

La clínica dermato-sifilográfica

Este *Indice para el estudio de las enfermedades de la piel y de la sífilis*, formulado con cierto apresuramiento, obedece al propósito de dar orientaciones a los estudiosos, mostrándoles el conjunto de hechos que la clínica dermato-sifilográfica presenta o puede presentar a nuestra observación. No tiene ninguna pretensión de originalidad, pero aspira a ser útil.

La clínica médica y la quirúrgica son precedidas y deben ser acompañadas del estudio nosográfico de todos los procesos que se ha de encontrar en el ejercicio de la medicina. Es forzoso que se proceda de igual modo en lo que se refiere a nuestra clínica especial, a pesar de los plazos angustiosos en que la nueva organización de los estudios pretende que se desarrolle ahora la enseñanza.

El *Indice* es la forma escrita del programa que desarrollamos en la cátedra el año 1919. Con tres o cuatro meses solamente, como está hoy día establecido, el tiempo de duración del curso tiene que ser forzosamente deficiente para el estudio y la enseñanza de las innumerables y complejas cuestiones de Patología que comprende nuestra clínica. El profesor seguirá poniendo toda su energía y su buena voluntad al servicio de la Escuela. Los alumnos por su parte han de ser muy estudiosos para aprovechar en la mayor medida posible el breve tiempo de que se dispone, y deberán consagrarse a

acumular de este modo los conocimientos teóricos y prácticos con que más tarde abordarán el ejercicio de la profesión. Proceder así, en esta y en todas las clínicas, es cuestión de honor y de conciencia.

En la parte relacionada con la *Dermatología* hemos hecho algunos grupos—con frecuencia heterogéneos—de procesos, síndromes y enfermedades que tienen *vinculaciones únicamente objetivas*. De tal modo, cuando el examen directo establece que las lesiones elementales predominantes son ampollas, por ejemplo,—en el *Indice* se puede consultar el capítulo que dice *ampollas purulentas* o *ampollas serosas*, y esta consulta orientará talvez el estudio clínico en rumbos definidos.

Algunos capítulos del *Indice* contienen a la manera de un cuadro sintético de procesos especiales destacados por su importancia clínica, — tales como la lepra, la tuberculosis, las esporotricosis, las blastomicosis, las leishmaniosis, las neurodermopatías, las alteraciones endocrinas y del metabolismo en sus relaciones con la patología cutánea, etc. Pero en todos los casos, especificados con una sola palabra o con muchas páginas, trátase de hechos comunes o de dermatosis de gran relieve nosográfico, — al citar cualquier proceso el *Indice* indica la necesidad de estudiar ese proceso lo más ampliamente que sea posible y de todo punto de vista, así sea la vulgar psoriasis o la muy rara leishmaniosis.

La presentación a los alumnos de gran número de enfermos constituye la base de la enseñanza. El profesor, atendiendo directamente la sala, el consultorio, y el laboratorio de su clínica, no se limita a dar la clase en las horas reglamentarias. Durante toda su permanencia en el hospital procura enseñar a los concurrentes las cosas que observa, hace o estudia. En una sola mañana, a veces en una sola clase, presenta detenidamente seis, ocho, diez y más enfermos con procesos

distintos. Examina los casos. Investiga y clasifica los síntomas. Dice las razones que inclinan su juicio en determinado sentido. Establece diagnósticos diferenciales para evitar los errores posibles. Indica y practica o hace practicar los análisis de laboratorio destinados a afianzar el criterio clínico, y cuando llega a afirmar el diagnóstico del caso examinado hace de la enfermedad una descripción de conjunto, muestra en otros enfermos, en láminas o en *moulages* las variedades clínicas del proceso,—e insiste especialmente sobre el tratamiento que aconseja aplicar, no perdiendo de vista que el fin primordial del médico es curar.

La repetición en días diferentes de las explicaciones relativas a casos diversos de los mismos procesos debe concluir por arraigar su conocimiento de manera indeleble. Pero para que esto suceda los alumnos tienen que ser verdaderos estudiantes y no dejarse andar como si les fuese posible conseguir competencia sin leer, sin ver y sin oír. Deben adquirir cualesquiera de los libros que aparecen recomendados en un cuadro del local de conferencias, para realizar día a día en esos libros el estudio nosográfico completo de los procesos de que se les ha hablado o que han visto,—anotando en resúmenes sintéticos las observaciones clínicas hechas en la clase o fuera de la clase, y el resultado de las lecturas realizadas con tal motivo. Es este un procedimiento excelente e irremplazable para no olvidar lo que se ve, se oye o se lee,—y para adquirir de modo definitivo conocimientos que servirán para algo más que dar examen: para satisfacer aquel deber de honor y de conciencia a que antes nos hemos referido.

En el nuevo plan de estudios no se ha tenido en cuenta la necesidad de que se hagan efectivos y eficaces el estudio y la enseñanza de las enfermedades de la piel y de la sífilis. El *Indice* mostrará que la clínica dermato-sifilográfica no se ocupa solamente de co-

sas superficiales e insignificantes, — al señalar los asuntos que informaron nuestras conferencias en el curso del año 1919. Para el estudio de las enfermedades y de los enfermos de esta clínica se debe hacer frente a problemas de patología general y de anatomía patológica, a investigaciones de bacteriología y de parasitología, y espigar en el campo de las clínicas generales y especiales. Por eso los alumnos son invitados desde el primer momento a reavivar el recuerdo de los conocimientos que la Escuela les ha dado ya a manos llenas en sus estudios anteriores, a conservarlos, aplicarlos y sumarlos a los que las clínicas han de ir suministrándoles incesantemente.

De este punto de vista hemos reclamado con reiteración, y volvemos a pedir con mayor insistencia, que a la clínica dermato-sifilográfica le sea reintegrado el tiempo de que antes disponía: un año escolar completo.

Crear que se puede enseñar y aprender en tres o cuatro meses las enfermedades de la piel y la sífilis es olvidar o desconocer en absoluto la cuestión,—y es también desorientar el criterio de los alumnos y de los profesionales en general. A eso se debe en gran medida la enorme ignorancia de muchos clínicos, aun de los más distinguidos, en todo lo relacionado con la dermatología y la sifilografía, — ignorancia que comporta para ellos al propio tiempo una disminución de valor y un cierto espíritu de aventura en dominios inexplorados.

El *Indice* pone de manifiesto la sífilis que hemos procurado enseñar y es, lo repetimos, el programa de lo que en 1919 enseñamos teórica y prácticamente, sin detenernos en los límites cutáneos o mucosos que algunos han supuesto para los especialistas.

Podrá parecer excesivo el desarrollo que hemos dado al estudio de la sífilis y a las indicaciones sumarias correspondientes; pero ha de encontrársenos razón si se toma en cuenta que no podrá nunca ser estudiada con

exceso la *gran enfermedad*. Si se insistiese agregando que otras clínicas son las que deben ocuparse especialmente de las afecciones sifilíticas viscerales, nerviosas, osteo-articulares, oculares, nasales, etc., etc.,—también ha de darse razón a nuestro modo de pensar si replicamos que nosotros podemos y debemos estudiar *toda la sífilis*, dentro del tiempo necesario y suficiente,—y no *un pedazo de la sífilis*, como puede hacerlo de paso cualquier clínico o cualquier especialista de cualquiera especialidad. Además, lo que el profesor de sifilología debe dar como enseñanza de conjunto no excluye la amplia enseñanza que otros pueden dar de la sífilis sistematizada.

El profesor titular de clínica dermato-sifilográfica espera y desea que los profesores suplentes de la materia acepten para la enseñanza estas disciplinas. Las *consideraciones generales* y el *Indice* contienen conceptos, propósitos y modos ejecutivos ocasionados a orientar nuestra acción docente. Los errores de forma y de fondo han de ser reconocidos sin vacilaciones, y las deficiencias subsanadas.

En todo esto, volvemos a decirlo, no hay nada de original. Lo único propio es el discernimiento que busca claridades. Hemos hecho caudal común de trabajos publicados por diversos autores, tomando de ellos el material conveniente para el *Indice*, bajo el contralor de nuestra experiencia y nuestro juicio.

Indice de dermatología

I.—Anatomía, histología y fisiología de la piel normal y sus anexos.

En el estudio de las enfermedades cutáneas, y de sus relaciones con la patología general, la interpretación de los hechos exige el conocimiento más completo posible de la piel, de todo punto de vista.

Anatomía morfológica de la epidermis, del dermis, de los anexos de la piel y del hipodermis.—*Vasos y redes vasculares sanguíneas y linfáticas.*—*Organos nerviosos de la epidermis, del dermis, del hipodermis y de los anexos.* *Las terminaciones nerviosas* cutáneas derivan de nervios cuya distribución en la piel constituye *campos nerviosos* de una forma y extensión casi constantes, — a los cuales pueden sobreponerse más o menos exactamente *campos cutáneos eruptivos, disestésicos o distróficos.* Así se ve ciertas alteraciones cutáneas ocupar un campo nervioso periférico. Otras veces la distribución topográfica es *radicular, metamérica o segmentaria.* — No olvidar que entre las terminaciones nerviosas de la piel existen expansiones de fibras amielínicas pertenecientes al *sistema simpático,* fibras que van en los nervios cutáneos conjuntamente con las sensitivas y motrices del sistema de la vida de relación.

Bioquimismo cutáneo.—Este concepto contempla el conocimiento de la actividad bioquímica de la piel, regida

por los procesos generales del *metabolismo o recambio orgánico*, y por los procesos secretorios locales fisiológicos.—*Químicamente*, como todos los tejidos y todos los órganos, la piel está constituida por proteínas, grasas, hidratos de carbono, sales y agua,—cuya determinación cualitativa y cuantitativa se ha intentado hacer. Un trastorno en la constitución química de la piel, por alteración del equilibrio normal de esas sustancias en su trama, origina un estado mórbido local, o crea un *terreno inferiorizado* para las acciones morbígenas de origen externo e interno. — El capítulo de la *anatomía química* de la piel es obra casi exclusiva de *Unna* y sus discípulos que han buscado sobre todo comprobar en la piel la existencia de los grupos o moléculas fundamentales de la materia viva. — En las proteínas se han separado los aminoácidos, las purinas. — En las grasas se han distinguido las *grasas neutras* (triglicéridos de estearina, palmitina y oleína), —los *fosfatides*, grasas activas llamadas en general *lipoides*, con gran importancia en el recambio, esenciales para la vida del protoplasma como las proteínas, y entre las cuales figura la *lecitina*. — Los *hidratos de carbono*, de importancia vital, hacen parte de ciertos proteides y especialmente de los nucléoproteides, o aparecen en forma de material de depósito o reserva, como el *glucógeno*, que en la piel normal existe en la proporción de grs. 1,25 por 100, poco más o menos. — De este punto de vista debe llamar la atención sobre todo la *complejidad química de la epidermis*, en relación con la complejidad de sus capas celulares y de sus propias funciones: en la capa córnea hay ácido oléico, colesteroína, éteres de colesteroína, componentes múltiples de la proteína queratínica; en las capas lúcida e intermedia, —eleidina y otros proteides básicos y ácidos, y gluco-proteides; en el *stratum granuloso*, — la queratohialina y otros proteides, la colesteroína y éteres de colesteroína, fosfatides o lipoides; en la capa mucosa o filamentosa,

—aminoácidos (cistina, tirosina, triptofano), protoalbu-mosas, proteínas en combinación con cuerpos grasos, sobre todo colesteroína, éteres de colesteroína, lecitina; hidratos de carbono, representados sobre todo por el glucógeno, etc. — Estas circunstancias, puestas en evidencia por reacciones microquímicas, conviene señalarlas como indicio de una posible *función endocrina de la epidermis*, relacionada sobre todo con la función pigmentógena.

Funciones de la piel.—Defensa físico-mecánica. — Protección contra la luz. — Funciones de sensibilidad. — Funciones de secreción. — Absorción y perspiración.— Función reguladora del calor. — Funciones vicariantes y de eliminación. — El trofismo cutáneo depende de la circulación sanguínea y linfática que arrastra los materiales de nutrición de los tejidos, — de los complejos hechos de asimilación y desasimilación que constituyen el recambio orgánico, — de las funciones y correlaciones nerviosas que rigen estos hechos, — de las acciones y reacciones de los centros vaso-motores, — de las funciones ormonicas que regulan directa o indirectamente el tono trófico general del organismo y cuyas alteraciones se reflejan de manera evidente en la piel.

A esas funciones de la piel, relacionadas sobre todo con el recambio orgánico, hay que agregar los procesos de secreción y de excreción que le son propios. — La capa filamentosa de la epidermis, — bañada permanentemente por el plasma que circula en los espacios inter-celulares, — conjuntamente con el *stratum germinativo* parecen desempeñar un *papel de glándula olocrina*, con secreción y excreción de productos de transformación y desintegración representados en último término por el *stratum disjunctum* cuyas células, — cargadas de productos derivados de proteínas, grasas, hidratos de carbono, azufre, ácido carbónico, agua, — constituyen la fase terminal excretoria de procesos proteolíticos, glu-

colíticos y lipolíticos que se pasan en la capa granulosa y en la capa córnea, arriba del cuerpo mucoso o filamentososo de la epidermis. — Es admisible que el stratum de Malpighio tenga una *función endocrina cuyo producto* sería la *melanina* formada en la cara profunda de la epidermis, eliminada en parte por la superficie. y en parte arrastrada por el reflujo del plasma linfático, donde podría descomponerse y dejar en libertad *ormones* propios. — Además de la defensa contra la luz a cargo de la función pigmentógena, y de la probable acción endocrina, es interesante saber que algunos biólogos han pensado que el pigmento cutáneo puede absorber y fijar la *energía luminosa* en la misma epidermis, para ser aprovechada por la hemoglobina de la sangre circulante, y transformada en las energías bio-químicas que hoy se consideran de tan grande significación biológica y curativa.

El cuerpo papilar del dermis y la epidermis tienen una íntima conexión histo-fisiológica. La membrana basal que los une hace el papel de membrana dialisadora y sirve a los procesos de endósmosis y exósmosis que presiden los cambios nutritivos de la epidermis. La tensión osmótica de la linfa intercelular del cuerpo de Malpighio sufre el contragolpe de los cambios de la tensión osmótica del plasma sanguíneo, resultante de la tensión molecular de los cuerpos o sustancias que este contiene en solución o suspensión: sales minerales, productos azoados orgánicos y coloides. De este desequilibrio de la tensión osmótica en el plasma sanguíneo derivan alteraciones nutritivas e irritativas dermo-epidérmicas, dependientes sobre todo de la presencia en el plasma linfático de exceso de sales minerales y de productos escrementiciales más o menos definidos.—Es bueno tener siempre en cuenta estos hechos, que vinculan la patología cutánea con los padecimientos generales del organismo, y explican innumerables lesiones, síndromes o enfermeda-

des de la piel, — que a veces hace así la denuncia de procesos tóxicos, autotóxicos, toxi-infecciosos o toxínicos extra-cutáneos, con reacciones congestivas o inflamatorias, agudas, subagudas o crónicas, o con reacciones puramente subjetivas, entre las cuales el prurito es la más común.

II.—Semiología de las enfermedades de la piel.

Las lesiones elementales de la piel, o signos objetivos primitivos y secundarios, clínica e histológicamente consideradas, deben ser conocidas con toda precisión. Constituyen la base de la semiología y de la nosografía dermatológicas.

Signos objetivos: *Máculas o manchas discrómicas, purpúricas, eritematosas, vásculo-sanguíneas.—Hemorragias dérmicas y dermo-epidérmicas.—Pápulas epidérmicas, edematosas e infiltrativas.—Placas y napas edematosas, infiltrativas, neoplásicas.—Tubérculos.—Nódulos y nudosidades dérmicos e hipodérmicos. — Gomas. — Infiltraciones gomosas, esclerosas y esclero-gomosas. — Granulomas. — Papilomas. — Placas y napas papilomatosas. — Placas queratóticas o córneas. — Escamas y descamaciones pitiriásicas, furfuráceas, laminosas y en colgajos. — Fisuras. — Escoriaciones. — Exulceraciones. — Ulceras y ulceraciones.—Costras y formaciones costrosas. — Vegetaciones y úlceras vegetantes. — Cicatrices. — Atrofias cicatriciales. — Liquenizaciones. — Impetiginizaciones. — Eczematizaciones. — Lesiones combinadas: eritemato-escamosas, pápulo-pustulosas, eritemato-pápulo-vésico-ampollosas, tubérculo-ulcerosas, úlcero-gomosas, etc. — Atrofias. — Hipertrofias. — Paquídermias. — Tumores. — Deformidades.*

Signos subjetivos: Las sensaciones de contacto, frío, calor, dolor pueden ser excitadas por agentes externos, y también por agentes internos que actúan como

tóxicos o irritantes sobre las terminaciones nerviosas cutáneas: *hiperestesias* o *hiperalgesias* de intensidad variable, asociadas o disociadas. — En el sentido de la disminución de la sensibilidad se va de las *hipoestesias* e *hipoalgesias* a las *anestesias* y *analgesias*, con o sin disociación. Estas serían *alteraciones cuantitativas* de la sensibilidad. — Las *alteraciones cualitativas* entran en el grupo de las *disestesias* o *parestesias* que serían formas modificadas o perversiones de la sensibilidad: hormigueo, ardor, picoteo, lancetazo, etc. Entre todas estas alteraciones merece una mención especial el *prurito* que puede definirse así: *una sensación desagradable que provoca el deseo de rascarse*.

Modos de agrupación y de evolución de las lesiones. — Erupciones monomorfas y polimorfas, simples o complicadas. — Polimorfismo real y aparente. — Lesiones fundamentales, predominantes y accesorias.

El **conocimiento histológico** de todas las lesiones es indispensable para la interpretación de los hechos que obligan a hacer un diagnóstico diferencial anatómopatológico o patogénico: es una base verdaderamente científica para el estudio de la dermatología. — El exacto diagnóstico reclama a menudo las comprobaciones de la histología, de la bacteriología, de la parasitología y en general de todos los recursos de laboratorio, desde los vulgares análisis cuantitativos de la orina hasta las finas comprobaciones bio-químicas y serológicas. La Escuela de Medicina, en la ordenación de los estudios sucesivos, provee ahora a los alumnos de estos conocimientos, y es cuestión de conciencia adquirirlos, aumentarlos y aplicarlos constantemente al estudio de los enfermos.

El examen de éstos debe ser una investigación ilustrada y paciente, que ha de referirse no solamente a la piel, sino también al organismo entero. De otra manera quedarían ignoradas las posibles relaciones de cau-

sa a efecto entre el proceso externo y las alteraciones coincidentes generales o viscerales. — La semiología general enseña las formas y modos de proceder al análisis de los síntomas mórbidos generales y locales, a su agrupación sintética y su interpretación diagnóstica. — No olvidar nunca que en dermatología las lesiones fundamentales y accesorias, su manera de aparición, de agrupación y de extensión constituyen las bases de la *presunción del diagnóstico*, — que se orienta mayormente con los signos derivados de la evolución y duración del proceso examinado, y a veces se afirma definitivamente después de una observación más o menos breve, durante la cual ha de buscarse el apoyo de las investigaciones de laboratorio o las pruebas de la terapéutica aplicada. Más que en ningún otro grupo de enfermedades, en los procesos cutáneos se impone una regla de conducta general: saber dudar, y saber encontrar elementos de seguridad para el diagnóstico.

III.—**Etiología general de las enfermedades de la piel.** — Se puede decir que la piel es el campo de concentración más propicio para el estudio de la patología general. — Además de las causas que le son propias y exclusivas, actúan sobre ella todas las causas morbígenas capaces de producir enfermedades generales o viscerales, y un buen número de estas se revelan en ella por erupciones o alteraciones objetivas y subjetivas que pueden ser denunciadoras.

Causas traumáticas mecánicas, físicas y químicas. — *Causas tóxicas* de origen alimenticio o medicamentoso. — *Causas auto-tóxicas*, que ponen en evidencia reacciones individuales de la piel ocasionadas por autointoxicaciones gastro-intestinales o insuficiencia hepática o renal, — reacciones que a menudo son hechos de anafilaxia, o revelan trastornos de la tensión osmótica del plasma sanguíneo, con participación más o menos considerable

del sistema nervioso y de los centros vaso-motores. — *Causas microbianas*, por acción microbiana directa o tóxica en la piel. Comprenden procesos diferenciados de la mayor importancia, — como la sífilis, la tuberculosis, la lepra, — y dermatosis frecuentísimas como las epidermo-dermitis piocócicas. Numerosos agentes microbianos producen directamente lesiones cutáneas y luego determinan o pueden determinar septicemias, — como en la pústula maligna, en ciertas gangrenas sépticas, en la erisipela, etc. — La acción de las toxinas microbianas se revela muy frecuentemente con reacciones cutáneas del tipo de los eritemas y púrpuras infecciosos primitivos y secundarios. — *Causas parasitarias*: epizoarios y dermatozoarios, epidermofitos y dermatofitos cuyas determinaciones mórbidas constituyen un gran capítulo de la patología cutánea y general. — *Causas nerviosas*, por lesiones del sistema nervioso central o periférico y alteraciones del sistema simpático, comprendiendo síndromes neuro-dermopáticos variados. — *Causas metabólicas*, autógenas, que abarcan todos los trastornos del metabolismo de las grasas, de los hidratos de carbono, de las sustancias proteicas y de las sales inorgánicas. En este grupo de lesiones, síndromes o enfermedades de la piel entran un buen número de las llamadas por Brocq *reacciones cutáneas*, sujetas por otra parte, de modo más o menos evidente, a las desarmonías humorales por disfunciones endocrinas. — *Causas endocrinas* derivadas de trastornos mono o pluriglandulares, que se reflejan en la piel haciendo síndromes bien definidos, como la enfermedad de Addison, el mixedema, la acromegalia, el geroderma génito-distrófico, — o realizando cuadros clínicos complejos en que pueden participar varias glándulas endocrinas, — o actuando sobre todo o exclusivamente del punto de vista morfogenético, — o perturbando los procesos de asimilación y de desasimilación, de desintegración celular y eliminación, de secreción, trofismo, etc. En todos

estos casos los *ormones* muestran sus acciones excitadoras y moderadoras sinérgicamente con las acciones correspondientes del simpático sobre el metabolismo y la vida y funciones de todos los órganos y tejidos. — *Causas derivadas de padecimientos viscerales*, que puntualizan mayormente la vinculación de la dermatología con la patología interna: enfermedades del aparato digestivo, de los riñones, del hígado, del páncreas, del aparato respiratorio y cardio-vascular, del sistema hemo-linfo-poiético, etc. — *Causas hereditarias* determinantes o predisponentes. En este capítulo, — además de la herencia directa de la enfermedad, como en la sífilis, y de la herencia del terreno mórbido, como en la diabetes, la gota y el braditrofismo en general, que actuarían durante la vida embrionaria y fetal, — se debe colocar el gran grupo de las monstruosidades y defectos de desarrollo imputables sobre todo a indefinibles alteraciones de las células germinativas, producidas por intoxicaciones o toxi-infecciones en los genitores. Se constituye así el conjunto total de las alteraciones o enfermedades congénitas de la piel. — *Causas ignoradas*: comprenden hechos muy numerosos en la patología general y en la cutánea. En lo que se refiere a la dermatología el conocimiento de las causas se ensancha poco a poco considerablemente, desde que se las estudia en sus íntimas relaciones con todos los padecimientos generales y viscerales, y se investiga la patogenia con todos los recursos de la anatomía patológica, la bacteriología, la parasitología, la bioquímica y la fisiología experimental. Entran en el cuadro, muy particularmente, procesos infecciosos de naturaleza desconocida, y el gran grupo de los tumores verdaderos benignos y malignos.

De todo esto ha de deducirse que la dermatología constituye la más vasta, la más compleja, la más difícil e interesante de las especialidades médicas, — cuando

se la estudia o se aspira a estudiarla en sus estrechas conexiones con toda la patología.

IV.—**Las discromias** predominan en muchos procesos, síndromes y enfermedades de la piel, o constituyen la lesión única visible. — Pueden presentarse en forma de máculas, placas o napas, circunscritas o difusas, y responden a causas muy variadas que es necesario conocer. — Primitivas o secundarias, tienen el carácter principal de ser duraderas o definitivas, y aparecer como resultantes de perturbaciones en la cantidad o calidad del pigmento normal de la piel. — No deben entrar en esta categoría las discromias provenientes de la penetración en la epidermis de partículas de carbón, u otros cuerpos extraños, — ni las dependientes de tatuajes, — ni las de la *argiria* ocasionada por el uso prolongado de nitrato de plata,—ni las debidas a pigmentos biliares o a la hemoglobinemia.

En rigor se debe considerar que en este grupo de alteraciones cutáneas intervienen solamente dos clases de pigmento: *el pigmento ocre* o hemosiderina, derivado de la hemoglobina de los glóbulos rojos desintegrados, —y *el pigmento melánico* o *melanina*, que no contiene hierro como el anterior y es el pigmento normal de la piel, de la coroides y del iris. — El llamado *pigmento palustre* proviene de una destrucción de los glóbulos rojos por acción directa de la plasmodia de Laveran, en ciertos períodos de su ciclo evolutivo. En los casos graves puede impregnar el bazo, el hígado, los ganglios linfáticos, la médula ósea, etc., provocando el aspecto clínico designado con el nombre de *melanemia*.

Todo proceso cutáneo traumático, congestivo, inflamatorio,—que se acompañe de hemorragia intersticial o de simple extravasación de glóbulos rojos,—puede dar origen a pigmentaciones más o menos intensas y prolongadas, por depósito en el dermis superficial de gra-

nulaciones pigmentarias ocre, cuyo origen hemático es comprobado por la reacción micro-química de la hemosiderina. — Es el mismo pigmento ocre el que da su coloración particular a la piel en algunas cirrosis del hígado, en la diabetes bronceada y en buen número de caquexias de diverso origen. — En la llamada *enfermedad bronceada de las piernas* la pigmentación ocre originada por hemorragias puntiformes intersticiales denuncia la fragilidad de los capilares, y a menudo la arterio-esclerosis. — Acciones físicas, químicas y traumáticas, ejercitadas insistentemente sobre la piel, determinan a menudo manchas pigmentarias por el mecanismo de la congestión seguida de extravasación de glóbulos rojos. — Lo mismo pueden producir agentes tóxicos o medicamentosos con o sin exantema coincidente, con o sin desintegración en la sangre de glóbulos rojos, con o sin trastornos apreciables de la hematopoesis.

La melanina resulta de una función pigmentógena a cargo de los *melanoblastos*, regulada por el simpático como todas las otras funciones de los tejidos, bajo el estímulo aparente de los ormones suprarrenales. Esta función, localizada en el stratum germinativo y el cuerpo de Malpighio, contribuye con otras razones a fundamentar el posible papel de glándula endocrina que algunos atribuyen a la epidermis, cuya función secretoria olocrina estaría representada por los productos córneos superficiales destinados a la eliminación. — La melanodermia addisoniana sería el exponente más caracterizado de la perturbación pigmentógena, representando la adrenalina un ormón moderador, y teniendo probablemente el ormón de la sustancia cortical o cuerpo interrenal el papel de estimulante de la pigmentación. De la armonía funcional resultaría el equilibrio normal pigmentógeno. En los casos de hipocromia, acromia o en los estados vitiligoides o leuco-melanodérmicos habría que

pensar en disfunciones complejas o alternantes, o en acciones sobreagregadas pluriglandulares. Las localizaciones afectadas por las discromias, regionales o difusas, a veces simétricas, otras veces con distribución nerviosa troncular, radicular o segmentaria, — tendrían que explicarse por sollicitaciones especiales, o estímulos accesorios, — de origen externo, como la luz solar y todos los traumatismos posibles mecánicos, físicos o químicos, — o de origen interno central o periférico, como serían todos los estímulos provenientes de trastornos vaso-motores o secretorios derivados del simpático y dependientes ellos mismos de enfermedades generales o viscerales, infecciosas o no infecciosas, — de trastornos metabólicos, endocrinos, etc.

Algunos tumores contienen pigmento melánico en gran cantidad. Son los *melanomas*, — sarcomas, carcinomas, nevocarcinomas, — que se inician habitualmente en tejidos normalmente pigmentados, como es la coroides, o en lesiones pigmentarias de la piel, como lo son los nevos melánicos lisos o verrugosos. El pigmento en estos tumores aparece como una cualidad vital y necesaria de las metástasis, como si fuese él mismo el agente productor de las lesiones. Ha sido interpretado como consecuencia de una metamorfosis con degeneración pigmentaria de las células neoplásicas, producida por un fermento cromógeno, oxidante y proteolítico.

Una buena parte de los procesos que comprenden lo que podríamos llamar propiamente *enfermedades del pigmento* estaría contenida en este sumario:

I. Hipocromias, acromias e hiperacromias primitivas y secundarias, — congénitas o adquiridas, — accidentales, transitorias y permanentes. — II. Discromias en la lepra, la sífilis, la tuberculosis, el paludismo, las leucemias y algunas enfermedades del hígado. — III. Pigmentaciones tóxicas, autotóxicas, medicamentosas. —

IV. Las melanodermias arsenicales y el arsenicismo crónico cutáneo. — V. Efélides, cloasma, vitíligo común y leuco-melanodermias vitiligoides. — Manchas mongólicas. — IV. Los nevos pigmentarios. — Lentigo maligno. — Melanosis cutánea progresiva. — Nevus-carcinoma. — Sarcomas y carcinomas melánicos. — Xeroderma pigmentosa. — Acanthosis nigricans. — VII. La enfermedad de Addison. — Melanodermias dependientes de lesiones de las cápsulas suprarrenales tuberculosas o no tuberculosas, sin síndrome addisoniano. — El dermografismo nigricante.

V. — **Púrpuras y erupciones purpúricas.** — Máculas, placas o napas purpúricas o hemorrágicas *espontáneas* son las lesiones fundamentales o predominantes en muchos procesos cutáneos tóxicos, autotóxicos o infecciosos.

En estos casos existen alteraciones de las paredes de los finos vasos sanguíneos, caracterizadas por una permeabilidad o fragilidad exageradas, y alteraciones primitivas del plasma, cuyo carácter principal es el retardo de la coagulación por insuficiencia de la *trombocinasa* y de los iones de calcio necesarios para producir el fibrin-fermento o trombina. Pero las manifestaciones cutáneas constituyen síndromes que responden con aspectos semejantes a causas mórbidas muy distintas.

El proceso purpúrico puede ser intensísimo o discreto, acompañado o no acompañado de hemorragias de las mucosas, de las serosas, del aparato digestivo y respiratorio, del riñón, del hígado, del bazo, del eje cerebro-espinal, etc. — Las *púrpuras infecciosas*, primitivas o secundarias, coinciden con estados septicémicos a veces gravísimos, fulminantes. Otras veces un estado tifoide se prolonga más o menos, despistando el diagnóstico clínico: se trata a menudo de una endocarditis. — Entre las púrpuras tóxicas hay algunas que derivan