

polimorfos.—Hay evidentemente *eczemas gotosos*. Son a menudo papulosos, secos, liquenoides,—afectando con cierta frecuencia el tipo de las liquenizaciones circunscriptas o difusas,—con localización a veces predominante en el tronco, otras veces en las extremidades. Comunemente muy pruriginosos, tienen exacerbaciones nocturnas del prurito, que agrega a las lesiones espontáneas las ocasionadas por el traumatismo del *gratage*.—Los hijos de gotosos, —gotosos o no gotosos ellos mismos, — manifiestan a menudo una gran vulnerabilidad de la piel, sensibilizada en el sentido de los prurigos, los eczemas y las piodermitis. — *Eczemas inveterados* rebeldísimos, desesperantes, acusan en el más alto grado su dependencia del *terreno uricémico* y son dominados con cierta rapidez cuando se toma en cuenta esta causa metabólica.—La llamada *psoriasis artropática* es una psoriasis exacerbada por la uricemia coincidente.—Un cierto número de *neurodermopatías* responden a *neuritis gotosas*. — Hemos visto casos interesantísimos y de gran duración con lesiones cutáneas gotosas realizando el tipo morfológico de las tuberculides pápulo-necróticas y del acné necrótico generalizados.

Todas estas afecciones de la piel, íntimamente relacionadas con las perturbaciones del metabolismo, muestran de modo evidente hasta qué punto es a menudo necesario o indispensable que las indicaciones terapéuticas contemplen sobre todo los estados mórbidos generales.

El metabolismo normal de las **sales inorgánicas** es fundamental para el mantenimiento de la *constante osmótica* del plasma sanguíneo. El exceso de sales retenidas en el plasma sanguíneo rompe ese equilibrio, y los procesos de exósmosis cargan el plasma intercelular de productos que actúan como tóxicos o irritantes de los tejidos.—El calcio y la magnesia tienen un papel importante, como las sales minerales en general que sirven y son indispensables al trabajo bioquímico de las células,

especialmente en las acciones diastásicas, obrando como catalizadores y aceleradores de las reacciones químicas.—En este sentido los cloruros, sobre todo el de sodio, tienen una influencia decisiva en los intercambios nutritivos, — que se hacen al través de membranas dializadoras representadas sobre todo por los endotelios capilares.—El agua y las sales minerales absorbidas rigen en cierta manera el estado físico de las soluciones y suspensiones coloidales (aminoácidos, azúcares, purinas, úrea, ácido úrico, etc.). De todo esto resulta explicable que el desequilibrio en el metabolismo de las sales minerales, y sobre todo su retención o sobrecarga en el plasma sanguíneo, tienen que determinar acciones tóxicas é irritativas en los tejidos, que la piel manifiesta con reacciones de orden común: pruritos, prurigos, urticarias, eritemas, liquenizaciones, eczematizaciones y eczemas verdaderos. — Orínanse también de este modo estados de sensibilización de la piel más o menos prolongados, con una exagerada excitabilidad de los centros vaso-motores, como si existiese un estado de anafilaxia permanente originado por el exceso de tensión de las sales minerales y de los cuerpos azoados no coloidales en la sangre. — En ciertas urticarias, a menudo intensas y con grandes edemas, la curación se obtiene suprimiendo en absoluto el agregado de *cloruro de sodio* en los alimentos.—Prácticamente podría ser tomada como un indicio de estas alteraciones metabólicas la presencia en el sedimento urinario de precipitados anormales o en exceso: uratos amorfos, ácido úrico, oxalato de calcio, cloruros, fosfatos de magnesia y de calcio cristalizados, fosfatos amorfos, urato de amonio, etcétera.

XXVII.—**Endocrinopatías y dermatopatías.**—La *co-relación humoral o bioquímica* es realizada por productos de determinados órganos que la sangre arrastra y van a influenciar a la distancia otros órganos o

tejidos electivamente sensibles : son los *ormones*, cuya acción se ejerce en general por intermedio del sistema nervioso vegetativo, realizando así una sinergia o correlación nervioso-humoral. — Todos los órganos o tejidos producen ormones o *mensajeros químicos* que contribuyen a establecer la armonía humoral con sus propios estímulos funcionales ; pero se debe considerar como tales sobre todo ciertos órganos que dan a la sangre una *secreción interna o endocrina* resultante de la actividad de células especializadas. — Algunos de esos órganos tienen estructura glandular sin conducto escrotor : son las glándulas sanguíneas endocrinas o de secreción interna. — Otras veces no se trata de órganos en el sentido anatómico, sino más bien de tejidos repartidos en varios órganos, como el *tejido cromafin*, que produce la adrenalina y existe en la médula de las cápsulas suprarrenales, en ciertos cuerpos accesorios suprarrenales y en varios ganglios del simpático.—Es muy probable que el mismo tejido conjuntivo tenga una secreción interna, capaz de influenciar de modo desconocido el intercambio de los órganos que envuelve o penetra.—De esos ormones, —flúidos, solubles, difusibles,— algunos son reconocibles solamente por las acciones y reacciones provocadas con extractos de los órganos que los producen. — Otros son bien conocidos y diferenciados, química, fisiológicamente y del punto de vista de la observación clínica y la patología experimental. — Hay ormones que regulan específicamente la función del crecimiento de las varias partes del cuerpo : son los *ormones morfogenéticos*, comprendidos en el sistema tiroide y paratiroide, timo, sistema interrenal, lóbulo hipofisiario anterior, glándulas sexuales.—Hay ormones excitadores e inhibidores o moderadores de determinadas funciones fisiológicas. — Los hay que aceleran los procesos catabólicos del recambio orgánico (desasimiladores), y otros que los hacen más lentos y favorecen los procesos anabólicos

(asimiladores). Esta regulación del metabolismo es talvez la función antitóxica endocrina. — Serían también función ormónica la armonía o el desequilibrio en los procesos desintegrativos celulares, — y la eliminación de los productos intermediarios de esa desintegración, que son por lo general tóxicos : peptonás, polipeptidos. — En patología clínica son más raros de lo que se creía los síndromes puros resultantes de disfunción de una sola glándula endocrina. Más frecuentes e importantes son los síndromes pluriglandulares, en los cuales la participación del sistema nervioso vegetativo afirma en el sentido funcional la diferencia del sistema simpático y del sistema autónomo, con signos de simpaticotonía o de vagotonía.

En los procesos mórbidos innumerables creados por las *desarmonías o disfunciones endocrinas*, — la piel puede suministrar indicaciones múltiples para la apreciación diagnóstica de las endocrinopatías. En este sentido todo dermatólogo debe conocer la bioquímica, la fisiología y la patología de las glándulas de secreción interna.

Glándula tiroide.—En el *atiroidismo juncional* la piel presenta el *mixedema paquidérmico* susceptible de desaparecer por el tratamiento tiroide. — A este estado paquidérmico, variable en grado y extensión, pueden suceder estados esclerosos, atróicos, xerodérmicos. — En general la piel está seca, sin brillo, fría y descamante.— Los pelos del cuerpo, descoloridos, frágiles, se hacen más escasos, lo que se acentúa mayormente en las regiones temporales y en el tercio externo de las cejas. — Son frecuentes la canicie precoz y las distrofias unguiales.

El *hipotiroidismo* —permanente, accidental o en ataques repetidos — se acompaña también de mixedemas parciales, más o menos acentuados, transitorios o prolongados, sobre todo en la cara, las manos y los pies. — Estas alteraciones imponen a veces diagnósticos diferen-

ciales con el edema de Quincke, los edemas premonitores de la esclerodermia, los edemas reumáticos y los dependientes de neuritis, flebitis o linfangitis. — Más común en la edad adulta, el hipotiroidismo se manifiesta a menudo en la época crítica de la mujer, coincidiendo con la disfunción endocrina de los ovarios y de otras glándulas de secreción interna. — El eritema pernio y la acrocianosis permanente son signos de insuficiencia tiroide. — La psoriasis y estados psoriasiformes e ictiosiformes, algunos eczemas secos con notable tumefacción edematosa, las alopecias difusas no cicatriciales, y ciertas formaciones lipomatosas hipodérmicas, que coinciden con el hipotiroidismo, no son propiamente lesiones endocrinas: son lesiones paraendocrinas, producidas o favorecidas por la viciación del medio humoral dependiente de las alteraciones del metabolismo ocasionadas por la insuficiencia tiroide. Esto se comprueba a menudo por la acción coadyuvante curativa de la medicación tiroide. — Las ictiosis verdaderas comienzan a ser consideradas como una manifestación definitiva del hipotiroidismo congénito.

El *hipertiroidismo* coincide frecuentemente con el hiperadrenalismo. Se produce un estado de simpaticotonía, con la facies basedowniana de emotividad en tensión, en vez de la facies inexpresiva del atiroidismo. En contraposición con la mixedematosa, la piel en el hipertiroidismo es caliente, brillante, húmeda, flaca, fina y marca los perfiles óseos de la cara y del cuerpo. Tiene tendencia a las congestiones activas, sobre todo en las extremidades. — Se ha descrito como un signo de la hiperfunción tiroide *telangectasias* en la nuca, el cuello, el pecho y el abdomen, figurando anillos o segmentos de anillos sobre fondo atrófico, — comparables a los de la *púrpura anular telangiectode* de Majocchi. — Los cabellos y pelos son abundantes, lustrosos, bien engrasados. — Pero el hipertiroidismo puede coincidir con vagotonía

(estados tóxicos, hiposexualismo, hipoadrenalismo), en cuyo caso la piel refleja su padecimiento como en el hipotiroidismo.

En el *bocio* y *cretinismo endémicos*, determinados por asociación a la disfunción tiroide de alteraciones de otras glándulas endocrinas, sobre todo de la hipófisis, con trastornos nerviosos y mentales de índole degenerativa hereditaria, — la piel presenta caracteres de senectud y es atrófica, rugosa, flácida y pálida, con o sin infiltraciones mixedamatosas. — Casi lo mismo se puede decir del *mongolismo*.

Paratiroides. — Las paratiroides tienen acciones moderadoras e inhibitoras de las funciones nerviosas: su supresión es seguida rápidamente de muerte con graves fenómenos de excitación nerviosa. — Tienen influencia en el metabolismo de las proteínas, de los hidratos de carbono y del calcio. — En el *hipoparatiroidismo* la piel presenta hiperestesias y parestesias, sobre todo en las extremidades, con trastornos vasomotores del tipo del dermatografismo y del edema de Quincke. — Presentanse también alteraciones tróficas y discromias, sobre todo melanodermias de aspecto addisoniano. — Del punto de vista de la función pigmentógena las paratiroides serían solidarias de la corteza suprarrenal y opuestas a la substancia medular o cromafin. — En rigor, las alteraciones cutáneas señaladas no derivan directamente de disfunción paratiroide, sino resultan de trastornos del metabolismo y de disfunciones pluriglandulares, dependientes ellas mismas de la hiperexcitabilidad del sistema nervioso de la vida vegetativa y de relación.

Timo. — El timo es un órgano linfopoiético y endocrino, con actividad más acentuada en la infancia y la pubertad, pero prolongada por toda la vida. — Concurrente o antagónica con las otras glándulas endocrinas, tiene, como tal, funciones específicas. — Actúa nota-

blemente en el metabolismo del calcio, y es vagotónico y por esto antagonista de la substancia cromafin.

En el *atimismo* y el *hipotimismo* hay enanismo, raquitismo, atrepsia.

En el *hipertimismo*, o *estado tímico primitivo*, hay macrosomía infantil, nutrición excesiva, gran desarrollo de las masas musculares, adiposidad. Concorre con el estado tímico la hiperplasia linfoide, constituyéndose así el estado timo-linfático de Paltauf.—La piel es habitualmente pálida, cianótica, vulnerable. Se producen fácilmente eczemas, dermo-epidermitis microbianas y reacciones urticáricas anafilácticas: la *diatesis exudativa de Czerny* se manifiesta con frecuencia en terreno timo-linfático. — La hipertrofia del timo tiene un síndrome clínico bien caracterizado: accesos de sofocación pasajeros o prolongados con asfixia progresiva y a veces mortal, cornaje, tiraje, cianosis de la cara, distensión de las venas superficiales. — La hipertrofia tímica explica la muerte súbita en muchos casos.

Hipófisis.—Las alteraciones de la hipófisis crean síndromes numerosos, con modificaciones accesorias de la piel más o menos notables: acromegalia, gigantismo, infantilismo, síndrome adiposo genital, glicosuria y poliuria hipofisiarias. — Estos síndromes pueden depender de alteraciones hiperplásicas, inflamatorias, esclerosas o neoplásicas de la misma glándula, — o derivan de tumores de vecindad que afectan secundariamente la hipófisis.

El lóbulo anterior parece desempeñar con relación a la piel y sus anexos una acción trófica comparable a la tiroidea. — La adiposidad subcutánea, localizada preferentemente en la región suprapubiana, simula a veces la lipomatosis dolorosa de Dercum, que algunos han atribuido a un hipopituitarismo. — Faltan con cierta frecuencia los pelos del pubis y de las axilas, y las uñas

son distróficas. — No es raro que se asocien al hipopituitarismo el hipotiroidismo y el hipogenitalismo.

La hipofunción hipofisiaria produce a menudo alteraciones del metabolismo de las substancias protéicas, que repercuten en la piel con todas sus consecuencias posibles: eritemas, pruritos y prurigos, eczematizaciones, etcétera. — Los ormones del lóbulo posterior o lóbulo nervioso actúan en el mismo sentido que los órganos cromafines sobre los ganglios y plexos del simpático, contribuyendo a regular la termogénesis, la diuresis, el metabolismo de los hidratos de carbono y el trofismo general de las glándulas de secreción interna. — La función hemodinámica o cardio-vascular de la hipófisis es probablemente producida por la *lámina epitelial del lóbulo anterior*, — que determinaría también contracciones del útero grávido y de la vejiga, y aumentaría enormemente el tono de la musculatura intestinal.

En el *hiperpituitarismo*, cuyo síndrome característico es la acromegalia, — hay hiperplasia de la piel y sus anexos con espesamiento dermo-hipodérmico que crea estados mixedematosos o paquidérmicos, además de la sobrecarga grasosa de la obesidad, — leuco-melanodermias, — y todas las repercusiones cutáneas de las alteraciones del metabolismo de las proteínas y de los hidratos de carbono.

De modo general, los síndromes hipofisarios se acompañan de disfunción de varias glándulas endocrinas: son síndromes pluriglandulares. — Las alteraciones cutáneas hacen parte de esos síndromes como consecuencia directa de los trastornos endocrinos, — o derivan secundariamente de las perturbaciones metabólicas imputables a dichos trastornos, y coinciden en este caso con modificaciones del trofismo general.

Cápsulas suprarrenales.—Los síndromes dependientes de disfunciones suprarrenales son también numerosísi-

mos.—En los síndromes de insuficiencia figuran en primera línea las formas completas o frustradas de la enfermedad de Addison, con predominio de los síntomas glandulares o de los nerviosos. — La melanodermia addisoniana parece derivar fundamentalmente de una hipoadrenalinemia, siendo la adrenalina el hormón inhibidor o moderador de la función pigmentógena, a cargo de los melanoblastos o células epidérmicas de Langherans. La substancia cortical daría el hormón excitador o acelerador.—La *raya blanca* de Sergent, coincidiendo con *astenia e hipotensión arterial*, es signo de insuficiencia suprarrenal. — El *dermografismo nigricante*, es decir la tendencia que a veces manifiesta la piel a reproducir y conservar en manchas o rayas hiperpigmentadas las irritaciones o traumatismos sufridos, — constituye un signo de hiposuprarrenalismo, importante sobre todo cuando se acompaña también de astenia e hipotensión arterial. — No olvidar que esos signos de insuficiencia lenta o relativa que así revela la piel pueden llevar al diagnóstico de insuficiencia suprarrenal aguda y completa (síndrome de Sergent-Bernard) en sus formas gastro-abdominal o nerviosa, o en la forma de muerte súbita. El síndrome de asuprarrenalismo revelaría así la extensión súbita de las lesiones crónicas de las glándulas (tuberculosis, sífilis, neoplasia), o la acción sobreagregada de infecciones agudas (gripe, difteria, escarlatina, fiebre tifoide). — Los estados de *leve insuficiencia suprarrenal*, denunciados sobre todo por hipotensión y astenia muscular, son comunes en la tuberculosis, la sífilis, los estados infecciosos y autotóxicos crónicos, el embarazo, el *choque operatorio*. Esos estados pueden exagerarse o persistir como estados de debilidad suprarrenal, — con o sin raya blanca o dermografismo nigricante. — *Los accidentes inmediatos de intolerancia que siguen a la administración del neosalvarsán, y que se traducen en forma de crisis nitritoide, de edemas urticáricos, eritemas polimorfos*

o purpúricos, son imputables en cierta medida a esa debilidad suprarrenal congénita o adquirida. Por eso algunos prácticos prescriben a veces inmediatamente antes y después de la inyección de neosalvarsán una pequeña dosis de la solución de clorhidrato de adrenalina al 1 por 1.000 (20 a 30 gotas) por vía gástrica.

El *hipersuprarrenalismo* tiene por expresión saliente la hipertensión arterial acompañada de hipertrofia cardíaca, coincidiendo a menudo con nefritis intersticial crónica y arterio-esclerosis.—En este estado las erupciones purpúricas cutáneas no son raras. Suelen aparecer entonces en la piel, con o sin púrpura, placas de esfacelo en general explicables por tromboarteritis superficiales.—La *dermatosis bronceada de las piernas*, derivada de hemorragias lenticulares largo tiempo recidivantes, puede entrar algunas veces en ese cuadro.

En el *pseudohermafroditismo suprarrenal*, desarrollado sobre todo en el sexo femenino, los caracteres sexuales secundarios evolucionan en la pubertad hacia el tipo masculino. La piel acentúa estos caracteres vigorosamente con el desarrollo pilar correspondiente al hombre. Hay tumor de las cápsulas suprarrenales o tumor ovárico de origen suprarrenal. — El *virilismo suprarrenal* se manifiesta con alteraciones de los caracteres sexuales secundarios, coincidiendo con un tumor suprarrenal e insuficiencia endocrina. En la joven o la mujer adulta el tipo sexual masculino se establece poco a poco, con desarrollo pilar como en el caso precedente, y pérdida o inversión del apetito sexual. Hay en general al mismo tiempo adiposidad y melanodermia de tipo casi addisoniano. Sobrevienen después los signos y las consecuencias de la insuficiencia suprarrenal lenta o aguda.—En los *varones* el proceso se revela por crecimiento rápido y virilismo precoz. Un *tumor maligno suprarrenal cortical* mata rápidamente a estos enfermos,—o hay en ellos hiperplasia adenomatosa de la

substancia medular en una o las dos glándulas.—El *enanismo senil* o *senectud precoz* o *progeria*—con los aspectos de piel correspondiente a tal estado y coincidiendo con aterosclerosis cardio-arterial — responde probablemente a degeneraciones esclerosas y atróficas suprarrenales.

En la **esfera sexual** los ovarios y testículos son los principales y verdaderos órganos de la secreción interna. Derivan de esta los caracteres corporales y psíquicos de la feminidad o del virilismo, al par que acciones fisiológicas o patológicas con repercusión en todo el organismo, y por consiguiente también en la piel. — La tiroide, la hipófisis y la porción cortical de las cápsulas suprarrenales actúan como estimuladores de la sexualidad, y su intervención conjunta con la de los ormones sexuales puede crear síndromes pluriglandulares o estados mórbidos que surgen en épocas o circunstancias determinadas de la vida sexual, apareciendo así por lo menos como dominantes etiológicas.

La agenesia o falta congénita de desarrollo de las glándulas sexuales da como resultado la falta de diferenciación de los caracteres sexuales secundarios. Originanse de tal modo el *asexualismo*, el *heterosexualismo* o *infantilismo* persistente, con tendencia a la adiposis subcutánea, al irregular crecimiento de los pelos, y a la senectud precoz de la piel o *geroderma*.

Cuando se realiza la castración o se produce la atrofia de las glándulas genitales después de establecida la pubertad con sus caracteres sexuales primarios y secundarios, — estos caracteres no se modifican intensamente, pero en el hombre la piel se hace senil, los cabellos y pelos ralean, se precipita la canicie y la obesidad se manifiesta en los sitios en que se acumula preferentemente la grasa en las mujeres.

En el varón y en la mujer el *hipogenitalismo* anterior a la pubertad, sea cual fuere su causa, revélase a menudo en una forma curiosa: excesivo desarrollo

en longitud de los miembros inferiores con relación al tronco y a los miembros superiores.

La *cara de hipogenitalismo* en el hombre varía del tipo infantil femenino al tipo senil. El *geroderma génito-distrófico* de Rummo y Ferrannini realiza por completo este tipo senil. Cuando el hipogenitalismo se produce en la edad adulta, —por procesos inflamatorios, sífilíticos, tuberculosos o neoplásicos de los testículos, — los hechos de senectud y de obesidad tipo femenino pueden revelarse más o menos acentuadamente, y no es raro que entonces manifiesten su participación en el síndrome las glándulas tiroides y suprarrenales con infiltraciones cutáneas mixedematosas o placas melanodérmicas.

En la mujer el hipogenitalismo anterior o posterior a la edad púber provoca a menudo la aparición de caracteres sexuales secundarios de virilismo y tendencia a la obesidad. Del punto de vista de la piel se ha señalado en ese estado la existencia de hiperidrosis difusas o regionales, y son de vulgar observación las congestiones centro-faciales que crean tipos intensos de *rosácea*, de acné rosado y de seborreas congestivas. Puede añadirse que este hipogenitalismo, en razón de las alteraciones del metabolismo que comporta, directamente o por disfunciones pluriglandulares asociadas, — es una oportunidad mórbida que favorece la aparición de pruritos y prurigos, eczematizaciones y liquenizaciones, urticaria y eritema polimorfo,—poniéndose así de relieve una irritabilidad anormal del simpático. Estos hechos mórbidos cutáneos se presentan de igual modo en el hipogenitalismo fisiológico o de involución ovárica que constituye la edad crítica o de la menopausa, la cual puede ser precoz o retardada. En este momento no es raro que aparezcan tenaces pruritos perigenitales y perianales.

La *pubertad* es frecuentemente puntualizada en los dos sexos por la iniciación de la seborrea y del acné

polimorfo. No es raro que en esa edad se acusen mayormente ciertas *reacciones* mórbidas de la piel, dependientes sobre todo de alteraciones metabólicas que han de señalar un modo de ser individual de la piel, y que en verdad están casi siempre relacionadas con disfunciones endocrinas mono o pluriglandulares. Aquellas reacciones cutáneas no tienen modalidades especiales: prurigos, urticarias, eritemas, eczemas, paraqueratosis psoriasiformes, y a menudo psoriasis y liquen plano.

La *menstruación*, vinculada a una actividad exagerada de la glándula intersticial y del cuerpo lúteo, — se acompaña muy a menudo de alteraciones cutáneas, aun siendo normal. Cuando hay trastornos menstruales es difícil decir la parte que en dichas alteraciones corresponde a la disfunción endocrina y la que puede corresponder a los procesos causales de esta disfunción.

El *prurito menstrual* es de observación común. Puede haber *exacerbaciones menstruales* en un prurito permanente, por lo común circunscripto a las regiones perigenital y perianal, o generalizado, con o sin urticaria.

Los eritemas de la cara, leves o erisipelatoides, precediendo de inmediato a la menstruación, y desapareciendo con ella, crean a veces estados subinflamatorios de la piel. La repetición de estos eritemas deja a la larga pigmentaciones y ectasias capilares de la nariz y las mejillas. A veces el eritema menstrual se localiza en el tronco y los miembros, y se reproduce regularmente en el mismo sitio, en todos o casi todos los períodos menstruales durante largo tiempo, y no es raro que afecte el tipo del edema agudo de Quincke, o se complique con la aparición contemporánea de una urticaria ampollosa o de un herpes vulgar.

El herpes vulgar recidivante, genital o extragenital, precede, acompaña o sigue de cerca con gran frecuencia a la menstruación. Es comunmente genital o labial, pero aparece también muy a menudo en la mejilla o la

nalga, donde puede tomar, por la intensidad de su desarrollo y las disestesias coexistentes, las apariencias de un *herpes zoster recidivante*. Lo hemos visto alternar o coincidir con un edema agudo tipo Quincke.

Es de conocimiento vulgar la relación evidente que existe entre el acné juvenil y la *dismenorrea*. El acné se exagera en los días que preceden de cerca a la menstruación, con la particularidad casi constante de que los brotes eruptivos se hacen entonces sobre todo en el mentón.

Las púrpuras y hemorragias cutáneas y mucosas que se observan a veces precediendo o acompañando a menstruaciones dolorosas y definitivas son imputables en general a discracias manifiestas en forma de cloroanemia con hipotonía cardio-vascular e insuficiencias pluriglandulares, que crean estados hemofílicos y síndromes más o menos complejos vagotónicos.

Es de notar, por fin, que existe una *hiperidrosis menstrual*, regional o difusa, no raras veces acompañada de fetidez particular.

El *embarazo, normal o patológico*, crea circunstancias orgánicas especiales que pueden producir dermatosis o favorecer su aparición. Fecundado el huevo, el cuerpo lúteo del folículo conserva por algún tiempo su función ormonica, paralelamente a la de la glándula intersticial ovárica, hasta que empiezan a actuar los ormones placentarios y fetales. Existe indudablemente una especie de *intoxicación gravídica*, que se exagera en los embarazos anormales, y que puede traducirse por reacciones cutáneas, como se traduce por vómitos, nefritis o eclampsia. A los productos tóxicos derivados del feto y de los anexos fetales agréganse las proteínas y nucleoproteínas resultantes de la actividad nutritiva del tejido placentario que actúan también como tóxicos, — y a unos y otras se suman los productos irritativos también tóxicos determinados por las alteraciones del recambio orgánico

de la madre y el feto. Se establece así la intoxicación gravídica, que en el plasma sanguíneo determina alteraciones de la tensión osmótica y del estado coloidal. El terreno se encuentra de tal modo bien preparado para que el estado auto-tóxico se manifieste a menudo en la piel con reacciones variadísimas.—Son vulgares el prurito y el prurigo de las embarazadas. Circunscritos o difusos, a menudo desesperantes, se atenúan sobre todo con la dieta láctea rigurosa y prolongada. El dermatografismo y la urticaria coinciden con el prurito.—No son raros los eritemas fugaces, rubeólicos, escarlatinoides o polimorfos, — o las eczematizaciones y epidermodermatitis microbianas consecutivas al gratage.—La dermatitis herpetiforme de Duhring coincide a menudo con el embarazo: es el *herpes gestationis*. Pero de los procesos relacionados con este estado seguramente el más grave de todos es el *impetigo herpetiforme de Hebra*, que aparece casi siempre durante el embarazo o el puerperio, pero que no es dependiente en absoluto del embarazo, ni exclusivo de la mujer; esta enfermedad, mortal generalmente, tiene grandes semejanzas clínicas con ciertas formas de la dermatitis herpetiforme, pero más que esta afecta los caracteres de un padecimiento infeccioso de naturaleza ignorada.

Entre las alteraciones cutáneas dependientes del embarazo son vulgares las hiperchromias, cuyo tipo mejor caracterizado es el cloasma. La hiperpigmentación puede afectar formas variadas del punto de vista de las localizaciones, del grado y extensión de las placas pigmentarias, que son escasas o profusas, regionales o diseminadas. No es excepcional que aparezca en iguales circunstancias un vitiligo verdadero. En todos estos casos se trata muy probablemente de acciones simpáticas moderadoras y excitadoras de la función pigmentógena, bajo el estímulo principal de los ormones suprarrenales medulares y corticales.

Dejando de lado los edemas subcutáneos de las embarazadas, — en los miembros inferiores, la cara, las manos, — de interpretación difícil siempre que no sean referibles a una nefritis coincidente, bueno es tenerlos presentes como una manifestación habitual del desequilibrio de la tensión osmótica del plasma sanguíneo y del plasma intercelular. Este desequilibrio explica que el embarazo constituya con frecuencia una oportunidad para la aparición de pruritos, prurigos, eczemas, urticarias y otras diversas reacciones cutáneas, — derivadas de trastornos metabólicos que puede agravar considerablemente una insuficiencia funcional de los riñones.

Las *vergetures* o cicatrices anetodérmicas lineales de las embarazadas, de común observación en el bajo vientre y raíz de los muslos, responden a hechos mecánicos de distensión de la piel y ruptura de redes elásticas.

El sistema pilar aparece a menudo influenciado por el embarazo en el sentido del mayor crecimiento y la hiperplasia. Pero es más común que sea el motivo aparente de pasajeras alopecias difusas o en áreas, a veces intensas, que se presentan poco tiempo después del parto independientemente de toda complicación accidental. Si la hiperplasia puede suponerse debida a estímulos de ormones o toxinas placentarias, con acción congestiva sobre las papilas pilares, — las alopecias son francamente imputables a la insuficiencia tiroide y al hipoovarismo coincidentes con el embarazo.

XXVIII.—Alteraciones o deformidades cutáneas de origen congénito.—*Nevus* atróficos e hipertróficos, — vasculares sanguíneos y linfáticos, — pigmentarios y acrómicos, — blandos y fibromatosos, — lisos, tuberosos, verrugosos o córneos, — pilosos o no pilosos. — *Las ictiosis*. — Variedades objetivas: pitiriásica, laminosa o córnea, — alba, negra o nigricante, — serpentina, sauriosica o hystrix. — Ictiosis localizadas. — Ictiosis

fetal o queratoma maligno difuso congénito. — Hiperqueratosis congénita ictiosiforme generalizada, — con ampollas o sin ampollas, con o sin hiper-epidermotrofia. — Queratodermias eritematosas simétricas de la palma de las manos y planta de los pies. — Enfermedad de Meleda. — Enfermedad de Recklinghausen. — Cutis laxa. — Dermatitis o paquidermocéles. — Estados elefantiásicos y elefantiasis lipomatosas, fibromatosas, hemangiomas y linfangiomas.

XXIX. — **Tumores de la piel.** — Se debe saber diferenciar clínica e histológicamente los tumores de la piel benignos y malignos.

Tumores benignos : — Quistes sebáceos. — Quistes dermoides. — Los *lobanillos* del cuero cabelludo son quistes sebáceos y foliculares, quistes epidérmicos, o epitelomas benignos. — Quistes de las glándulas sudoríparas o hidrocistomas. — Adenomas sebáceos circunscriptos. — Adenomas sebáceos simétricos de la cara. — En la *enfermedad de Fordyce*, constituida por pequeños puntos amarillentos de la mucosa bucal, las lesiones parecen ser adenomas sebáceos aberrantes. — Hidro-adenomas. — Fibromas. — Queloides. — Lipomas y fibrolipomas. — Lipomas sub-cutáneos múltiples. — Miomas. — Hemangiomas y linfangiomas. — Tumores calcáreos. — Neuromas. — Neuromas plexiformes. — Xantoma congénito o en tumores. — Papilomas.

Tumores malignos. — Los **epiteliomas de la piel.** — Formas histológicas : espinocelulares, basocelulares y adenoides. — Formas clínicas : — Epitelioma vegetante superficial o verrugoso : nace a menudo del queratoma senil. — Cancroide vulgar, o epitelioma pavimentoso lobulado córneo, forma grave que afecta de preferencia los labios, la lengua y la cara interna de las mejillas. Es el tipo de epitelioma que complica los viejos lupus ulcerados. — Epitelioma plano cicatricial, muy

frecuente en la nariz, las mejillas y los párpados. — El *ulcus rodens* es un epitelioma basocelular a base indurada y de lenta evolución. — Cuernos seniles. — Epiteliomas consecutivos a las radiodermitis.

Carcinomas de la piel son especialmente designados ciertos tumores epiteliales que se caracterizan por su desarrollo rápido y su extrema malignidad. — Nacen a menudo sobre nevus, pigmentados o no, — o son consecutivos a cánceres de la mama, — o representan el desarrollo en la piel de metastasis de origen visceral.

Epiteliomas nodulares múltiples de la piel. — Son siempre o casi siempre nódulos metastásicos derivados de cánceres viscerales, o de carcinomas de la mama operados o no operados. — Adenocarcinomas de esta clase provienen a veces de carcinomas de la próstata.

Es importante conocer bien ciertas *dermatosis precancerosas*. — La epitelomatosis múltiple senil se desarrolla sobre queratomas seniles. — Enfermedad de Paget del mamelón. — Disqueratosis precancerosa de Bowen. — Xeroderma pigmentosa — Leucoplasias.

Tratamientos. — Rayos X. — Radium. — Nieve carbónica. — Cáusticos. — El método de Czerny-Trunecek con el ácido arsenioso.

Sarcomas de la piel. — Sarcomas en general. — Sarcomas primitivos y sarcomas secundarios. — *Sarcomas primitivos solitarios de la piel.* — Formas clínicas, histológicas y de evolución. — Generalización de la neoplasia. — Diagnóstico. — Pronóstico.

Sarcomatosis primitivas generalizadas de la piel. — Son de relativa frecuencia entre nosotros. — Los nódulos neoplásicos son dérmicos o dermo-hipodérmicos, y evolucionan individualmente o pueden evolucionar como los sarcomas solitarios. — Dos tipos de sarcomatosis idiopática cutánea pueden ser considerados *formas regulares*, por presentarse siempre con caracteres semejantes :