

En resumen, las causas hoy conocidas del xantoma son lesión hepática, glucosuria y estados constitucionales capaces de producir una ú otra.

DIAGNÓSTICO. — El xantoma es fácil de reconocer, por su color amarillo especial, habiendo visto algún caso ó una lámina bien pintada. Casi no hay dificultad más que en los casos en que falta la coloración de ciertos elementos y en la forma constituida por tumores, si no se ha cuidado de examinar toda la superficie de los tegumentos.

TRATAMIENTO. — La extirpación es la única manera de tratar el xantoma en forma de tumor. En las otras formas, por excepción hay necesidad de recurrir á la destrucción galvano-cáustica de los elementos.

El tratamiento interno consiste principalmente en el empleo de los alcalinos y en el uso de la trementina preconizada por E. Besnier.

En los glucosúricos, cuyo xantoma sigue más ó menos regularmente la marcha de la glucosuria, se tendrá en la afección cutánea una razón más para prescribir el tratamiento y régimen anti-diabéticos.

BIBLIOGRAFÍA: H. Feulard et L. Wickham, Art. Xanthome du *Dict. encycl. des sciences méd.* (Bibliographie très complète.) — Lehzen et Knauss, Ueber Xanthoma multiplex, tuberosum, mollusciforme; *Virchow's Archiv.*, 1889, p. t. cxvi, p. 1. — Gallemaerts et Bayet, Contribution à l'étude histologique du xanthome; *Mém. de la Soc. belge de microscopie*, 1889, p. 46. — A. Chauffard, Xanthélasma disséminé et symétrique, sans insuffisance hépatique; *Bull. Soc. méd. des hôp.*, 11 oct. 1889, p. 412. — Pollosson, Tumeurs xanthélasmiqnes; *Lyon médical*, 2. mars 1890, p. 311. — Kaposi, Pathol. et traitement des maladies de la peau, 2^e édit, française avec notes de E. Besnier et Doyon, t. II, p. 317 et suiv. — E. Vidal, Xanthélasma multiple, plan et tubéreux, périfolliculaire en plusieurs régions, chez un rhumatisant non glycosurique; *Bullet. Soc. franç. de Dermat.*, 1891, p. 4

XVI

Molusco contagioso.

DEFINICIÓN. — Se llama *molusco contagioso* (Bateman), acné varioliforme (Bazin) ó epiteloma contagioso (Neisser) á una afección de marcha crónica caracterizada por el desarrollo de excrescencias verrugosas, fácilmente enucleables, que se transmiten por contagio.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA. — Al principio, los elementos del molusco están constituidos por pequeños cuerpos globulosos incrustados en la piel ó formando ligera elevación en su superficie, algo transparentes, bastante duros, con un agujero en el centro; á medida que se desarrollan se hacen más salientes, se umbilican en su parte central, lo que les da cierto parecido con una pústula de viruela medio desecada, y al mismo tiempo se hace lobulada la superficie. Al principio son puntiagudos y luego redondos en su parte saliente; por lo común, permanecen siendo sesiles, pero cuando alcanzan cierto volumen se estrecha su base, y la parte más ancha que sobresale se pediculiza. Sus dimensiones varían desde las de un grano de mijo á las de un guisante, á veces alcanzan las de una avellana, y sólo excepcionalmente son mayores todavía, constituyendo verdaderos tumores que exigen el empleo del bisturí. Los elemen-

tos del molusco se enuclean fácilmente por la simple presión: su orificio central da entonces una especie de glomérulo blanco, mamelonado, constituido por cierto número de lóbulos largos, bastante duros, friables y reunidos sobre un tallo común, como los granos de un racimo. No dejan cicatrices, á no ser que adquieran grandes dimensiones.

El molusco contagioso ocupa, por lo común, el cuello, la cara, en particular la frente y los párpados, y en segundo término los órganos genitales, y bastante á menudo la piel del cráneo; los elementos pueden estar diseminados sobre toda la superficie del cuerpo.

La afección dura siempre mucho tiempo y tiene una persistencia casi indefinida, si no se la cuida con regularidad, á no ser que irritaciones repetidas produzcan la supuración de las lesiones y su eliminación.

DIAGNÓSTICO. — El molusco es fácil de reconocer. Sólo por un examen superficial pudiera confundirse con las *verrugas*, de las que se diferencia por la posibilidad de enuclear sus elementos.

El *molluscum pendulum* es una lesión congénita de la categoría de los *nævi*.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — El corte de un tumor de molusco presenta el aspecto de una glándula lobulada. En la periferia de los lóbulos se ven células semejantes á las de la capa profunda del cuerpo mucoso de Malpighi, y en su parte interior hay células que han sufrido la transformación córnea en totalidad ó en parte, mezcladas con otras cuyo protoplasma ha sido en gran parte reemplazado por una masa homogénea, refrigerante, á la que se da el nombre de *corpúsculo de molusco*. Este corpúsculo ha sido considerado por J. Renaut como debido á una transformación córnea incompleta, y por otros como el producto de una degeneración colóidea. Neisser lo considera como una coccidia, es decir, como un parásito de la clase de los esporozoarios, análogo al que Darier ha visto en la psorospermiosis folicular vegetante, y Darier se halla bastante inclinado á esta opinión. Török y Tommasoli han combatido vivamente esta última opinión, sobre la que no parece posible decidirse actualmente de un modo definitivo.

Kaposi, J. Renaut, Leloir y Vidal suponen que el molusco se asienta al principio en las glándulas sebáceas, y es por lo tanto un acné. Por el contrario, Neisser y Stawiale no han podido encontrar huellas de glándulas sebáceas en la periferia de los tumores del molluscum, y lo consideran como lesión simplemente epidérmica, á la que conviene el nombre de epiteloma y no el de acné.

ETIOLOGÍA. — El molusco se observa, por lo común, en la infancia y en la juventud, aunque también puede desarrollarse en cualquier edad.

Contra lo que opina Bazin, no se encuentra especialmente en los sujetos escrofulosos, sino que puede verse en individuos de temperamentos diversos.

Su asiento ordinario en las partes descubiertas, al menos al principio; su desarrollo en muchos niños de una misma familia, colegio (Alittendorf, W. Allen, Tommasoli) ó sala de hospital (Coillault) y su transmisión de un niño á su nodriza (Hardy, Dubois-Havenith) ó á su madre (Caillault) ó de una enferma á la enfermera que la cuida (Hardy, Maurau) prueban bastante su contagio. Retzius, E. Vidal, Haab y Stanziale han llegado á reproducir la enfermedad, inoculando fragmentos de molusco y la falta de

éxito obtenido en tentativas semejantes, hechas por Paterson, Duckworth, Kaposi, Pellizzari y Tommasoli, sólo prueba que la inoculación no da siempre resultados, ó que la transmisión se hace de una manera no conocida todavía; además, la lentitud con que se desenvuelve la enfermedad, ha podido hacer que se consideren como sin éxito experimentos que lo habrían tenido si la observación se hubiese prolongado.

El contagio del molusco está demostrado, pero no se sabe con exactitud cuál es su agente. Los micrococos observados por Majochiv y Angelucci no parecen pertenecerle. La demostración definitiva de la naturaleza parasitaria de los elementos contenidos en los corpúsculos del molusco daría la prueba de que estos son los agentes patógenos.

TRATAMIENTO. — Los diversos tratamientos internos carecen de acción contra el molusco. La tintura de iodo, la pomada de naftol y en general todos los agentes que provocan la descamación epidérmica, pueden bastar para hacerlo desaparecer en los sujetos y regiones de piel más delicada; pero en la mayor parte de los casos hay que recurrir á la extirpación de los tumores, ya sea por presión con las uñas, ó mejor por medio de una cucharilla cortante, seguida de una cauterización ligera con el hierro incandescente ó con el nitrato de plata para cohibir las hemorragias.

BIBLIOGRAFÍA: Vidal et Leloir, *Traité descriptif des maladies de la peau*; Paris, 1889, p. 30.—Maurau, *Du molluscum contagiosum envisagé comme maladie parasitaire*; Th. de doctorat; Paris, 1888-1889.—Darier, *Des psorospermes cutanées*; Congrès internat. de Dermat. et de Syph., Paris, 1889; *Compte rendu*, p. 390.—Török et Tommasoli, *Contributo allo studio della natura dello cosi detto epitelioma contagioso*; *Riforma medica*, 12 et 13 août 1889, p. 1118, 1124.—Stanziale, *Contributo allo studio del mollusco contagioso di Bateman*; *Giorn. Internaz. delle scienze mediche*, 1890, p. 321.

XVII

Acné.

DEFINICIÓN. — Se conoce con el nombre de acné una serie de afecciones, á las cuales caracteriza la retención del producto segregado por las glándulas sebáceas ó bien la flegmasia de estas glándulas ó de los tejidos adyacentes.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA. — El acné tiene aspectos muy variados; pero la coincidencia habitual de muchas formas clínicas en un mismo enfermo demuestra que éstas pertenecen á un sólo estado morboso.

Cualquiera que sea la forma del acné, aparece siempre en las regiones más ricas en glándulas sebáceas, como son: la cara, especialmente la nariz y carrillos, la frente, el pabellón del oído, la nuca, el esternón y la espalda. En todos estos sitios, la piel está brillante por la grasa que da la gran cantidad de secreción sebácea que existe.

La forma más sencilla está constituida por la retención, en las glándulas sebáceas, del producto que segregan más ó menos alterado, formando en la superficie cutánea unas manchas negras, puntiformes, que descansan sobre una base un poco saliente; la presión hace saltar estos puntos negros y obliga á

salir fuera de la piel una materia espesa, blanco-grisácea, que se enuclea en forma de gusanillo blanco con cabeza negra; este barro se halla formado de materias grasas, encierra un parásito especial (*acarus folliculorum* ó *demodex folliculorum*) y cuando sale, deja al descubierto el orificio folicular, por lo común dilatado. Dicha forma es la conocida con el nombre de *acné puntuado*, que acompaña casi siempre á las otras formas.

El *acné simple* ó *acné pustuloso* forma una elevación papulosa, rodeada de una zona estrecha y roja y con una pustulilla en su vértice, la cual se rompe fácilmente por la presión.

En el *acné indurado* la elevación es mayor, la base se indura y es asiento de una induración más extensa y roja que en la forma anterior; cuando la pústula se evacúa comprimiéndola, queda una dureza muy ostensible, á la cual sucede una cicatriz marcada y persistente. Los elementos son muy numerosos, á veces de gran volumen, pueden ocupar grandes superficies de la cara ó espalda, se encuentran mezclados con cicatrices y con barros y constituyen una verdadera enfermedad desesperante por su tenacidad y las deformidades que produce. Las lesiones del acné indurado tienen dimensiones que varían desde las de un grano de cebada ó de lenteja hasta las de un guisante grande ó de una avellana; suelen estar rodeadas de una zona inflamatoria extensa y van acompañadas de supuración de las capas profundas del dermis y del tejido subcutáneo, dando lugar al *acné flegmonoso*.

Con el nombre de *acné rosáceo*, ó de *caparrosa*, ó de *acné eritematoso* (E. Besnier), se conoce una afección que casi siempre se presenta en la cara. En ella aparecen pústulas de acné, unas veces bastante voluminosas, otras muy pequeñas, y tan diminutas en ocasiones, que pasan inadvertidas; descansan sobre una superficie roja, cuyo color es debido á dilataciones vasculares, que desaparecen por la presión en las formas leves; en los grados más avanzados, existen verdaderas varices dérmicas, y entonces la presión atenúa el color rojo sin hacerlo desaparecer. Cuando las lesiones son antiguas y muy exageradas, se dilatan los orificios de los folículos sebáceos, además se engruesa la piel; en algunos sitios, como la nariz, llega á adquirir un grosor considerable y dobla ó triplica las dimensiones del órgano, forma arrugas blandas, que deforman la región, y constituyen lo que se llama *rinofima*, *acné hipertrófico* y *acné elefantásico*.

Ciertas formas de acné difieren de las descritas precedentemente y merecen mención especial; tales son las que tienen su asiento en las regiones pilosas.

En éstas, y especialmente en la nuca, el acné puede ser origen de tumores duros, á veces voluminosos, aglomerados en masas de formas variadas, algunas veces muy dolorosos, los cuales se conocen con el nombre de *acné queiloidiano* y se ven rara vez.

Más frecuente es otra variedad que ha recibido varios nombres: por su asiento, *acné pilar* (Bazin); por el aspecto de sus cicatrices, *acné varioliforme* (Hebra, Kaposi), *acné de cicatrices deprimidas* (Bésnier); por su proceso, *acné necrótico* (C. Boeck); *acné rodens* (Leloir y Vidal); *uleritema acneiforme* (Unna).

Es preciso colocar al lado de la forma precedente el *acné decalvante* de Lailier, que da lugar á la formación de islotes alopécicos cicatriciales, precedidos

de pústulas que se desarrollan en una zona roja; esta afección descrita todavía con el nombre de foliculitis decalvante (Quinquand y Brocq) ocupa el cuero cabelludo ó la barba.

Conviene incluir también en la clase de los acné la mayor parte de las lesiones conocidas, en estos últimos años, con los nombres de foliculitis y perifoliculitis, caracterizadas por la existencia de pústulas discretas ó diseminadas, como en la forma á la cual Barthélemy llama *acnitis*, ó aglomeradas en medallones más ó menos extensos, de color rojo ó violado, salientes, perforados por orificios múltiples, á través de los cuales salen gotitas de pus, como en los casos estudiados por Leloir y Pallier.

Hardy denomina *acné córneo* á una afección en que existen elevaciones amarillentas, grises ó negras, agudas, que producen al tacto la sensación de una escofina ó un cepillo y ocupan las distintas regiones del cuerpo y forman tumorcillos aislados ó reunidos en grupos.

La afección descrita por Lutz, y denominada hipertrofia general del sistema sebáceo, debe ser incluída también entre los acnés. Está formada (Lutz, Thibault) por eminencias duras, planas ó cónicas, aisladas ó reunidas en placas extensas y acompañadas de secreción sebácea abundante. Las lesiones consisten en tapones intrafoliculares de células córneas que encierran elementos, cuyos caracteres son los de los psorospermas, como ha demostrado J. Davier, que le da el nombre de *psorospermosis folicular vegetante*.

PRONÓSTICO. — Es grave el acné, por resistirse á los diversos tratamientos, por sus recidivas tenaces y las cicatrices y deformidades consecutivas. Sin embargo, en muchos casos la enfermedad desaparece espontáneamente, al cabo de algunos años, sin dejar restos, como ocurre á los jóvenes que padecen acné puntuado ó las variedades leves de acné pustuloso.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Las lesiones del acné puntuado son muy sencillas y consisten únicamente en la distensión de la glándula, la cual contiene una masa de materia sebácea, alterada, á la que rodea una especie de manguito de células epidérmicas córneas; los elementos de la glándula están aplastados con frecuencia y su orificio y conducto excretor se encuentran dilatados.

En las otras formas de acné las lesiones son más complejas, y consisten en una inflamación de los elementos de la glándula sebácea y del folículo pilo-sebáceo, acompañada de alteraciones también inflamatorias y supurantes de los tejidos periféricos (perifoliculitis), ó con más exactitud, la perifoliculitis es primitiva, y secundariamente aparecen lesiones intrafoliculares. Vidal y Leloir han demostrado, en el acné pustuloso, la existencia de una supuración periglandular cuando aún no había lesiones de la glándula sebácea y del folículo piloso.

En el acné rosáceo, la lesión primitiva es una congestión vascular, que se manifiesta sobre todo en los vasos profundos de la piel; pero aquella va seguida de infiltración de células linfáticas alrededor de los vasos y de los folículos pilo-sebáceos; la inflamación perifolicular se propaga á la glándula, y á su vez la lesión glandular influye sobre los vasos, haciendo que su congestión sea más intensa y persistente; hay, pues, un círculo vicioso (Vidal y Leloir) que hace que la afección sea muy tenaz. En las formas hipertróficas, la piel está

infiltrada de células embrionarias, que forman manguitos alrededor de los vasos; en algunos sitios hay lesiones esclerósicas, que han hecho que se considere como fibroma esta afección (Le Dentu), y con frecuencia se ven grandes dilataciones de los vasos linfáticos (Vidal y Leloir).

Boeck, que ha estudiado bien el acné pilar atrófico, demostró que se encuentra formado por hiperplasia de la totalidad de la epidermis, principalmente de la vaina externa de la raíz del pelo, sin aumento sensible del volumen de las glándulas sebáceas, pero con necrosis de la parte adyacente del dermis: en una palabra, hay perifoliculitis necrosante con foliculitis, pero no se conoce la causa de esta necrosis.

El acné que loideo resulta de la adición de un tejido que loide á una perifoliculitis supurada (W. Dubreuilh).

En estas diversas formas, lo mismo que en las denominadas más especialmente foliculitis y perifoliculitis, la flogosis perifolicular se manifiesta por la infiltración de células embrionarias, tanto más aproximadas entre sí cuanto más cerca están del folículo pilo-sebáceo, y se manifiesta también con frecuencia por un cúmulo de leucocitos, que se reúnen, por punto general, á lo largo del conducto excretor y rodean el fondo del folículo; las células epitelicas de las glándulas sebáceas proliferan, se caen, formando escamas, y en el interior de la glándula se mezclan con los productos de secreción y supuración que invade á aquella.

ETIOLOGÍA. — Las formas de acné, en su mayor parte, son propias de la juventud, y sobre todo, de la adolescencia; se desarrollan, en primer término, en los jóvenes linfáticos de ambos sexos, y se recrudecen por primavera.

El acné rosáceo es más especial de los individuos mayores de treinta á treinta y cinco años; es muy frecuente en los alcohólicos, sobre todo en aquellos á quienes su profesión obliga á vivir al aire libre, pero puede observarse en los individuos sobrios.

El acné pilar necrótico empieza hacia la edad de veinticinco á treinta años, y se observa en los reumáticos (Bazin).

Dos condiciones dominan la etiología del acné considerado en general.

Una de ellas se refiere á los trastornos digestivos, englobados en el antiguo nombre de dispepsia, y ordinariamente sintomáticos de la dilatación del estómago: el profesor Bouchard ha demostrado la influencia que ésta tiene en la producción del acné, y Barthélemy ha insistido en la misma idea.

Por otra parte, los trastornos menstruales, ó mejor los utero-ováricos, tienen una influencia innegable: la mayor parte de las mujeres enfermas de acné rosáceo padecen dismenorrea ó de metritis; en algunas se renueva en cada embarazo la afección, ofreciendo mucha intensidad; en otras, no se manifiesta hasta la menopausia.

Por las modificaciones que estas diferentes causas imprimen á la composición de la sangre y á la circulación cutánea de la cara, las glándulas sebáceas tienen poca resistencia y se hallan expuestas, más directamente que en estado normal, á los ataques de los agentes patógenos comunes, que son verosímilmente la causa de las supuraciones endo y perifoliculares.

Las diversas sustancias irritantes empleadas como medicamentos (aceite de enebro, brea, bencina), ó que sirven en la industria (aceites grasos, alqui-

tran, etc.), alterando la secreción sebácea ú obstruyendo el orificio de las glándulas sebáceas, pueden dar origen á formas especiales de acné.

Las preparaciones de iodo y bromo, cuando se usan por mucho tiempo, producen acnés, que con frecuencia son graves. Las lesiones del acné brómico tienen muchas veces un aspecto papilomatoso especial después de la abertura de las pústulas. Los trastornos digestivos provocados por estas substancias influyen sin duda sobre el desarrollo de esta forma, pues, según Féré, la antisepsia intestinal lo contiene.

DIAGNÓSTICO. — El acné es casi siempre fácil de diagnosticar.

El acné pustuloso se asemeja algunas veces á la *viruela* por sus lesiones; pero difiere de ella por su marcha lenta y la falta de fenómenos generales.

El acné rosáceo puede confundirse con el *lupus eritematoso* (acné atrófico de Chausit); pero éste se distingue por sus bordes bien limitados, las escamas adherentes que hay en la periferia y las cicatrices de la parte central.

El acné pilar necrótico se diferencia de las *sifilides pápulo-pustulosas* por su casi exclusivo asiento en el borde del cuero cabelludo, lo superficiales que son las cicatrices consecutivas, y la curación fácil por medios exclusivamente locales.

El acné decalvante difiere de la *tiña pelona* por la presencia de elementos eritemato-pustulosos, por la forma irregular y aspecto cicatricial de las placas alopécicas; y de la *tiña favosa* por su duración menor, su forma menos regular, la existencia de pústulas y la falta de elevaciones favosas.

La *sicosis* se distingue del acné por la mayor duración de cada uno de sus elementos, que ofrecen la forma de tubérculos y que, al ser comprimidos, no dan pus, como el acné pustuloso.

TRATAMIENTO. — El acné es, por lo común, de una tenacidad desesperante y de una gran resistencia á los remedios empleados contra él. Exceptúase el acné pilar necrótico, que se cura con facilidad por medio de un tratamiento local emoliente (duchas de vapor); pero recidiva con mucha facilidad.

Además del tratamiento interno, que se dirige contra la causa (gastropatía, histeropatía, etc.); además del uso de los tónicos, indicados muchas veces por el estado constitucional de los enfermos; del empleo de los medicamentos vasoconstrictores (percloruro de hierro, cornezuelo de centeno, hamamelis virgínica) en el acné rosáceo; de un régimen regular, del que se excluyen las grasas y las bebidas excitantes, se debe recurrir, sobre todo, á un tratamiento local.

Las aplicaciones calientes, los medicamentos sulfurosos en forma de aguas minerales ó de lociones azufradas y alcoholizadas, el ictiol, preconizado por Unna, prestan señalados servicios; pero necesitan ser manejados con prudencia, para evitar brotes irritantes muy considerables, que agravarían el estado de los enfermos.

La extracción de los barros por la presión de los dedos ó por medio de instrumentos especiales, la abertura de las pústulas, en el acné pustuloso, con un bisturí estrecho ó con una aguja de escarificar ó con la punta termo ó galvanocáustica, son necesarios en ciertos casos rebeldes y en las formas intensas de acné pustuloso. En el acné rosáceo, las escarificaciones lineales producen rá-

pidamente una gran mejoría; pero en las formas hipertróficas (rinofima) del acné de la nariz es necesaria la enucleación para remediar las deformaciones.

BIBLIOGRAFÍA: Leloir et Vidal, *Traité descriptif des maladies de la peau*; Paris, 1889; Art. Acné.—Boeck, Ueber Acne frontalis seu necrotica; *Arch. f. Dermat. und Syph.*, 1889, n° 1, p. 37.—Le Dentu, Quatre cas de fibromes tubéreux du nez; *Bull. Soc. chir.*, t. XIV, p. 786.—Barthélemy, Étiologie et traitement de l'acné; *C. R. du Congrès intern. de Dermat. de Paris*, 1889, p. 112.—De l'acnitis ou d'une variété spéciale de folliculites et périfolliculites généralisées et disséminées; *Annales de Dermat.*, 1891, p. 1.—Kaposi, *Pathol. et traitement des maladies de la peau*, 2^e édit. franç., avec notes de Besnier et Doyon, t. 1, p. 735 et 773.

XVIII

Trastornos de la secreción del sudor.

HIPERIDROSIS

Se llama *hiperidrosis* á la secreción exagerada del sudor.

La hiperidrosis generalizada se presenta en varios estados morbosos: en las enfermedades agudas, en el curso de ellas, como fenómeno crítico y durante la convalecencia; en las enfermedades crónicas, como síntoma de la caquexia y como terminación de las accesiones de fiebre que aparecen en el curso de aquéllas.

La hiperidrosis localizada (*efidrosis*) por lo general depende de una alteración del sistema nervioso central (mielopatías en general y en particular, siringomielia) ó periférico (neuritis, neuralgias, traumatismos de los nervios, etc.).

A la hiperidrosis acompaña, á veces, un olor fétido del sudor (*bromidrosis*), que es raro en la hiperidrosis generalizada y muy común en la localizada en la región axilar y en la plantar, y parece debido á una fermentación de origen microbico (Thin).

La hiperidrosis generalizada reclama un TRATAMIENTO tónico, al cual puede asociarse el uso de la belladona, atropina, tanino, agárico, para hacer que cesen los flujos de sudor. La abundancia de éstos puede disminuir mediante el empleo de polvos inertes mezclados con una pequeña cantidad de ácido salicílico.

Los mismos medios pueden producir buen resultado en las hiperidrosis localizadas. Pero en las palmares y plantares, con ó sin bromidrosis, es necesario recurrir, en primer término, á los medios locales; debe procurarse que haya una limpieza absoluta en la región y se puede lavar con percloruro de hierro, permanganato de potasa, acetato de plomo y tanino ó espolvorear con substancias inertes mezcladas con ácido salicílico ó naftol, etc.