

SEMILOGÍA DE LAS ALTERACIONES DE LA PIEL Y DE SUS DEPENDENCIAS

Después de haber enumerado los diversos medios de investigación de que dispone el dermatólogo para llevar á buen término sus indagaciones, conviene exponer brevemente el método que es necesario seguir para coordinar los datos adquiridos y deducir de ellos el diagnóstico, el pronóstico y las indicaciones terapéuticas.

Una noción domina por completo este estudio de semiótica: es la patogenia. Pero las causas de las afecciones cutáneas son, en su mayor parte, muy oscuras, pues las doctrinas pasteurianas que han formado casi todas las ramas de la medicina, aún no han vivificado y rejuvenecido la nosografía dermatológica; así es que, á la hora presente, es muy difícil concebir una clasificación natural de las dermatosis. El cuadro puesto á continuación deberá, pues, ser modificado á medida que nuestros conocimientos vayan siendo más precisos: no tiene otra pretensión que la de servir de guía en la investigación del diagnóstico etiológico.

Cualquiera que sea su naturaleza, el agente nocivo productor de una dermatosis ataca á la piel, ya por su cara libre, ya por su cara profunda. De aquí una división fundamental según que la afección cutánea sea de causa externa ó de causa interna.

I. — DERMATOSIS DE ORIGEN EXTERNO

- a. Dermatitis infecciosas. { Erisipela.
Ectima, impétigo.
Absceso consecutivo á la fiebre tifoidea, al sarampión, etc.
- b. Dermatitis parasitarias. { Sarna.
Pitiriasis.
Tiñas.
- c. Dermatitis tóxicas. { Erupciones debidas á la picadura de insectos, la mordedura de serpientes, el contacto de ciertas plantas (ortiga).
Erupciones debidas á los vesicantes.
— — al aceite de crotón.
— — á la trementina, etc.
- d. Dermatitis traumáticas ó químicas. { Contusiones, heridas, escoriaciones, arañazos.
Quemaduras, heladuras.
Escaras producidas por las pastas cáusticas, los ácidos concentrados.

II. — ENFERMEDADES GENERALES CON DETERMINACIONES CUTÁNEAS

- a. Infecciones de origen hematógeno. { Fiebres eruptivas, fiebre tifoidea, tífus.
Sífilis, muermo, lepra. } granulomas
Tuberculosis diseminada de la piel } infecciosos

- b. Intoxicaciones de origen hematógeno. { Yodismo, bromismo, hidrargirismo, arsenicismo.
Erupciones causadas por: la antipirina, el sulfato de quinina, el cloral;
La ingestión de ciertos alimentos, mariscos, carnes averiadas;
La inyección subcutánea de la tuberculina y de los diversos sueros.
- c. Auto-intoxicaciones. { Diabéticos.
Urémides.
Prurito icterico.
Dermografismo.
Edema azul de las histéricas.
Asfixia local de las extremidades, eritromelalgia.
- d. Trastornos vasomotores y tróficos. { Glossy-skin.
Trastornos tróficos de las uñas y de los cabellos.
Erupciones vesiculosas y purpúreas (ataxia).
Mal perforante.
Escara.
- e. Deformaciones cutáneas. { Nevus.
Ictiosis¹.

¹ En esta clasificación no figuran las dermatosis propiamente dichas, como el eczema, el psoriasis, los líquenes, el prurigo, los neoplasmas cutáneos; ello es debido á que no se ha dilucidado todavía la naturaleza de estas afecciones. Han sido consideradas hasta estos últimos tiempos como manifestación de un estado constitucional, la diátesis neuro-artrítica, y tenidas por equivalentes patológicos de la gota, del mal de piedra, de la litiasis biliar, del asma, enfermedades con las cuales estas dermatosis algunas veces coinciden ó alternan.

Recientemente la bacteriología ha hecho muchas tentativas reclamando estas enfermedades cutáneas; así, el eczema y la seborrea serian afecciones microbianas; el psoriasis, una micosis; el epitelioma, coccidiano. Sin tomar parte en esta cuestión, haremos notar, que si se llega á demostrar el origen infeccioso de estas dermatosis, faltará aún determinar las muy especiales condiciones que favorecen ó impiden su desarrollo. Este otro aspecto del problema etiológico ha sido apenas entrevisto; es un estudio que debe comenzar de nuevo. No obstante, las enseñanzas de la clínica nos prueban la influencia considerable, que puede llegar á ser preponderante, del terreno en la génesis de las enfermedades cutáneas.

Para tener la prueba de ello, basta seguir la evolución de las dermatosis cuyo origen parasitario es indiscutible. La pitiriasis se ceba de preferencia en los caquéticos, los indigentes, los famélicos; nunca en los sujetos vigorosos adquiere tan considerables proporciones como en los decaídos. Los experimentos practicados por Delafond y Bourguignon con la sarna de los carneros son muy demostrativos; esta enfermedad se desarrolla rápidamente en los corderos mal alimentados, una alimentación substanciosa origina un retroceso inmediato, que va seguido de otro acrecimiento de la afección acariana si aquellos animales son sometidos de nuevo al ayuno.

Se puede, pues, á capricho, favorecer ó impedir el desarrollo de una enfermedad parasitaria disminuyendo ó reforzando la resistencia del terreno. Por lo que toca á la sarna humana, se sabe que ciertas pirexias, como la fiebre tifoidea, suspenden la evolución de aquella hasta iniciarse la convalecencia.

Es igualmente innegable la influencia del terreno en el desarrollo y extensión de las enfermedades microbianas de la piel.

Sabido es que el acné rebelde y la forunculosis atacan preferentemente á los dispépticos, á los gotosos y á los diabéticos. Si la causa del eczema, del psoriasis y del liquen es un agente microbiano, éste no puede germinar y hacerse patógeno sin el concurso de otras muchas causas coadyuvantes que son inherentes al individuo.

Así se explica por qué todas las tentativas para inocular esta dermatosis han fallado constantemente, y por qué la clínica no ha podido nunca proporcionarnos hasta aquí, con certeza, un solo caso de contagio.

Respecto á las toxidermias, ninguna explicación satisfactoria puede darse si no se admite una predisposición especial del sujeto, cierta idiosincrasia, cuyo mecanismo está aún por averiguar. Las mismas alteraciones cutáneas de orden traumático no se transforman en dermatosis más que cuando la piel está modificada en su nutrición ó en su inervación. De

Remontarse de las lesiones objetivas al diagnóstico etiológico es el fin que debe proponerse el clínico, tanto más cuanto, sin el conocimiento de la causa, le es á menudo imposible establecer una terapéutica racional.

Algunas afecciones; entre las que citaré el psoriasis, la esclerodermia y la ictiosis, ofrecen un aspecto característico, que permite reconocerlas á primera vista; otras enfermedades cutáneas tienen un signo patognómico de fácil comprobación, como son: la sarna, la trichofitia, el favus. En estos varios casos, el diagnóstico no ofrece ninguna dificultad, pero frecuentemente sólo después de un examen metódico y de sucesivas eliminaciones, se llega á determinar la naturaleza de una dermatosis.

En presencia de una erupción que se ha de clasificar, el primer punto que debe resolverse es el siguiente: ¿la manifestación cutánea es una dermatosis propiamente dicha ó es reveladora de una enfermedad general aguda ó crónica? Para contestar á esta pregunta á veces es necesario pasar revista á toda la serie de las infecciones, de las intoxicaciones y de los trastornos tróficos que pueden manifestarse por determinaciones cutáneas parecidas.

Para atribuir las eflorescencias cutáneas á las *enfermedades agudas exantemáticas* de que derivan, es necesario ante todo tener en cuenta su carácter objetivo, su topografía, su duración y su evolución. Pero es necesario también no olvidar el estudio de los fenómenos concomitantes, el catarro de las vías respiratorias en el sarampión, la angina en la escarlatina, la diarrea, el delirio ó la adinamia en la fiebre tifoidea ó el tifus.

Numerosas son las manifestaciones que dependen de infecciones crónicas; entre estas últimas hay cuatro que se traducen por erupciones muy análogas, tales son: la sífilis, el muermo, la tuberculosis y la lepra.

El diagnóstico de la enfermedad venérea está basado en los signos actuales de la *sífilis*, en sus estigmas y en los antecedentes; se apoya por

dos sujetos cuyas manos habrán sido expuestas durante el mismo tiempo á los rayos del sol, uno sólo presentará una simple pigmentación cutánea, mientras el otro sufrirá fuerte escozor seguido de rubefacción y descamación. Si buscamos la causa de esta distinta reacción de la piel vis á vis de un mismo agente exterior, sólo podremos señalar una minoración en la resistencia de los tejidos; es un hecho evidente que el eritema pelagroide se presenta preferentemente en los caquéticos, en los alienados y en los alcohólicos.

En resumen, en perfecto estado de salud, la piel sabe defenderse de los agentes patógenos, cualesquiera que ellos sean, — mecánicos, tóxicos ó infecciosos, — que ocasionan las dermatopatías propiamente dichas. Si no fuera así, si la piel se dejara fácilmente forzar por el primer parásito que apareciera, estaríamos todos sujetos á innumerables enfermedades cutáneas. Pero muchos de estos parásitos, dotados, por otra parte, de muy débil virulencia, no entran en actividad patógena más que con el concurso de la piel, esto es, cuando ésta se halla alterada de un modo determinado. Solamente entonces estalla el conflicto, cuya traducción exterior es la manifestación cutánea. Un trastorno de los tegumentos, pasajero ó de duración, tal es, pues, el factor causal que debemos buscar al originarse toda dermatopatía.

entero en el examen clínico, puesto que el agente microbiano de esta infección no ha sido aislado y las tentativas de inoculación en los animales han fracasado constantemente.

El diagnóstico del *muermo*, al contrario, puede establecerse con certeza por la inoculación y los cultivos. Estas investigaciones experimentales, que no ofrecen ninguna dificultad, deben ser practicadas siempre que la profesión del enfermo y la existencia del *flujo nasal* hagan sospechar la existencia de una infección lámparo-muermosa.

La *lepra*, casi siempre de origen exótico, se presenta con frecuencia simulando la sífilis ó la tuberculosis, pero la superposición de los trastornos sensitivos á los elementos eruptivos y el examen bacteriológico de la rinitis leprosa, son los signos diferenciales cuya comprobación evita todo error. Las distintas modalidades de la *tuberculosis* cutánea son reconocidas á menudo á primera vista merced á su aspecto característico; cuando quepan dudas, es necesario buscar los estigmas que dejaron las localizaciones anteriores de la bacilosis y recurrir á la inoculación experimental.

Cuando la causa no puede atribuirse á las diversas infecciones que se acompañan de manifestaciones eruptivas, se investigará si la *dermatosis* es de *origen tóxico*. Esta averiguación suele ser laboriosa, pues un veneno puede introducirse en el organismo bajo la forma de alimento ó de medicamento, por la vía digestiva ó la vía subcutánea. Ciertas *erupciones patogenéticas* presentan un aspecto bastante singular, que permite sospechar la naturaleza de la intoxicación. Así, el mercurio habitualmente produce eritemas escarlatiniformes descamativos, mientras que los bromuros y los yoduros determinan la aparición de vésiculas ó pústulas seguidas de proliferaciones vegetantes ó de úlceras más ó menos profundas. Al revés, otros venenos, la antipirina entre ellos, dan lugar á erupciones las más polimorfos. Los antecedentes, la sedación que origina la supresión del medicamento ó del alimento dañino, el análisis de la orina, en la que algunas veces se encuentra el veneno ó sus derivados, tales son los principales elementos del diagnóstico. El análisis de la orina puede aún hacer atribuir la erupción á su verdadera causa: la auto-intoxicación por la diabetes ó la uremia.

Después de haberse asegurado de que una dermatosis no deriva de ninguna causa tóxica ó infecciosa, falta aclarar si es la expresión de un *trastorno trófico*, subordinado á una lesión material de los centros nerviosos ó á una simple perturbación funcional de orden neuropático.

Después de estas sucesivas eliminaciones, el capítulo de las hipótesis queda reducido al grupo de las afecciones cutáneas propiamente dichas. No puedo entrar en detalles tratando del diagnóstico diferencial; algunos

ejemplos tomados de los principales síndromes dermatológicos bastarán para enseñar cómo en la práctica se puede ascender de la lesión objetiva á su causa, valiéndose del método que acabo de indicar.

Supongamos que el elemento eruptivo cuya naturaleza tenemos que precisar es una *roseola*, mejor dicho, un brote de manchas eritematosas. El aspecto del exantema, su comienzo en la cara y su topografía, el catarro de las mucosas, los síntomas generales y la evolución cíclica nos harán fácilmente reconocer un sarampión. Una erupción menos abundante, limitada á la piel del abdomen en su parte anterior y lateral, debe inmediatamente hacer pensar en la sífilis y buscar las señales de un chanero indurado cicatrizado de poco tiempo y los accidentes del período secundario.

La coexistencia de una *roseola* y una blenorragia despierta la idea de una erupción tóxica debida á la ingestión de la copaiba ú otros balsámicos. Los datos proporcionados por el enfermo y, á falta de ellos, el análisis de la orina, justificarán ó rechazarán esta hipótesis.

Entre las dermatopatías propiamente dichas hay una que consiste esencialmente en un eritema maculoso descamativo esparcido preferentemente por el cuello y tronco; es la *pitiriasis rosada* de Gibert, afección que todos los médicos deben conocer, pues su parecido con la *roseola* sífilítica ha sido la causa de múltiples y perjudiciales equivocaciones.

Como la *roseola*, la *urticaria* puede reconocer por causa una infección, una intoxicación por alimentos ó medicamentos (inyección de suero), una auto-intoxicación (rotura de un quiste hidatídico), una picadura de insecto, el contacto de una ortiga ó aun simplemente una presión de los tegumentos en sujetos nerviosos, predispuestos al dermatografismo. Los eritemas polimorfos y la púrpura son igualmente síndromes que dependen de múltiples causas.

La *pústula* es una manifestación común; sólo por su asociación con otros varios síntomas morbosos adquiere una significación determinada. Puede ser señal de una infección — la viruela, — de una intoxicación — el envenenamiento yodo-potásico, — de una irritación local — el aceite de crotón, — de ciertas afecciones, cuya naturaleza está aún por averiguar, como la enfermedad de Dühring.

Las *úlceras* pueden ser producidas por traumatismos, por toxidermias, por trastornos tróficos; son el término habitual de las neoplasias cutáneas: tuberculosis, lepra, sífilis, muermo, micosis, epiteloma.

El sitio en que radica una úlcera hace sospechar con frecuencia su naturaleza. Así, el mal perforante se presenta generalmente en la planta de los pies. Las úlceras varicosas se encuentran en la región inferior inter-

na de las piernas; las úlceras profesionales producidas por los cromatos mutilan los dedos ó destruyen el tabique de las fosas nasales. Una úlcera del pene despierta en seguida la idea de una afección venérea: chanero sífilítico, chanero simple ó vesícula de herpes escoriada y desfigurada por un tratamiento irracional. Con frecuencia el aspecto de la úlcera es por sí solo patognomónico.

El chanero infectante, ordinariamente único, descansa sobre una base indurada; es una simple erosión superficial de color de carne muscular, acompañada de una pléyade inguinal bilateral y movable. El chanero simple, casi siempre múltiple, de consistencia blanda, excava el dermis mucoso, supura abundantemente, deja cicatrices marcadas y duraderas y es á menudo complicado por bubones supurados. El herpes ulcerado se distingue de los chancros simples ó sífilíticos por sus bordes policiclicos, que son vestigio del agrupamiento de las vesículas iniciales, por la curación, que se obtiene rápidamente ordenando la suspensión de las aplicaciones irritantes, y por la falta ó el débil grado de la reacción ganglionar. Cuando el aspecto de la úlcera no es característico, la duración del período de incubación, corta en el chanero simple, larga en el chanero infectante, la investigación del estreptococo, la auto-inoculación nos proporcionarán los elementos para el diagnóstico diferencial.

Las *dérmato-esclerosis* comprenden una enfermedad autónoma de naturaleza indeterminada, la esclerodermia y muchas variedades de induración cutánea secundaria: las paquidermias varicosas, la elefantiasis, las esclerosis de la piel consecutivas á las neuritis traumáticas, infecciosas ó tóxicas. La evolución, los síntomas coexistentes, la distribución y el sitio de las induraciones esclerósicas permiten clasificar las diversas variedades contenidas en este grupo.

La *hipercromia* es un carácter común á muy diversas afecciones; ya es bien limitada y poco extensa: pigmentación circunscrita; ya difusa y cubre una gran parte ó la totalidad de la superficie tegumentaria: melanodermia propiamente dicha.

En el primer grupo es necesario colocar los nevos pigmentarios, cuyo origen congénito les hace reconocer fácilmente; el léntigo, que se desarrolla y crece bajo la influencia de la luz solar; el cloasma, cuya variedad más común es la máscara de las mujeres embarazadas; las placas pigmentarias debidas á las irritaciones locales, á la aplicación de un vejigatorio, por ejemplo; los depósitos de pigmento que acompañan á los sarcomas melánicos ó al *xeroderma pigmentosum*.

Para saber cuál es la significación de una *melanodermia* propiamente dicha, es necesario ante todo averiguar si ha venido ó no en pos de una