

en cuenta, deberá, en las formas graves, distanciar y aun interrumpir las pesadas cuando el efecto moral que produzcan pueda ejercer una perniciosa influencia sobre la marcha de la enfermedad.

No hay duda que las pesadas metódicas deben intervenir en todos los estados caquéticos en que se propone, con probabilidades de éxito, aumentar la nutrición (clorosis, caquexia palúdica, enfermedad de Addison, anorexia histérica, neurastenia, etc.).

Véanse, como indicación, las tablas de Quételet, que demuestran la relación del peso con la talla en el adulto y la media de la talla y del peso en las diferentes edades:

I. PESO DE UN ADULTO SEGÚN SU TALLA

1m,50.	52 kilogramos
1 55.	54 —
1 60.	60 —
1 65.	64 —
1 70.	67 —
1 75.	73 —
1 80.	79 —
1 85.	83 —
1 90.	88 —

II. MEDIAS DE LA TALLA Y DEL PESO EN LAS DIFERENTES EDADES

Edad	Hombres		Mujeres	
	Talla	Peso	Talla	Peso
Recién nacido..	0m,500	3k,20	0m,490	2k,91
1 año.	0 698	9 45	0 690	8 79
3 años.	0 864	12 47	0 852	11 79
5 —	0 988	15 67	0 974	14 36
10 —	1 275	24 52	1 248	23 52
15 —	1 546	43 62	1 499	40 39
20 —	1 674	60 06	1 572	52 28
25 —	1 680	62 93	1 577	53 28
30 —	1 684	63 65	1 577	54 33
40 —	1 684	63 67	1 579	55 23
50 —	1 674	63 46	1 536	56 16
60 —	1 639	62 94	1 516	54 30
70 —	1 623	59 52	1 514	51 51

A. SALLARD.

TERCERA PARTE

EXAMEN DE LA PIEL

Y SUS DEPENDENCIAS

La introducción natural al capítulo de semiótica que vamos á describir debería consistir en el estudio de la piel normal, de sus múltiples aspectos y de sus funciones. Sin embargo, no entraremos en este examen cuyos elementos encontrará el lector en todos los tratados de anatomía y de fisiología, pero debemos advertir que una exposición didáctica no puede en ningún modo dispensar de un examen hecho en el vivo, porque la piel ofrece tales diferencias según la edad, el sexo y la raza del individuo, que la descripción más exacta no puede abarcar sus infinitas variedades.

Supongamos, pues, previamente hecho este estudio y limitémonos á resumir en las dos proposiciones siguientes las nociones fundamentales que dominan toda la fisiología y la patología cutáneas:

1.º La piel no constituye un simple *involucrum* como el caparazón de ciertos animales. Además del papel de protector que desempeña, tiene otras dos funciones: es á la vez un órgano de secreción y de sensibilidad especial;

2.º Los vasos y los nervios que se distribuyen por los tegumentos establecen relaciones íntimas entre la superficie cutánea y el resto del organismo. Consecuencia de esto, la patología general puede reportar gran provecho del conocimiento de las dermatosis.

MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

La mayor parte de los órganos, encerrados en la profundidad de las cavidades viscerales, no pueden ser objeto de una exploración directa. Para obtener nociones exactas de su estado de salud ó enfermedad, es necesario recurrir á procedimientos de investigación más ó menos compli-

cados. Nada, por el contrario, separa la superficie cutánea del ojo del observador; éste puede hacer por lo mismo y sin ninguna dificultad la anatomía macroscópica de la lesión situada al descubierto, analizar sus caracteres objetivos y seguir su progreso ó declinación.

La inspección no debe limitarse á las regiones directamente accesibles á la vista; debe recaer igualmente sobre el revestimiento cutáneo-mucoso de las cavidades naturales. Los demás sentidos, y en particular el tacto, deben también ponerse á contribución para comprobar y completar los datos adquiridos por la vista. Y, como el poder de penetración de nuestros sentidos es limitado, debe recurrirse á aparatos especiales como la lente y el microscopio para aumentar el campo de las investigaciones.

En algunos casos, aunque bastante raros, ciertas reacciones químicas de uso corriente pueden proporcionar datos de provecho para el diagnóstico ó el pronóstico de las dermatosis.

La inoculación, que tan escasamente usaba antes el médico, ha tomado, desde hace unos diez años, un lugar considerable, por no decir preponderante, en la semiología cutánea.

El examen completo de un enfermo debe, pues, comprender las cuatro operaciones siguientes:

- A. Examen clínico de la piel y sus anexos;
- B. Estudio histo-bacteriológico;
- C. Análisis químico de las secreciones y de las excreciones;
- D. Investigaciones experimentales.

Examen clínico de la piel y sus anexos. — Todo individuo, cualquiera que sea su sexo, debe ser examinado lo más completamente posible; nos atreveríamos á decir: *a capite ad calcem*. No seguir esta regla es exponerse á muchas omisiones en la práctica. Por otra parte, el enfermo acepta de buen grado este examen si el médico lo practica con tacto y delicadeza.

a. *Datos que proporciona la vista.* — Para hacer un diagnóstico dermatológico es condición indispensable disponer de buena iluminación. La luz solar es preferible á cualquier otra, porque hay coloraciones anormales de la piel, entre otras la de la ictericia, que fácilmente pasan desapercibidas con la luz artificial. Siempre que sea posible, el médico colocará al enfermo que deba examinar delante de una ventana, examinando sucesivamente todas las regiones de la piel, para lo cual las irá exponiendo en plena luz á medida que vaya observándolas. Hay erupciones que se notan mejor examinándolas á distancia, apartándose el médico algo del enfermo. Otras, por el contrario, deben ser examinadas de muy cerca

y junto á la luz. No podemos hacer más que señalar estos distintos modos de exploración, porque sólo la práctica puede decirnos cuál de los medios es el mejor para un caso determinado.

Muchas veces es necesario combinar los datos recogidos por la vista con los que puede proporcionarnos el tacto. Así, por ejemplo, ciertas manchas desaparecen bajo la presión del dedo, mientras que otras persisten sin sufrir modificación alguna. Este signo, fácil de reconocer, establece á la vez una división muy simple é importante entre las máculas congestivas y las pigmentarias.

A veces una manifestación eruptiva, todavía muy poco marcada para ser visible, puede evidenciarse mejor provocando ligeras irritaciones cutáneas. Así, cuando el médico espera la aparición de una roseola para afirmar la existencia de una sífilis, provoca á veces la erupción con baños sulfurosos ó con fricciones en los costados. Igualmente en los individuos predispuestos á la urticaria ó al dermatografismo, basta ejercer una ligera presión en la piel ó rayarla con la uña para que aparezca en el punto irritado un brote eruptivo.

Por la vista, asociada ó no al tacto, el observador recoge datos bastante precisos para hacer el diagnóstico de la mayor parte de las enfermedades cutáneas. Con una simple ojeada se pueden muchas veces recoger grandes indicios, por ejemplo, los rasguños de las uñas al rascar, ó comprobar trastornos de la secreción cutánea, particularmente el estado grasiento y brillante de la piel que caracteriza la seborrea.

Tanto en medicina general como en dermatología el examen atento de la piel puede prestar grandes servicios.

Los trastornos de la circulación cutánea, como la cianosis, la eritrodermia y el síncope local, las melanodermias, el tinte caquético de los cancerosos, de los saturninos, de los palúdicos y de las cloróticas, son signos reveladores que guían al clínico por el camino del diagnóstico.

De todos los estados morbosos que pueden modificar el color de la piel, la *ictericia* es sin duda alguna el más importante. Para reconocer una ictericia fugaz y pasajera, debe examinarse atentamente la conjuntiva bulbar, el suelo de la boca ó la mucosa sublingual, regiones en que la coloración anómala aparece en primer lugar y persiste después que la piel ha eliminado los pigmentos biliares. Pero, por lo general, el diagnóstico no ofrece ninguna dificultad, porque los tegumentos impregnados de bilis toman un tinte amarillo de azufre ó amarillo de oro, que en las ictericias de larga duración puede llegar gradualmente al verde obs-

curo (ictericia negra), y la orina de color rojo caoba da la reacción de Gmelin.

b. *Datos proporcionados por el tacto.* — No solamente constituye este sentido un buen auxiliar de la vista, como acabamos de decir, sino que hay algunos datos de importancia que sólo pueden recogerse con su auxilio. Cuando se usa este medio de exploración, precisa cierta ligereza de mano, porque con una presión demasiado considerable disminuye la sensibilidad de las papilas nerviosas, y por tanto la finura del tacto. La fisiología, acorde con la clínica, nos enseña que las sensaciones táctiles deben recogerse con el pulpejo de los dedos, mientras que las sensaciones térmicas deben serlo con el dorso de la mano.

El tacto permite apreciar el espesor del dermis, su consistencia, su finura y elasticidad. Basta ejercer con el pulpejo de los dedos una presión lenta y gradual sobre una región edematosa para determinar el signo patognomónico llamado *fóvea*. Esta depresión, que persiste por un tiempo variable, se obtiene fácilmente cuando se comprime la piel infiltrada contra un plano resistente, como la cara interna de la tibia. Por el tacto se conocen también la induración y la retractilidad de la piel en la esclerodermia, su engrosamiento en el mixoedema y su estado rugoso en la ictiosis.

Los diversos procedimientos de exploración clínica derivados del tacto son muy numerosos. Nos limitaremos á mencionar los siguientes: por tracciones hechas con los dedos ó con una pinza, se conoce si los cabellos son friables y frágiles; por la exploración digital se encuentra la hipertrofia moniliforme de los nervios, signo patognomónico de la lepra; por la palpación se viene en conocimiento también de la participación que toman los vasos linfáticos en las dermatosis; finalmente, por medios derivados del tacto se descubren los trastornos de la sensibilidad cutánea.

c. *Datos que se obtienen por el olfato.* — Raras veces puede hacerse uso en dermatología de los datos proporcionados por este sentido. Sin embargo, algunos olores característicos, como el del favus, el de la pitiriasis, el de los sudores fétidos, el del ozena y el de las placas mucosas, pueden llamar la atención del clínico y hacerle descubrir una afección cuya existencia no sospechaba.

d. *Datos recogidos por el oído.* — Toda vez que muchas afecciones cutáneas son localizaciones de estados generales diatésicos, de infecciones ó de intoxicaciones, no debe el dermatólogo descuidar el examen de los órganos internos. Deberá, por lo tanto, recurrir con frecuencia á la auscultación.

Los caracteres objetivos recogidos por los órganos de los sentidos nos dan á conocer el número, la forma y las dimensiones de los elementos eruptivos, su topografía, manera de agruparse y su estado seco ó húmedo.

Un observador ejercitado no tiene muchas veces necesidad de llevar muy adelante sus investigaciones. Bástales un somero examen para establecer un diagnóstico de eczema ó de psoriasis, por ejemplo. Cuando al solo golpe de vista no pueden recogerse más que presunciones y no una certeza, debe examinarse más de cerca la placa eruptiva para descubrir la lesión inicial ó primaria. Como ésta no es característica más que durante las primeras fases de su desarrollo y va alterándose á medida que envejece, el análisis debe recaer con preferencia sobre los elementos más jóvenes; y así, por regla general, es preferible dirigirse á los elementos aislados mejor que á los confluentes, y si la observación debe hacerse forzosamente en placas extensas, como éstas crecen ordinariamente por progresión excéntrica, debe examinarse con mayor cuidado el ribete periférico.

Como último análisis, el número de *lesiones cutáneas elementales* es bastante limitado; generalmente se cuentan á lo más de seis á ocho especies: Son éstas:

- 1.º La *mancha ó mácula*, coloración anormal de la piel limitada á una región circunscrita;
- 2.º La *pápula*, infiltración situada en la capa superficial ó papilar del corion;
- 3.º El *tubérculo*, nudosidad desarrollada en la capa profunda del dermis ó en el hipodermis;
- 4.º La *vesícula*, pequeña colección de líquido claro, situada intraepidérmicamente, que levanta la capa córnea;
- 5.º La *ampolla*, elemento que sólo difiere de la vesícula por sus mayores dimensiones;
- 6.º La *pústula*, pequeña cavidad llena de pus, situada en el espesor del epidermis.

Estas alteraciones primarias dejan consecutivamente modificaciones secundarias, de las que son las más importantes: la *ulceración* y sus variedades, la *escoriación* y las *grietas*; las *costras*; las *escamas*; las *cicatrices* y las *pigmentaciones* consecutivas.

Resulta muchas veces difícil relacionar estas alteraciones secundarias con su verdadero origen; para determinar la lesión inicial, es necesario con frecuencia seguir el elemento dermatológico en sus transformaciones sucesivas.

Los *órganos de los sentidos* y las *cavidades naturales* cubiertas por la piel, deben explorarse siempre con instrumentos adecuados, sea para establecer, sea para completar el diagnóstico.

Basta levantar el ala de la nariz, para descubrir un chancro infectante de las fosas nasales, una ulceración lámparo-muermosa de la región vestibular, una perforación en el tabique originada por un lupus, por un goma sífilítico ó por una rinitis leprosa. Deben examinarse todos los departamentos de la cavidad bucal, porque pueden encontrarse en ellos manifestaciones, como una placa mucosa ó una perforación del velo del paladar, que pueden dar la clave del diagnóstico. El examen de la laringe, de los aparatos visual ó auditivo, practicado por especialistas hábiles, puede proporcionar importantes elementos de apreciación, sobre todo cuando se trata de diferenciar las manifestaciones similares de la tuberculosis, de la sífilis y de la lepra. Los órganos génito-urinarios deben también examinarse con cuidado, porque las mucosas vulvo-vaginal y ano-rectal, el útero y sus anexos, el testículo, la próstata y las vesículas seminales, la vejiga y el riñón, sufren frecuentemente alteraciones cuya causa es la sífilis, la tuberculosis ó la blenorragia.

El estudio detenido de los *estigmas permanentes* y de las *cicatrices* que hayan dejado enfermedades anteriores puede ser un gran recurso para fijar en el acto la naturaleza de una dermatosis. Gracias á estos vestigios, que el médico debe saber descifrar bien, puede reconstruirse el pasado morboso de un enfermo.

Así, por ejemplo, la triada de Hutchinson, que está constituida por la queratitis intersticial, los trastornos del oído y las deformaciones dentarias, las deformaciones del esqueleto conocidas con el nombre de cráneo natiforme, nariz remangada y tibia en hoja de sable, las cicatrices consecutivas á grietas de los labios y del ano, la atrofia testicular, son otros tantos signos de la sífilis hereditaria.

Igualmente los tumores fríos, las cicatrices adherentes á los huesos y á las articulaciones, la desviación vertebral del mal de Pott, la otorrea crónica sintomática de la caries del peñasco, la queratitis ulcerosa, son signos que revelan la escrófulo-tuberculosis.

La falta de las pestañas, las cicatrices superficiales, lisas y marcadas de los codos y de las rodillas, las epístaxis frecuentes, la rinitis y el hundimiento de la nariz, las alteraciones oculares y testiculares, el abultamiento moniliforme de los nervios cubitales, y, finalmente, la anestesia en islotes á nivel de las manchas hipererómicas, ó dispuesta simétricamente en los extremos de los miembros, son indicios con los cuales puede cono-

cerse la lepra en los periodos de descanso que separan los brotes eruptivos¹.

Examen histo-bacteriológico. — Este examen comprende dos clases de investigación: una da resultados extemporáneos y no exige, de parte del que la practica, ninguna habilidad técnica especial; la otra requiere un material y manipulaciones complicadas: únicamente puede practicarla el que posee el hábito del laboratorio.

INVESTIGACIÓN DE LOS PARÁSITOS. — Nada más fácil que aislar el *sarcopto de la sarna* y examinarlo al microscopio. El surco, que es la lesión característica, es una galería sinuosa excavada oblicuamente en el epidermis por el ácaro hembra. El extremo profundo de este túnel termina en fondo de saco en la red mucosa y se reconoce por una eminencia redondeada, la eminencia acárica. Basta hundir, en la base de esta vesícula, una aguja ó la hoja de un escarificador, para extraer el parásito en forma de una pequeña masa blanca. Un corto aumento microscópico, ó sencillamente la lente, basta para distinguir los principales detalles de estructura del ácaro.

El examen de los cabellos, en la *tiña tonsurante*, no ofrece grandes dificultades. Con una pinza de bocados lisos, previamente flameada, se arrancan algunos cabellos débiles, de aspecto grisáceo y pulverulento, y se colocan sobre una lámina de vidrio con algunas gotas de una solución de potasa al 40 por 100. Se calienta en seguida esta lámina sobre una llama corta y se suspende la calefacción en cuanto empieza á hervir la solución de potasa. Con una aguja se van retirando uno á uno los cabellos para llevarlos á un cristalizador lleno de agua destilada. En pocos minutos quedan libres de los cristales de potasa; se extraen con la misma aguja y se colocan separadamente en una gota de glicerina depositada sobre un porta-objetos.

Para conservar las preparaciones de los cabellos tricofíticos, es preciso teñirlas. Después de haberlas desgrasado con éter, se tratan con el azul policromo de Unna ó con la tionina y se montan en el bálsamo (Sabouraud).

Estos métodos, sumamente sencillos, permiten distinguir las distintas especies de tiña tonsurante, de las que las principales son debidas al *trichophyton de gran espora* ó *ectothrix* y al *trichophyton de pequeño espora* ó

¹ Algunas cicatrices tienen un aspecto bastante característico, que permite reconocer fácilmente la lesión original que las ha ocasionado. Tales son las cicatrices del favus, del clavo de Biskra, de la viruela, de la vacuna y del zona.

Es conveniente saber reconocer las señales que deja la aplicación de los revulsivos (vejigatorio supurado, puntos de fuego, ventosas escarificadas, sanguijuelas), para no confundirlas con las cicatrices patológicas.