilitan la caída de las escamas. Con el mismo objeto se usa el casquete de cautchuc, que facilita la limpieza rápida del cuero cabelludo.

BIBLIOGRAFÍA: Vidal et Leloir, Note sur l'anatomie du psoriasis; *Bull. Soc. de Biol.*, mars 1882, p. 189. — Pecirka, Zur Histologie des Psoriasis; *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1887, 1, p. 60. — Ch. Bourdillon, Psoriasis et arthropathies; Thèse de doctorat; Paris, 1888-1889. — Boulay, Nature et traitement du psoriasis; *Gaz. des hôp.*, 1889, p. 1001. — D. Bulkley, Clinical study and analysis of 1000 cases of psoriasis; *C. R. du Congrès internat. de Dermat.*, Paris, 1889, p. 878. — Kaposi, *Pathol. et traitement des maladies de la peau*, 2^e édit. française avec notes de E. Besnier et Doyon, t. 1, p. 542. Polotebnoff, Psoriasis. *Ergänzungshefte zu Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1891, p. 39.

VIII

Eczema.

DEFINICIÓN.—Se llama eczema á una serie de afecciones de marcha aguda, con más frecuencia crónicas, de brotes sucesivos, caracterizadas por el desarrollo de vesículas, á las cuales suceden lesiones, unas veces, pustulosas, otras, escamosas, otras, eritematosas, con ó sin induración y grosor de los tegumentos, con ó sin líquido epidérmico ostensible.

Del grupo de lesiones comprendidas en el eczema se han separado toda la serie de vesículas de causa externa ó artificial, las afecciones sintomáticas de los hongos parasitarios, el impétigo, la disidrosis, etc. Hoy todavía se incluyen, en el eczema, afecciones cutáneas muy heterogéneas, que las análisis clínica, etiológica y micrográfica distinguirán en una época más ó menos remota.

Por consiguiente, el capítulo del eczema es, por hoy, provisional y está destinado á desmembrarse más tarde. Sin embargo, esperando más detalles, deben continuar incluídas en él varias dermatosis, notables por su frecuencia, marcha crónica, recidivas comunes, polimorfismo de sus lesiones y terreno diatélico en el cual se desarrollan éstas.

DESCRIPCIÓN. — El eczema se divide, por lo general, en agudo y crónico. La mayor parte de los casos incluídos en el primero corresponden á erupciones eczematosas, de causa externa ó artificial, ó constituyen el preludio de lesiones de marcha lenta, que forman el eczema crónico.

Cualquiera que sea su curso, la afección empieza por vesículas pequeñas, agudas ó redondas y llenas de una mínima cantidad de líquido transparente. Estas vesículas tienen á veces una duración tan corta, que se duda de su existencia, y sólo se admite por analogía con otros casos semejantes; rara vez duran algunos días, ó se suceden unas á otras en forma de brotes que se reproducen durante un tiempo que varía en cada caso.

Se rompen espontáneamente, por la presión ó al rascarse los enfermos, dejando después una lesión, que puede considerarse como característica del eczema: consiste en una pérdida de epidermis, de forma redondeada, que parece hecha con un sacabocados, alrededor de la cual no hay engrosamiento alguno en los casos típicos; esta perforación epidérmica, por las pequeñas dimensiones de la vesícula á que es consecutiva, apenas se aprecia con la lente; y se ve mejor después de la caída de las costras que cubren á las superficies eczematosas.

Las perforaciones que suceden á la ruptura de las vesículas pueden cicatrizar con rapidez; se regenera su tejido por formarse una capa epidérmica, que con frecuencia se desprende en escamas pequeñas, blancas ó grises, de adherencia y grosor variables.

No se curan sino después de haber persistido por algún tiempo, durante el cual dan un líquido seroso, pegadizo y que pone la tela como almidonada; este líquido se extiende y seca sobre la piel, formando costras de grosor variable, fáciles de desprender, grises ó amarillas, á veces morenas, por su mezcla con una pequeña cantidad de sangre extravasada. Después que se caen las costras, la epidermis comprendida entre las perforaciones tiene un aspecto liso y brillante, muy especial, que permite apreciar bien las lesiones dérmicas subyacentes.

En el sitio y alrededores de las vesículas y de las perforaciones epidérmicas consecutivas, el dermis es asiento de varias alteraciones: está grueso, infiltrado y duro, cuando el eczema es de antigua fecha, y siempre ofrece un color rojo, de intensidad y matices variables.

A estas lesiones, que constituyen la evolución normal del eczema, se agregan la transformación purulenta del contenido de las vesículas, el desarrollo de pústulas de impétigo ó ectima, el engrosamiento de la epidermis, que en

los sitios que corresponden á aquellos en que el dermis está infiltrado, presenta hendiduras y exfoliaciones más ó menos grandes, sobre todo en los sitios de los pliegues normales de la flexión.

Las lesiones antedichas tienen distinta forma y se extienden por superficies de tamaño variable. Unas veces las vesículas son directas y se diseminan sin orden alguno; con más frecuencia se reúnen en grupos redondos, de progresión centrífuga, que pueden ocupar grandes superficies, formando escudos, en cuya periferia hay diseminados algunos elementos; y rara vez cubren grandes superficies con una erupción continua y uniforme.

La diversidad de formas del conjunto de la erupción se une á la de aspectos de las lesiones para hacer del eczema la más polimórfica de las dermatosis. El polimorfismo se aumenta por la mezcla de las lesiones precedentes en un mismo enfermo, según los individuos y las regiones invadidas.

De esta diversidad de aspecto resulta la multiplicidad de formas, que se ha intentado aislar en la descripción del conjunto del eczema; por la extensión, se han distinguido el eczema generalizado, el localizado y el diseminado; por las formas, el eczema en placas, el nummular y el eczema en red; por el aspecto de las lesiones, el seco ó pitiriásico, el escamoso ó psoriasiforme, el húmedo, el impetiginoso, el liquenoide y el eritematoso ó *rubrum*. Estas divisiones pueden ser multiplicadas indefinidamente, lo que demuestra lo difícil que es dar una descripción completa y precisa de este mal.

Al eczema acompaña un picor más ó menos intenso, sobre todo en los sujetos neuropáticos y en ciertas regiones, como la anal y genital.

Las uñas se alteran en los eczemas crónicos de los dedos, y presentan surcos longitudinales ó transversales, ó depresiones poco profundas.

Las mucosas también son afectas de eczema: las lesiones consisten en rubicundez con erosiones ó úlceras, que suceden á vesículas efímeras.

Con frecuencia, por lo menos en las formas húmedas y costrosas, se alteran los ganglios linfáticos. Cuando las infecciones locales se suman á las lesiones eczematosas, sobre todo, á consecuencia de tratamientos intempestivos ó de varias irritaciones de causa externa, sobrevienen linfangitis y adenitis. La infección puede traspasar el sistema linfático y ser origen de lesiones profundas, y aun mortales, de las vísceras: nefritis, meningitis, etc. Estos casos son extraordinarios y no deben confundirse con las manifestaciones esplánicas de los estados constitucionales, de las que el eczema es un síntoma cutáneo, ni con las lesiones profundas, muy excepcionales, que, en ciertos individuos, suceden á la desaparición muy rápida de un eczema que obraba como emuntorio y derivativo.

El eczema puede ocupar superficies de diversa extensión, á veces la totalidad de un miembro ó una gran parte del tronco. En las regiones pilares coexisten lesiones inflamatorias de los folículos, que modifican el aspecto del mal. En los pliegues de flexión de los miembros, el contacto de dos superficies cutáneas y la acumulación de líquidos dermo-epidérmicos determinan modificaciones en sus caracteres exteriores.

Eczema seborréico. — Unna llama así á una afección, que supone parasitaria, caracterizada por la coexistencia de perturbaciones de la secreción sebácea.

Un estado seborréico del cuero cabelludo precede y acompaña siempre á las otras localizaciones del mal y produce su desarrollo por auto-inoculación: el primero se distingue por la existencia de escamas delgadas y secas, más ó menos gruesas, y en las formas intensas por la de una secreción grasienta, seborréica, acompañada de rubicundez de los tegumentos.

En las regiones lampiñas, el eczema seborréico se manifiesta por lesiones de aspectos muy distintos. El más frecuente y más característico ocupa la región esternal y el espacio interescapular, en forma de círculos, de dimensiones variables, unas veces muy pequeños, otras extensos y reunidos con otros; estos círculos tienen bordes rojos, escamosos ó costrosos y un centro amarillo ó moreno pálido; á los bordes antedichos les rodea una zona de grietecillas epidérmicas. El eczema seborréico de la cara recuerda mucho el acné. El de los miembros forma placas ó escudos redondos, húmedos y costrosos ó escamosos, presentando muy variados aspectos, por lo que algunas veces ofrece grandes dificultades su diagnóstico, particularmente para distinguirlo del psoriasis.

ETIOLOGÍA.— El eczema aparece en todas las edades.

Depende casi constantemente, si no constantemente, de un estado constitucional, que suele ser el linfatismo en la infancia y el reumatismo en las otras edades.

Los trastornos viscerales que engendran dichos estados, ó coinciden con ellos, favorecen sin duda alguna su desarrollo; tales son las diversas afecciones del estómago, hígado y riñón; de un modo general, todos los estados que traen consigo un cambio en la constitución química de la sangre (auto-intoxicaciones de origen alimenticio, exceso de ácido úrico ó de materias extractivas, glucosuria, etc.). Los excesos en la mesa, las trasgresiones del régimen, muy poderosas para provocar el eczema agudo y los brotes agudos en el curso de los eczemas crónicos, entran en esta categoría de causas que obran por las modificaciones que determinan en la constitución de la sangre.

El papel del sistema nervioso parece ser de los más limitados en este caso; las emociones, el cansancio intelectual, etc., intervienen, sin duda, más por las modificaciones que producen en la nutrición que por una acción de orden trofoneurótico.

Los agentes exteriores, como el calor solar, las sustancias irritantes más diversas (en particular las disoluciones de sustancias cáusticas, alcalinas ó ácidas) provocan eczemas al obrar sobre individuos predispuestos por una afección constitucional, así sucede que las erupciones profesionales son origen de verdaderos eczemas.

Los trastornos locales de la circulación, por ejemplo, las varices, favorecen el desarrollo del eczema en los individuos predispuestos.

La forma redonda de gran número de grupos eczematosos y de desarrollo excéntrico hace presumir que es parasitario el origen de cierto número de afecciones incluídas en el eczema; pero hasta ahora no puede presentarse una prueba positiva de esta opinión, defendida por Unna.

Los agentes patogenésicos que existen constantemente en la piel desempeñan un papel importante en la agravación y transformaciones del eczema; pero en la actualidad no está bien conocido.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Las lesiones del eczema consisten, al princi-

pio, en una hiperemia edematosa de la piel (Leloir); pronto les acompañan una infiltración de células emigrantes en el cuerpo mucoso y un edema de la epidermis, que se keratiniza; más tarde sobrevienen lesiones inflamatorias del dermis más profundas, al mismo tiempo que la epidermis es asiento de vesículas y escamas. Las lesiones características del eczema son las de un catarro del tegumento, á la vez seco y húmedo (Leloir), y son más profundas cuanto más antiguo es el eczema. Las glándulas cutáneas se alteran con frecuencia, teniendo proliferadas sus células ó en descamación.

DIAGNÓSTICO. — Requiere la exposición de los caracteres que distinguen al eczema de las demás dermatosis. Se hace cuando se trata de las afecciones que se confunden con él (sarna, tricofitia, impétigo, lupus, ictiosis, eritrasma, psoriasis, disidrosis) y no hay necesidad de repetirlo aquí.

TRATAMIENTO. — El estado constitucional de los enfermos de eczema, las diversas lesiones viscerales que acompañan á éste, y que deben investigarse con cuidado, reclaman un tratamiento, cuyos detalles no pueden indicarse aquí; pero insistimos en que es de necesidad absoluta. Llenando las indicaciones que impone, desaparecen más rápidamente las lesiones y se alejan sus recidivas.

El tratamiento local varía según los períodos y las formas de la enfermedad. Siempre que las lesiones tienen carácter inflamatorio ó presentan una evolución aguda, están indicadas las aplicaciones calmantes ó emolientes: cataplasmas de fécula, compresas de agua almidonada ó de ácido bórico, baños de almidón, pomadas de óxido de zinc ó de subnitrito de bismuto, linimento oleo-calceáreo, etc. En las formas crónicas sirven los mismos medios. Pero en la mayor parte de los casos, hay que recurrir á los medicamentos excitantes y á los reductores, azufre, ácido salicílico, resorcina (que son convenientes, sobre todo, en el eczema seborréico), al naftol y al ácido piroagálico (que son eficaces, en primer término, en los eczemas escamosos psoriasiformes), al aceite de enebro y á las breas, cuya boga ha menguado en estos últimos años. Estas sustancias deben usarse con prudencia y se suspenden cuando sobrevienen fenómenos inflamatorios intensos. Las preparaciones fenicadas y de mentol prestan buenos servicios cuando es muy grande el picor.

La envoltura de tela de cautchuc es el mejor tratamiento de ciertos eczemas.

La medicación termal por las aguas sulfurosas y cloruradas da resultados excelentes en ciertos casos, con la condición de no aplicarla á los eczemas muy irritables.

BIBLIOGRAFÍA: D. Bulkley, *On eczema and its managemet*, New-York, 1884. A. Broca, — Étude clinique sur quelques lésions cutanées des membres variqueux (eczéma, syphilis, ecthyma); *Th. doctorat*, Paris, 1886. — Unna, Das seborrhoische Ekzem; *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1887, t. II, p. 827. — E. Jeanselme, Des dermites et de l'éléphantiasis consécutifs aux ulcérations et à l'eczéma des membres variqueux; *Th. Doctorat*, Paris, 1888. — Unna, Sur l'histologie de l'eczéma séborrhéique; *C. R. du Congrès internat. de dermat.*, Paris, 1889, p. 749. — Du même, On the nature and treatment of eczema; *British Journ. of dermat.*, 1890, p. 231. — Kaposi, *Pathologie et traitement des maladies de la peau*, 2^e édit. franç. par E. Besnier et Doyon, 1891 t. I, p. 648. — Leloir et Vidal, *Traité descriptif des maladies de la peau*. — Paris, 1889-1891, p. 226.

IX

Herpes.

DEFINICIÓN. — Con el nombre de herpes se comprenden las lesiones cutáneas de evolución aguda, que tienen, por carácter común, la presencia de vesículas agrupadas en círculos sobre una base eritematosa.

No se trata, pues, de una dermatosis definida, sino de un grupo de lesiones de caracteres objetivos comunes, que dependen de diversas causas y presentan una evolución variable.

DESCRIPCIÓN GENERAL. — La lesión inicial del herpes consiste en una placa roja un poco prominente, de dimensiones variadas, redonda ú oval, de contornos mal limitados, que se borra por la presión, y cuyo desarrollo va precedido ó acompañado de sensaciones de tensión, quemadura ó picor. En el espacio de algunas horas aparecen, sobre esta placa roja, elevaciones pequeñas epidérmicas, redondas, duras al principio y de color igual al de la placa. Después se acentúan estas prominencias, se elevan sobre la piel, toman un tinte blanco ó gris, adquieren el tamaño de un grano de mijo y se reúnen formando un promontorio de contornos irregulares, en cuyos alrededores permanecen aislados algunos elementos. Todas las vesículas continúan en tal estado, durante dos ó tres días, y después se rompen; su epidermis se arruga y deseca, el líquido que contienen se espesa y forma costras amarillas ó morenas por su mezcla con sangre. Al levantar estas costras, se ve una exulceración que reproduce la forma y agrupamiento irregular (festoneado, con islotes pequeños separados) de las vesículas á que es consecutiva; después se producen las costras, pero son más delgadas y adherentes, no tardan en volver á caerse, dejando al descubierto una epidermis delgada, sobre la cual no vuelve á verse ningún resto de la erupción anterior.

Rara vez, en los individuos que padecen enfermedades infecciosas graves, ó por la influencia de las infecciones locales secundarias, las úlceras consecutivas á las vesículas de herpes profundizan, produciendo hemorragias graves ó siendo el punto de partida de lesiones gangrenosas.

Los ganglios linfáticos correspondientes á la erupción de herpes están siempre tumefactos, indurados y sensibles por la presión.

A veces, el herpes está constituido por una sola placa eritematosa que se hace después vesiculosa. Ordinariamente, muchas placas de diverso tamaño se desarrollan á un tiempo ó en el espacio de algunos días, siguiendo todas igual marcha; ocupan una sola región ó varias de la superficie cutánea, presentándose dispuestas con irregularidad y rara vez con simetría.

Cuando el herpes existe en las mucosas ó en la piel, que está húmeda como éstas, las vesículas son menos ostensibles, se rompen pronto, no producen costras y su existencia se da á conocer sobre todo, si no únicamente, por las úlceras consecutivas, cubiertas de un exudado pseudo-membranoso blanco y adherido, más limitadas y de contorno más claramente policíclico que las úlceras del herpes cutáneo.

ETIOLOGÍA. — Las causas del herpes son múltiples.