

Aparecen costras en una y otra afeccion; pero en el eczema éstas dependen de la concrecion de un humor seroso ó sero-purulento, que se exhala de la superficie afecta, por lo cual forman una capa continúa y más ó menos densa, que cubre, no solo las vesículas ulceradas, si que tambien los espacios intervesiculares; en el herpes no hay derrame de exudacion; el humor de las vesículas permanece retenido y concreto en éstas, aun despues que se han abierto, y así las costras son individuales para cada vesícula, ostentando cada una la que le corresponde, sin estar vinculada á las demás.

El eczema puede ser agudo y crónico; el herpes es siempre de curso agudo. El eczema es sumamente propenso á recidivas próximas; el herpes es poco ó nada recidivante. Las eflorescencias del eczema se limitan á la piel; las del herpes invaden frecuentemente las membranas mucosas próximas á los orificios naturales.

Si de buenas á primeras os he conducido al terreno del diagnóstico diferencial entre dos afecciones del género vesiculoso que tienen entre sí bastantes analogías, ha sido, señores, para que, al exponer los períodos de la evolucion del herpes, que son los mismos que los del eczema, no pueda haber confusion en vuestra mente, aún impresionada por las dos últimas lecciones.

Hay en el herpes un período prodrómico, que no es constante y consiste en fenómenos febriles, más ó menos graduados, con cefalalgia, inapetencia y lengua saburral. Á veces faltan por completo los prodromos y la dermatosis aparece en su primer período, ó eritematoso, caracterizado por manchas de un rojo más ó menos vivo, salientes y perfectamente limitadas, que causan al paciente sensacion de escozor, pinchazos y calor y en las cuales, tocando, se per-

cibe el aumento de temperatura. Pueden aparecer todas las manchas de una vez ó por brotes sucesivos. Su duracion es variable entre algunas horas y uno ó dos dias, en que entra la afeccion en su segundo período ó de vesiculacion: las manchas se cubren de vesículas blanquecinas, de aspecto de perlas ó granos de mijo; algunas de ellas son mucho mas gruesas, hasta el punto de merecer el nombre de flictenas y de haber recibido la afeccion el calificativo de herpes flictenoides. Esta diferencia en el volúmen de las vesículas, ha dado pié á que Devergie haya establecido una division en el herpes, admitiendo una especie que él llama herpes de vesículas extremadamente pequeñas y otra de herpes de grandes vesículas, division que, con el Dr. Guibout, nosotros debemos rechazar, pues, además de que el volúmen de las vesículas nada indica respecto de la naturaleza de la enfermedad, es lo cierto que en la misma superficie y aún en un mismo grupo de vesículas, se encuentran unas gruesas, otras medianas y otras pequeñas.

Las vesículas, en un principio repletas de un humor claro y aguanoso, se vuelven opalinas y purulentas, persistiendo asi durante tres ó cuatro dias, al cabo de los cuales pasan al tercer período, ó de desecacion, en que las vesículas se abren y la materia que contienen se concreta formando costras aisladas, amarillentas ó morenas, que cuatro ó cinco dias despues se desprenden, dejando en su lugar una película equivalente á una cicatriz, que no tarda en desaparecer completamente.

Si no sobrevienen nuevos brotes, aqui queda terminado el proceso patológico del herpes, cuya duracion, en conjunto, no pasa de dos septenarios, siendo, por consiguiente, agudo su curso. Suele, empero, suceder que aparecen nuevas erup-

ciones de manchas y vesículas, y en estos casos, que algunas veces se observan en la cara mucosa del prepucio, en la corona del glande y en la vulva, tendremos la afección que Bazin ha descrito con el nombre de herpes sucesivo y crónico y Doyon con el de herpes recidivante de las partes genitales.

Hemos dicho que el herpes puede presentarse en las membranas mucosas. La de los labios, la de la boca, la de la lengua, la del pene y la de la vulva y vagina son frecuentemente asiento de esta afección. En tales sitios, la tenuidad del epitelio hace que las vesículas sean tan fugaces, que apenas nacidas se abren, y la abundancia de humores mucosos es causa de que el líquido sero-purulento no llegue á concretarse formando costras. De ahí resulta que el herpes de las membranas mucosas carece de los períodos de vesiculación y de exfoliación, reduciéndose la afección á la presencia de un número mayor ó menor de ulceritas, que en los genitales podrian tomarse por chancros venéreos y en la boca por aftas.

Varias veces he tenido ocasion, á la cabecera de los enfermos, de adiestrarnos en la diferenciación entre el chancro blando y el herpes del glande y prepucio. En esta afección las úlceras son tan superficiales, que solo merecen el nombre de ulceraciones; sus contornos, en vez de uniformes y al parecer producidos por un saca-bocados, son irregulares, festoneados y como cortados á bisel desde el fondo á la superficie de la mucosa. Son además estas úlceras pruritosas, se irritan al menor contacto y de ordinario no se acompañan de infartos ganglionares en las ingles.

Tratando de establecer las diferentes variedades que por razon de su sitio, configuración y naturaleza puede presentar el herpes, conviene que empecemos declarando que la

afeccion conocida con el nombre de herpes zona, aun cuando anatómicamente caracterizada por las lesiones propias del género herpes, será objeto de un estudio completamente separado, en razon al concepto que de su naturaleza y patogenia tenemos. No terminaré la presente Leccion sin dejar dilucidado este punto.

La descripcion que llevo hecha del herpes corresponde á los casos en que esta afeccion radica en la piel; sus particularidades sintomatológicas se observan en las mucosas, esto es, en el herpes labialis, prepuciales y vaginalis.

El herpes labialis, que frecuentemente aparece como fenómeno crítico favorable en la declinacion de algunas enfermedades febriles, ó aisladamente, precedido ó no de ligera calentura, se presenta al rededor de la boca y especialmente en el borde libre y piel del labio inferior, para invadir, á veces, la mucosa bucal. Sobre una rubicundez eritematosa, nacen uno ó mas grupos de vesículas, anchas, aplanadas y repletas de un humor blanquecino, que luego se condensa formando costras aisladas, que se desprenden al cabo de algunos dias. Su evolucion no difiere, pues, de la del herpes vulgar, en tanto se limita á la superficie externa y borde mucoso del labio; cuando ataca la mucosa geniana, lingual ó faríngea, no se ven vesículas ni costras, sino simplemente ulceraciones superficiales.

Creo excusado insistir en el herpes prepucial, vulvar y vaginal, pues basta atender al carácter mucoso de estas superficies, para comprender, segun queda dicho, que en tales sitios no se caracterizará por vesículas ni costras, sino simplemente por ulceritas, del aspecto y condiciones que hace un momento os describia.

En razon á la disposicion y configuracion de la efflorescencia, el herpes es susceptible de tres variedades,

llamándose respectivamente circinado, nummular y zona.

Recordad la disposicion en círculos concéntricos de eritemas y vesículas, que digimos caracterizaba al herpes parasitario: un círculo rojo, rodeado de vesículas y conteniendo en su centro una superficie cutánea escamosa, tal es la disposicion del herpes circinado.

El herpes nummular forma escudos rojos, poblados de vesículas, que, siguiendo la evolucion propia del género, se desecan, se vuelven crustáceas y se exfolian.

En el herpes zona, segun veremos luego, hay grupos de vesículas que, siguiendo la direccion del trayecto de un nérvio, forman un semicírculo, ya sea alrededor de un miembro, ya del tronco, cuello ó cara.

Atendiendo á su naturaleza ó modo patogenético, pueden distinguirse cuatro especies ó variedades de herpes: herpes de causa externa ó artificial, herpes pseudo-exantemático, herpes crítico y herpes herpético.

Un cóito con persona de organizacion desproporcionada, ó con una mujer lencorréica ó en el período menstrual; el descuido de la limpieza de las partes de la generacion en los hombres cuyo glande segrega abundante esmegma ó en mujeres afectadas de flujos vaginales, pueden ser causas del herpes prepucial ó vulvar. Este herpes es de causa externa. En igual caso se halla el que puede asomar en los labios por haber besado una persona que no cuida del aliño de su boca ó de aliento fétido, y el que producen en la piel las picaduras de ciertos insectos, el roce de los vestidos ó de la accion directa de agentes irritantes, mecánicos ó químicos.

Entre las especies de herpes pseudo-exantemático,

debe ocupar el primer lugar el herpes flictenóides, que es el prototipo de esta enfermedad, tal y como la hemos definido, con solo la condicion mudable de que, al agruparse y comunicarse varias vesículas, vienen á constituir algunas flictenas.

Tambien, al parecer, deberia incluirse entre los pseudo-exantématicos el herpes iris, descrito por Bateman, al cual Hardy dá el nombre de eritema polimorfo; con lo cual dicho está que no le considera como herpes, pues dice que carece de vesículas. En efecto, como dice Guibout, «la vesícula del herpes iris es única, aislada y no forma parte de ningun grupo; no es crustácea, ó, por lo menos, no tiene sino apariencias de costra; no tiene, pues, nada absolutamente que recuerde los caractéres del herpes. Bazin niega tambien el carácter de herpes á esta afeccion y la denomina hidroa vesiculoso. De todos modos, es bueno que sepais que se entiende por herpes iris una afeccion caracterizada por una vesícula central, rodeada de una série de círculos concéntricos de vesículas.

Hay, por último, en el grupo de los herpes pseudo-exantématicos, el herpes circinado, cuya descripcion podemos abreviar refiriéndonos á lo que digimos tratando de los síntomas del herpes circinado parasitario, con el cual tiene las mayores analogías. Recordad los círculos de vesículas rodeadas de aréolas eritematosas; recordad que, á proporcion que entran en desecacion las vesículas del centro, aparecen nuevos círculos de vesículas y de eritema en la periferia; recordad, en fin, la irregularidad de formas que suelen resultar por efecto de la confusion de diferentes círculos eritematosos y vesiculosos, con el centro escamoso ó sano y tendreis exacta idea de la afeccion de que aquí se trata; entendiendo, empero, que en esta falta el pa-

rásito y que, según Bazin, es siempre una manifestación del vicio artrítico.

El herpes crítico es aquel que sobreviene en la terminación de una enfermedad febril, como indicio de próxima ó ya iniciada mejoría. Esos granos, que tan frecuentemente se observan en los labios de los que convalecen de tifoideas, empachos gástricos, etc., y que comunmente se llaman pasas, son verdaderos herpes, cuya significación clínica favorable es del dominio del vulgo.

Dos estados diatésicos, dos enfermedades constitucionales, pueden expresarse en la piel por la forma de herpes: el herpetismo y la sífilis. Habrá, pues, dos especies de herpes sintomático: el herpes herpético y el herpes sífilítico; ambos son de curso crónico, como las discrasias que respectivamente representan.

La cronicidad del herpes herpético consiste en la sucesión de erupciones ó brotes. A veces, aun no se descaman las vesículas de un brote, ya asoman otras pertenecientes á otra erupción; otras veces, entre uno y otro brote media un período de algunas semanas y aun de algunos meses: en el primer caso tendremos el herpes crónico sucesivo y en el segundo el que M. Doyon llama herpes recidivante de las partes genitales, puesto que en esta región, es decir, en la mucosa balano-prepucial y en la de la vulva y pliegues génito-crurales, es en donde se observa con esta marcha. Este es también el herpes sintomático de la artritis, según las ideas de Bazin.

El herpes sífilítico, ó sea la sífilide herpetiforme, no debe ocuparnos en este lugar, pues su historia pertenece á la Sifiliografía: bastará decir, que hay en esta afección todos los elementos anatómo-patológicos del herpes, esto es, grupos eritematosos poblados de vesículas,

que se desecan y forman costras dehiscentes; que, como afección sifilítica, se caracteriza por el color de jamón del eritema y por la completa indolencia de la erupción y que, por la época en que aparece, esto es, después de la roséola, las sífilides papulosas y las placas mucosas, y coincidiendo con la cefalea, los dolores osteocópsos y las neuralgias, debe contarse entre los síntomas terciarios ó de transición del segundo al tercer período de la lúe sifilítica.

En el diagnóstico del herpes solo puede haber confusión con alguna otra de las dermatosis vesiculosas y con la enfermedad llamada por Bazin hidroa ampuloso y por Devergie fiebre penfigosa ó pénfigo de pequeñas ampollas.

No tengo necesidad de insistir en el diagnóstico diferencial entre el herpes y el eczema; puesto que precisamente esta distinción me ha servido de punto de partida para exponer con mayor claridad la historia clínica del herpes.

Distinguir el herpes de la miliar es fácil, atendiendo á que en esta las vesículas no están dispuestas en grupos, sino aisladas; son además muy pequeñas y no terminan formando costras, sino descamándose la epidermis sola, puesto que es reabsorbido el líquido seroso que contienen.

Respecto del pénfigo agudo, cuya existencia ha sido rotundamente negada por Hebra, y del que, sin embargo, en este mismo curso nos ha presentado un buen ejemplar aquel albañil que ocupó la cama n.º 18 de la sala de Santo Tomás, — cuya historia expondremos en una de las lecciones próximas, — la distinción no es difícil: basta reparar que en el pénfigo las ampollas son mayores y aisladas y que al abrirse dan salida á un humor que se concreta en costras amarillentas extratificadas.

Como afección genérica, el herpes es una de las dermato-

sis de significacion pronóstica mas leve. Si es de causa externa, podreis pronosticar que se curará apenas cese la causa que le dió origen; si es pseudo-exantemático, no mereciendo la calificacion de zona, terminará en uno ó dos septenarios; si aparece como fenómeno crítico, es anuncio de una curacion próxima de la enfermedad febril en cuyo curso se presenta; si es herpético, merecerá el concepto clínico de una herpétide, sin aumentar ni disminuir la gravedad; por último, si es sifilítico, expresará un período adelantado de la enfermedad constitucional de que es una manifestacion.

Es evidente que la terapéutica del herpes variará segun su naturaleza, y que así como en el de causa externa bastarán los medios locales, será preciso echar mano de la medicacion interna en el herpético y en el sifilítico.

En el herpes labial todos los conatos se dirigirán á respetar las vesículas y las costras. Tienen estas un curso limitado; caerán al cabo de algunos dias y debajo de ellas aparecerá la piel en condiciones normales. Limitaos, pues, á prescribir un tópico muy suave, tal como el glicerolado de almidon, la vaselina, el coldcream: así planteareis una medicacion expectante.

El herpes del prepucio y de la vulva, se exasperan por el roce y por el movimiento; convendrá, pues, recomendar el reposo y se aplicarán cataplasmas de harina de arroz ó de fécula de patatas, para calmar el ardor y la inflamacion.

El herpes pseudo-exantemático reclama los cuidados propios de una erupcion febril; formadas las vesículas, se evitarán las violencias externas que puedan destruir las poniendo al descubierto los elementos sensibles del dermis, cubriendo las partes afectadas con polvos de almi-

don, licopódio ú óxido de zinc, ó lo que es aun mejor, segun aconseja Guibout, extendiendo una capa de colodion risinado, el cual, al propio tiempo que defiende del roce exterior, comprime suave y uniformemente las vesículas y refresca las superficies hiperemiadas.

Nada tengo que añadir respecto al tratamiento interno. Si se trata del herpes herpético, se emplearán los arsenicales y si del herpes sifilítico, el mercurio y el ioduro potásico serán los indicados.

Existe, señores, una afeccion de la piel que, aparte de los síntomas cutáneos propios del herpes idiopático pseudo-exantemático—manchas rubicundas, con grupos de vesículas anchas, que se desecan formando costras deliscentes, previo un período prodrómico febril—se caracteriza por tres particularidades, que son: 1.^a aparecer los grupos de vesículas en sitios correspondientes á la distribucion de determinados nervios cutáneos; 2.^a atacar solo una de las regiones pares ó territorios nerviosos del cuerpo, no rebasando jamás la línea media y 3.^a ir precedida acompañada y aun á veces seguida, la erupcion de intensos dolores neurálgicos.

La enfermedad en que concurren estos síntomas, es el herpes zona, ó zoster. Definámosle, pues, con Hebra, «una afeccion de la piel que, presentando todos los caracteres del herpes, los sitios ocupados por los grupos de vesículas corresponden á la distribucion de ciertos nervios cutáneos y que, ora sobrevenga en la cabeza, en el tronco ó los miembros, se limita á una de las dos mitades laterales del cuerpo.»

Atendiendo á la disposicion de los grupos eritemato-vesiculosos, pueden observarse distintas variedades en el herpes zona: ó no hay mas que una sola placa con algunas vesículas, ó existen varias placas, dispuestas sin orden ni simetría, ó bien los grupos de vesículas se disponen en círculos excéntricos, como en el herpes circinado, ó, en fin, se presentan en series lineares formando un semicírculo al rededor del tronco ó de un miembro; esta disposicion es la que merece en propiedad el calificativo de zona. Siempre es de notar que en los intervalos que median entre una y otra placa, la piel está perfectamente sana.

Sin apartarse de su tipo, que podríamos llamar normal ó regular, el herpes zona puede ofrecer las siguientes modalidades: 1.º erupcion con todos los caracteres propios del herpes, apareciendo primero los grupos mas próximos al origen del nervio y mas tarde los mas lejanos; 2.º circunscribiéndose la erupcion á una mitad del cuerpo, abarcar toda la region á que corresponde la distribucion del nervio en cuyo territorio se desenvuelve; 3.º faltar por completo ó casi por completo los dolores neurálgicos que preceden y que á veces subsiguen á la erupcion, y 4.º en lugar de serosidad, hallarse las vesículas repletas de materia purulenta.

Consideraremos irregular ó anómala esta afeccion, en los casos siguientes: 1.º cuando la erupcion en sí misma se aparte de la forma vesiculosa, presentando pápulas, ampollas, ó pústulas que ocupan las partes profundas de la piel, por lo cual van seguidas de cicatrices muy visibles;

2.º cuando los grupos de vesículas se presentan simétricamente en ambas mitades del cuerpo,—hecho rarísimo—

3.º cuando solo algunas vesículas alcancen un desarrollo completo, en tanto que otras muchas abortan al nacer ó son sumamente diminutas;

4.º cuando una neurálgia de suma intensidad concomita con la erupcion ó persiste aun despues de haber esta desaparecido;

Y 5.º cuando la erupcion tiene el carácter hemorrágico, tiñéndose de color azulado la base de las vesículas, presentándose dolores intensísimos y terminando la erupcion por cicatrices muy aparentes.

En la aparicion y curso del herpes zona, se nota siempre un período prodrómico muy característico. Transcurren uno ó dos dias en que el enfermo se queja de quebrantamiento, mal gusto de boca é inapetencia y tiene agitado el pulso y aumentado el calor. Vivos dolores, que el paciente compara á una sensacion de pinchazos y quemadura combinados, y que tienen carácter paroxístico, aparecen en el sitio en donde debe presentarse la erupcion. Algunas horas despues,—de 12 á 24,—se presentan, simultánea ó sucesivamente, varias manchas eritematosas, de uno á dos centímetros de ancho por tres ó cuatro de largo. Poco despues, estas manchas se cubren de vesículas—en número de 15 á 20 en cada mancha—blanquecinas y brillantes, como perlas, que frecuentemente se ensanchan se hacen confluentes y comunicando entre sí por la ruptura de sus paredes, vienen á formar algunas flictenas—vesículo-ampollas.—El humor seroso se vá espesando y volviéndose purulento, por lo cual las vesículas pierden su transparencia y adquieren un tinte amarillento. Del cuarto al quinto dia comienza la desecacion: las que eran vesículas, se convierten en costras, amarillentas ó morenas, que permanecen adheridas, durante unos cuatro ó cinco dias mas, y al desprenderse, dejan una película cicatricial y una ligera mancha, que no tarda en desaparecer, quedando la piel con todo su aspecto normal.

Cuando la erupcion se verifica de una sola vez, el her-

pes zona queda terminado en el decurso del segundo septenario; pero, como suelen ocurrir erupciones sucesivas, es frecuente que la completa y total dehiscencia de las costras se haga esperar hasta el tercero ó el cuarto.

Hay un hecho en el herpes zona que recuerda la evolucion de las dermatosis exantemáticas y que ha motivado que muchos le consideren como un exantema verdadero. Este hecho consiste en la remitencia ó total cesacion de los fenómenos febriles y aún de la neuralgia así que asoma la erupcion. Pero esto no es constante, pues muchas veces se observa que aún cuando desaparezca la fiebre cuando se presentan las manchas y las vesículas, los dolores nerviosos persisten hasta tanto que han caido las costras.

Es decir, pues, que la marcha general del herpes zona es susceptible de presentar ciertas anomalías, algunas de las cuales, por comunicar al conjunto de la enfermedad una gravedad que normalmente no le corresponde, merecen el título de complicaciones.

Tres son las principales complicaciones del herpes zona, á saber: 1.º persistencia de la neurálgia; 2.º forma gangrenosa de la erupcion y 3.º carácter hemorrágico de la misma.

Los dolores, al mismo tiempo de ustion y de pinchazos, que, con el movimiento febril, abren lo marcha de esta enfermedad y forman su periodo prodrómico, segun acabamos de decir, entran en remision ó cesan completamente cuando aparecen las manchas y vesículas eruptivas. Son, pues, poco duraderos; pero á veces—y de esto fué buen ejemplo una enferma que hace dos años ocupó la cama número 38 cabeza de la sala Beato Oriol—léjos de ceder, aumentan de intensidad en el periodo eruptivo, persisten durante toda la evolucion de las vesículas, permanecen igualmente vivos en el de dese-

cacion y desprendimiento de las costras y aun no es raro que subsistan mucho tiempo despues que ha desaparecido todo vestigio de la erupcion. Es esta una complicacion importante, pues los vivos sufrimientos por tanto tiempo continuados abaten las fuerzas del paciente, quien no encuentra sino un solaz momentáneo en los calmantes mas heróicos. La aludida enferma aguardaba ansiosa la hora de la inyeccion hipodérmica de 2 centigramos hidroclorato de morfina, que tres veces al dia se le practicaba en la espalda, para mitigar la viva neurálgia intercostal que acompañaba al herpes zona que tenia en el lado izquierdo del pecho. Este intenso sufrimiento duró hasta la completa dehiscencia de las costras.

Aun es mas grave la complicacion gangrenosa. Las vesículas y las manchas se hacen asiento de una inflamacion excesiva, que, trascendiendo á los elementos del dérmis, termina por la formacion de pequeñas escaras, que ocupan el lugar de las costritas vesiculares; caen las escaras y el dérmis aparece en el fondo de una úlcera dolorosa, que cura dejando una cicatriz muy notable. Esta complicacion, que se observa en organismos caducos ó deteriorados, se acompaña de los síntomas generales y trastornos funcionales concomitantes de la gangrena, los cuales añaden gravedad á esta afeccion, que, con sus dolores agudísimos, dura á veces meses enteros.

La complicacion hemorrágica depende de que la sangre se extravasa en el dermis, por lo cual, en vez de manchas rojas eritematosas que se desvanecen comprimiendo con la yema del dedo, se ven manchas equimóticas azuladas. Ya no hay vesículas brillantes, tensas y repletas de serosidad citrina, sino vejiguillas fofas, arrugadas y de color negruzco, que al abrirse dan salida á un humor sanguinoletto, que se condensa en costras húmedas, negruzcas y muy del-

gadas, seguidas de úlceras dolorosas, las cuales, lejos de tender á la cicatrizacion, propenden á extenderse incesantemente. A este estado local se agregan síntomas generales graves: calentura, lengua seca y roja en la punta y bordes, dolores abdominales y diarrea. Todo esto, como se vé, constituye un cuadro patológico de los mas graves, que frecuentemente termina por la muerte.

Considerado en relacion á la topografía ó territorio nervioso en que se desarrolla, el herpes zona presenta algunas particularidades, que importa conocer.

Admitiendo con Bärensprung diez variedades de esta atecion por el sitio que ocupa, tendremos:

1.º El zona facial, que, correspondiendo á las ramificaciones cutáneas que el trigémino tiene en la cara, ataca solo la mitad de esta region, alcanzando las vesículas al dorso de la nariz, que es en donde son mas pequeños.

2.º El zona frontal, que siguiendo la distribucion de la rama frontal del oftálmico, aparece en la frente y cuero cabellado, extendiéndose, á veces hasta la region occipital. Suele acompañarse de hiperemia de la conjuntiva, vivos dolores oculares y alteraciones en los movimientos del iris, que pueden simular una iritis.

3.º El zona occipito-cervical, que corresponde al trayecto de los nervios occipital y auricular superficial, del plexo cervical. Comienza por la parte lateral del cuello, al nivel de la 2.ª y 3.ª vértebras y se extiende hácia la cara y region infra-hioidea.

4.º El zona cérvico-clavicular, que sigue la distribucion de las ramas descendentes del plexo cervical superficial, esto es, la esternal, la clavicular y la acromial.

5.º El zona cérvico-braquial, que corresponde á las ramas cutáneas del plexo braquial, comienza al nivel de las

5.^a 6.^a y 7.^a vértebras cervicales y 1.^a corsal, se propaga al brazo, principalmente en el sentido de la extensión, baja hasta el codo y puede continuar por el antebrazo, hasta el dedo meñique, ó bien, afecta todas las regiones cutáneas inervadas por el radial y el cubital.

6.^o El zona dorso-pectoral, que aparece según la dirección de las ramas dorsales é intercostales de los pares dorsales, comprendiendo por lo común tres pares, es decir, la altura de tres vértebras, sigue un trayecto oblicuo, como los espacios intercostales, y dá la vuelta hácia la cara anterior del tórax, en donde remonta algo hácia el esternon, como lo hacen las costillas.

7.^o El zona dorso-abdomininal, que afecta la region comprendida entre la 8.^a vértebra dorsal y la primera lumbar, circundando el abdómen, hasta la línea alta.

8.^o El zona lumbo-inguinal, que comienza al nivel de la region lumbar y se dirige oblicuamente hácia la línea alba, descendiendo hasta el monte de Venus y las regiones genital, glútea y femoral externa.

9.^o El herpes zona lumbo-femoral que, siguiendo la distribución de las ramas cutáneas del plexo lumbar, esto es, la inguino-cutánea, la genito-crural, crural y obturatriz, puede ocupar una extensión muy vasta, lo cual es causa de su gravedad.

Y 10.^o El zona sacro-ciático, afecto á las ramas tegumentarias del plexo ciático, que comprende las caras anterior ó posterior del muslo, pudiendo descender hasta la corva.

No todos los autores opinan del mismo modo en punto á la naturaleza del herpes zona. El doctor Guibout, que ha discutido ampliamente este asunto, le atribuye una índole pseudo-exantemática, pues, dice, que, como los exantemas,

presenta un período prodrómico febril, que coincide con la neuralgia, cuyos síntomas entran en declinacion desde el momento en que aparece la eflorescencia, y que, como las enfermedades eruptivas, además de su forma normal ó leve, es susceptible de presentar formas graves, como lo son la gangrenosa y la hemorrágica.

Otros le consideran como manifestacion de una discrasia, sin reparar que su agudez, el color rojo subido de las manchas y los vivos dolores de que se acompaña, no son propios de las sífilides; ni que la falta de simetría, su curso rápido y la falta de propension á las recidivas, le separan de las herpétides. El mismo Bazin, que le consideró de índole artrítica, ha declarado, por boca de su discípulo y compilador el doctor Baudot, que renuncia á esta idea, en atencion á que, por lo comun, no es posible distinguir el herpes zona idiopático del artrítico.

Queda otra opinion, la del doctor Parrot, á la cual nos adherimos, y consiste en considerar las lesiones anatómicas del herpes zona como resultado de una perturbacion primitiva de los nervios que animan determinadas regiones. En apoyo de esta manera de ver podria invocar numerosos casos prácticos; pero, en gracia á la brevedad, me limitaré á los siguientes, que han sido publicados en el año IX de la INDEPENDENCIA MÉDICA. El primero de ellos corresponde á la visita particular de vuestro dignísimo catedrático de Patología médica doctor don Bartolomé Robert.

Era una mujer que, por espacio de seis dias, habia sido atacada de un vivo dolor epigástrico, inmediatamente por debajo del apéndice xifoides, que se irradiaba hácia el séptimo espacio intercostal derecho, perdiéndose al nivel de las digitaciones del serrato mayor. Transcurridos aquellos dias, se asoció al dolor agudo y lancinante, una sensacion de que-

mazon y vivo escozor á lo largo del costado derecho, desde la region infra-mamaria hasta la espalda; aparecieron dos manchas rojizas, de cuatro centímetros de longitud por tres de anchura, en el mismo sitio en donde la enferma experimentaba la sensacion quemante, mediando entre una y otra mancha una distancia de un decímetro. Á las 24 horas, aparecieron sobre las manchas de 25 á 30 vesiculitas, de 3 á 4 milímetros, repletas de un humor seroso, denso y de color amarillento oscuro, las cuales duraron sin alteracion tres ó cuatro dias, y sin que, en este tiempo cesasen ni la quemazon, ni la primitiva neuralgia. Despues comenzó á resentir el dolor inter-costal, así como la sensacion de ardor y las vesículas principiaron á amortiguarse; secáronse y formaron costras, que á los pocos dias cayeron, dejando como vestigio poco duradero una mancha cobriza, que recordaba el color de la sífilides.

Aquí se ve que la neuralgia precedió de muchos dias al herpes y que aquella duró hasta el final de la erupcion. ¿Qué tiene de comun con esta marcha la de los exantemas? ¿Puede dudarse de que el estímulo neurálgico vino á provocar la eflorescencia?

Los cuatro siguientes casos corresponden á mi observacion: el primero pertenece á mi visita particular, el segundo lo encuentro en mis notas de la clínica quirúrgica y los dos últimos fueron recogidos en la clínica de mi cargo, por el, entonces alumno interno, D. Pablo Vallescá, hoy dia distinguido médico de sanidad militar.

Una jóven de 28 años, casada, de temperamento linfático nervioso, piel blanca, fina, pelo rubio y con léntigos diseminados, hermana de otra jóven á quien recientemente habia tratado con éxito un eczema de la vulva, vino á mi consulta particular, exponiendo que hacia dos ó tres dias le habian

aparecido en la espalda unos granitos muy pruritosos y ardorosos, acompañados de dolores profundos, sumamente vivos, que por la noche le impedían el sueño. Al nivel de la séptima vértebra dorsal y el punto correspondiente al intersticio del dorsal largo y el sacro-lumbar, sitio de emergencia de la rama cutánea del respectivo nervio dorsal del lado izquierdo, veíanse dos grupos de vesículas, sobre un fondo rojo, de unos dos centímetros de diámetro cada uno, siendo mas largos que anchos. Entre uno y otro grupo habia un intervalo de piel sana; comprimiendo con la yema del dedo en el punto de emergencia de los referidos nervios cutáneos, se determinaba un dolor vivísimo y de la misma índole que el de carácter neurálgico que la enferma, aparte de la comezon, aquejaba en dicho punto: habia allí, pues, un punto doloroso neurálgico. Era, por consiguiente, la afeccion un herpes zona, desarrollado en las extremidades terminales del primer par dorsal. Quise hacer un ensayo clínico libre de toda confusion, y sobre la marcha, inyecté, con la geringa de Pravaz, en el sitio afecto, una disolucion de dos centigramos de hidro-clorato de morfina. Transcurrieron ocho minutos, durante los que la enferma permaneció en mi despacho, y declaró que se encontraba notablemente aliviada del dolor nervioso, bien que continuaba en el mismo estado la comezon. La volví á ver al siguiente dia, y me dijo que habia pasado la noche sin la menor molestia, habiendo cesado la comezon al poco rato de haber salido de mi casa. Miré la espalda y, como vestigio del herpes zona, no encontré mas que una tenuísima descamacion furfurácea. Desde entonces esta jóven quedó curada.

No tuve tanta fortuna en otra jóven que, en el curso de 1875 á 1876, ocupó la cama número 38 cabeza de la sala Beato Oriol, de quien llevo hecha referencia. Se necesitaron

ocho inyecciones hipodérmicas, en cuatro dias, para que los grupos vesiculosos de un zona dorso-torácico llegasen á su término, despues de haber remitido la neuralgia solo en los intervalos próximos á las inyecciones. Fué un zona rebelde, que encontraba perceptible alivio por la inyeccion narcótica.

La cuarta y quinta observaciones lo son de herpes zona traumático, del cráneo. En uno de estos casos se trataba de una mujer que, á consecuencia de un vértigo, no sé si epiléptico, cayóse, y al dar contra una puerta, se hizo una herida por contusion en la parte posterior y superior de la region parietal izquierda. Tenia la herida 3 centímetros de largo por uno de ancho, é interesaba todos los tejidos, hasta el pericráneo. Sobrevinieron síntomas de conmocion cerebral, que fueron victoriosamente combatidos. Adelantada la cicatrizacion de la herida, al sexto dia la enferma aquejó fuerte comezon y vivos dolores neurálgicos en la parte izquierda de la region occipital. Ésta se hallaba poblada de vesículas, grandes como cañamones, agrupadas sobre algunas manchas rubicundas. Ninguna vesícula se observaba mas allá de la línea media, esto es, en el lado derecho. No se podía tocar la piel de esta region sin causar vivo dolor. Teniamos, pues, un herpes zona desplegado en el territorio correspondiente á las ramas mastoidea y occipital del plexo cervical, por efecto de un traumatismo. Tres inyecciones hipodérmicas de hidroclorato de morfina bastaron para hacer cesar el dolor neurálgico y hacer entrar en desecacion, en otros tantos dias, la erupcion cutánea.

La última observacion se refiere á una mujer de 54 años que, desde el curso anterior—estábamos en el de 1873 á 1874—permanecia en la clínica, afectada de un reblandecimiento medular. Trasladada á la sala de Cunas, se cayó de la cama y

se causó una herida por contusion en la parte derecha de la region occipital. Al tercer dia estaba cicatrizada la herida, y al siguiente presentáronse en la citada region tres grupos de vesículas, sobre un fondo eritematoso, llenas de un liquido blanquecino y acompañadas de una comezon intensa y de un dolor agudo y profundo, que de cuando en cuando se exacerbaba extraordinariamente. Una sola inyeccion hipodérmica de hidroclorato de morfina, en la nuca, bastó para que desapareciesen el dolor y la comezon. Algunas de las vesículas se desecaron y se desprendieron inmediatamente, mientras que otras exhalaban una corta cantidad de humor concrecible, retardando su completa dehiscencia algunos dias, al cabo de los cuales la piel tenia el aspecto normal.

En vista de estos hechos, parece que no puede dudarse de el origen nervioso del herpes zona. En efecto: del primer caso clínico se desprende que la neuralgia precedió de muchos dias á la erupcion vesiculosa y duró tanto como ésta; del segundo se deduce que la dermatosis detuvo su curso, abortó, tan pronto como la inyeccion hipodérmica de morfina hizo cesar la neuralgia; en el tercero se vé cierta tenacidad en los dolores nerviosos y en la erupcion; cesaron empero uno y otro al influjo del narcótico; los dos últimos evidencian la realidad del zona traumático, que aparece en el periodo cicatrizal de las heridas; cesaron la erupcion y el dolor bajo la exclusiva influencia de la morfina.

Ante estos hechos clínicos, no tienen gran valor las objeciones que el doctor Guibout ha hecho al origen nervioso del herpes zona, alegando que frecuentemente la distribucion de las vesículas, no corresponde exactamente á la de los fletes nerviosos en la piel; que en algunos casos la eflorescencia comienza por el sistema correspondiente á un determinado nervio, y acaba en el de otro vecino, y finalmente,

que la generalidad de las neuralgias no van acompañadas ni seguidas de erupcion herpética. Tienen, digo, poco valor estas objeciones, porque, al decir que el herpes zona es de origen nervioso, no queremos dar á entender que las extremidades cutáneas del nervio estén precisamente comprendidas en la erupcion, sino que, al influjo del trastorno neuropático, se desarrolla el trabajo flogístico eritemato-vesiculoso en el territorio influido por cierto nervio. ¿Conocemos, por ventura, los alcances de la inervacion de cada uno de los nervios cutáneos, así en su poder sensitivo como en su influjo trópico, para que nos sea dable asignar límites precisos á la erupcion? ¿Tendria algo de particular que el estímulo de un territorio nervioso se irradiase á otro vecino, del propio modo que se observa en la propagacion de los focos flogísticos? ¿No podria admitirse que el asiento de la lesion nerviosa se halla, no en el tronco mismo, sino en el centro de emergencia de éste, en el eje encéfalo-medular? ¿No provocan los fisiólogos erupciones cutáneas artificiales, estimulando determinadas regiones de los centros nerviosos? Si admitimos, como debemos admitir, en la accion de los nervios cutáneos, además de un influjo sensitivo, un influjo nutritivo, y suponiendo que la lesion reside en el origen y no en el trayecto ni extremidades terminales de los mismos, ¿podemos admirarnos de que, en ciertos casos,—muy raros por cierto,—aparezca la erupcion vesiculosa sin haber sido precedida de neuralgia, afectándose entonces únicamente el elemento trófico del nervio? ¿Es de extrañar que la erupcion y la neuralgia no marchen en perfecto paralelismo? Aun en los casos de herpes zona traumático, es de notar que, ni la erupcion ni la neuralgia se han presentado hasta que la herida ha entrado en el período de cicatrizacion; ¿no prueba esto que la lesion nerviosa es de origen central,

aunque causada por la impresion traumática periférica?

Tenemos, pues, gran número de pruebas y de consideraciones que nos conducen á admitir el origen nervioso del herpes zona. Ahora bien; el calificativo de zona, que indica que la erupcion forma un segmento de círculo, es de cabal aplicacion al herpes de los espacios intercortales, del abdómen, etc.; pero carece de exactitud cuando se refiere á otras regiones, como el cráneo, la cara, la espalda, el muslo, etc. De ahí que,—puesto que conocemos la naturaleza de la afeccion,—propongamos el nombre de herpes nervioso, que además de que no envuelve ningun error respecto á la disposicion de la erupcion, expresa claramente la patogénia de esta dermatosis. No me empeñaré en que sea admitida esta innovacion terminológica; solo diré que, despues de publicadas las observaciones clínicas á que he hecho referencia, esta modificacion ha sido tomada en consideracion por varias publicaciones médicas nacionales y extranjeras.

Despues de lo que llevo expuesto y vistos los rápidos y favorables efectos de las inyecciones hipodérmicas de morfina, poco me queda que añadir sobre la terapéutica de esta enfermedad. Hay dos indicaciones que llenar: 1.^a, calmar el dolor, que es al mismo tiempo atacar el elemento patogénito, y 2.^a, preservar de violencias exteriores á las vesículas. La primera se satisfará inyectando una, dos, y aun tres veces al dia, segun la intensidad de la neuralgia, de uno á dos centígrados de hidroclorato de morfina, en un punto próximo al de emergencia del nervio correspondiente á la region afecta. La segunda indicacion quedará cumplida cubriendo las grupos vesiculosos y eritematosos con sustancias que, tales como el engrudo de almidon, el óxido de zinc, amasado con agua, los polvos de lycopódio, etc., formen una cubierta pro-

tectora á la erupcion. El colodion risinado, recomendado encarecidamente por el doctor Guibout, es sin duda el mejor tópico. Hebra se sirve del emplastro de dibótano, con poca trementina, extendido sobre una tira de lienzo y expolvoreado con polvos de ópio, que, por medio de una venda, se sostiene sobre la erupcion. Los casos graves de gangrena y forma hemorrágica presentan indicaciones generales, que se desprenden de la naturaleza de los síntomas y que seria ocioso detallar.

LECCION XIII

SUMARIO.—Dermatitis ampollosas, ó flictenosas.—Del pénfigo.—Casos clínicos: 1.º pénfigo vulgar benigno; 2.º pénfigo agudo pseudo-exantemático.—Definición del pénfigo.—Periodo inicial, ó de manchas rubicundas.—Aparición de las ampollas.—Su número.—Pénfigo solitario.—Evoluciones de las ampollas.—Formación de costras foliáceas.—Pénfigo foliáceo, ó herpétide maligna^a exfoliatriz.—Modificaciones de esta forma.—División del pénfigo en agudo y crónico.—Pénfigo agudo: sus síntomas y marcha.—Pénfigo crónico.—Sus variedades.—Pénfigo vulgar benigno.—Pénfigo vulgar maligno.—Pénfigo pruriginoso.—Pénfigo foliáceo en sus diferentes periodos.—Pénfigo simultáneo, sucesivo é interminente.—Pénfigo solitario, discreto y confluyente.—Pénfigo infantil y senil.—Pénfigo simulato ó provocado directo.—Pénfigo segun su naturaleza: artrítico, herpético, sifilitico, caquético y sintomático de la lepra.—Etiología del pénfigo.—Anatomía patológica de esta afección.—Diagnóstico diferencial.—Pronóstico del pénfigo.—Tratamiento.—Remedios intrenos y externo.

De la rúpia.—Su etimología.—Su definición.—Una historia clínica de rúpia sifilitica.—Sintomatología de esta enfermedad.—División de la rúpia en simple, proeminente y escarótica.—Su etiología.—Especies principales de rúpia.—Rúpia artificial.—Rúpia patogenética.—Rúpia escrofulosa.—Rúpia sifilitica.—Diagnóstico diferencial con el pénfigo, el impético, los abscesos dérmicos escrofulosos, etc.—Pronóstico de la rúpia.—Su tratamiento.—Tratamiento general.—Tratamiento local.

SEÑORES:

Vamos á tratar de las dermatosis ampollosas ó flictenosas, esto es, del pénfigo y de la rúpia, y para mejor comprender los alcances de la primera parte de la presente leccion, os invito desde luego á recordar la historia de dos enfermos que han pasado por nuestra clínica.

El primer caso se refiere á una mujer de unos cincuenta y

cinco años, sanguíneo-nerviosa y no muy robusta, que, en el curso anterior, ocupó la cama número 38 cabeza de la sala Beato Oriol. Vino á la clínica con unas seis ó siete ampollas, repletas de serosidad citrina y de un tamaño variable entre el de una avellana y una nuez, en el dorso del pie izquierdo. Dijo que hacia cuatro ó cinco dias que, sin causa para ella conocida, sintió una comezon bastante intensa en la region mencionada, en donde vió aparecer dos ó tres manchas redondas, de color rubicundo, sobre las cuales, á las pocas horas, aparecieron las ampollas que entonces presentaba; al dia siguiente, presentáronse nuevas manchas, que á su vez fueron seguidas de flictenas, hasta llegar éstas al número que observamos en el dia de su ingreso. Recordaréis el curso que siguió esta dermatosis: á los seis ó siete dias de estancia en la visita, las ampollas perdieron su transparencia, á causa de que se habia enturbiado el contenido; de tensas y brillantes que eran, volviéronse flácidas y deslustradas y acabaron por formar costras foliáceas, que al fin se desprendieron, dejando en su lugar una descamacion poco abundante y una mancha cicatricial, que estaba á punto de borrarse del todo cuando la enferma tomó la alta. Nada más ofreció de particular este caso, como no sea un brote tardío de las mencionadas manchas y ampollas, á cuyo origen y desarrollo pudimos asistir. No aparecieron sinó dos más; pero fueron suficientes para que observásemos que á poco de salir, las manchas redondas comenzaron á palidecer en el centro: era que por ahí se iniciaba el depósito sub-epidérmico de serosidad; luego la epidermis se fué levantando con mucha rapidez, y al siguiente dia, quedaban terminadas las flictenas, que en los demás siguieron un curso completamente idéntico á las que las precedieron. Era este un caso de pénfigo vulgar y benigno.

El otro caso pertenece al contingente clínico del presente curso: es aquel albañil, que hace pocos dias ha salido de la enfermería, en donde ocupó la cama número 18 de la sala de Santo Tomás. Al entrar, refirió que tres dias antes se habia sentido acometido de calentura bastante intensa, con cefalalgia y vómitos, declarándose despues una diarrea algo abundante y advirtiendole que le habian aparecido unas ampollas en las piernas. Contábanse, en efecto, entre ambas piernas y muslos, unas diez ó doce flictenas, grandes como avellanas, no más, llenas de un líquido citrino, discretas y sin rubicundez ni escozor, ni prurito. La piel estaba perfectamente sana en los intervalos. Los síntomas generales debian haber remitido mucho, pues apenas tenia calentura; solo la lengua estaba espurca y aún continuaban los deposiciones diarréicas.

Diagnosticamos un pénfigo agudo pseudo-exantemático; propinamos un laxante y mandamos cubrir con algodón en rama las piernas. Quince dias despues, levantando el apósito, vimos que las ampollas se habian marchitado y reducido á costras foliáceas, que luego se desprendieron por lijera exfoliacion epidérmica, dejando por todo vestigio unas manchas de color rosado, que no llevaban traza de durar muchos dias cuando el enfermo salió del hospital.

Con estos dos solos casos clínicos, debemos trazar la historia del pénfigo; pero no vayais á creer que esta afeccion solo sea susceptible de presentar estas dos variedades: todo lo contrario, sus formas son asaz numerosas, por más que nuestra pobre clínica no haya ofrecido otros ejemplares. Ellos, empero, os serviran de tipo para obtener una idea clara del género de la enfermedad y, por lo que iré exponiendo, no os será difícil formar concepto de sus especies.

Así, pues, señores, si hubiésemos de definir el pénfigo—

de *περυσ* ampolla — diríamos: que es una enfermedad de la piel, que también puede invadir las membranas mucosas, caracterizada por ampollas más ó ménos numerosas, cuyo volumen varia desde el de un guisante hasta el de una nuez ó una naranja, redondeadas, ovales ó irregulares, jamás confluentes, siempre diseminadas, ó solitarias y repletas de un líquido seroso, que rota la flictena, se concreta formando costras foliáceas, las cuales al caer dejan una ulceracion superficial ó una mancha rubicunda.

Cuando se asiste al momento que precede á la formacion de las ampollas penfigosas, se nota que en el sitio en que ellas han de aparecer, se presentan manchas eritematosas, que suelen causar un escozor bastante molesto. En tal sitio, y comenzando por el centro, se inicia el depósito de serosidad y queda rápidamente constituida la ampolla, que, como nunca abarca toda la extension de la mancha, resulta rodeada de una pequeña línea ó areola rubicunda.

Hay ampollas pequeñas como guisantes, otras como una avellana; la enferma de la clínica tenía una del tamaño de una nuez; pueden aún ser mayores, como una naranja y hasta como la cabeza de un niño. Nada, pues, tan variable como el volumen de las ampollas del pénfigo. En esto y en casi todos sus caracteres físicos, se parecen á las flictenas de las quemaduras, con las cuales conviene empero no confundirlas, pues siguen un curso diferente y tienen muy diversa significacion clínica.

También es variable el número de las ampollas: á veces no hay más que una, y el pénfigo se llama solitario; pero por lo comun existen varias, separadas unas de otras, y si algunas vez confluyen, vienen á confundirse en una sola las que han constituido grupo. La piel que media entre una y otra ampolla, permanece perfectamente sana.

De todo punto transparentes al principio, las ampollas comienzan á enturbiarse del segundo al tercer dia, á causa de que el humor que contienen se vuelve purulento y espeso. Entonces, es decir, del cuarto al sexto dia, comienzan á marchitarse, pudiendo tomar dos distintas vias, á saber: 1.º reabsorberse el líquido, en cuyo caso las ampollas se coarugan y aplastan, aplicándose laxamente la hojilla epidérmica al dermis desnudo, el cual, así protegido, no tarda en cubrirse de una película cicatricial, que aparece en el momento en que caen por exfoliacion los residuos de las ampollas; ó 2.º abriéndose éstas y concretándose el humor que contienen, junto con la hojilla epidérmica, formar costras foliáceas amarillentas que cubren el dermis ulcerado. Puede acontecer que, al caer las costras, aparezca la piel ya restaurada en su parte epidérmica por una hojilla cicatricial, ó bien que se presente el dermis desnudo y formando una ulceracion superficial, que exuda pus, que al concretarse, forma nuevas y sucesivas laminillas foliáceas.

Si el trabajo de formacion epidérmica continúa y la afeccion se generaliza, de modo que sigan formándose abundantes laminillas foliáceas, delgadas, blanquecinas y semi-transparentes, que se desprenden sin cesar en grandes cantidades, sembrando el suelo y la cama de tales producciones, el cuerpo del enfermo toma un aspecto muy singular y característico, que el Dr. Hardy, con plausible acierto, compara á la corteza del álamo, y constituye la afeccion que este ilustre dermatólogo denomina *pénfigo foliáceo* y á la cual Bazin llama *herpétide maligna exfoliatriz*.—Véase la lámina de nuestro Atlas, tomada de la obra de Hardy.—

En tal estado, la extoliacion epidérmica tiene toda la gravedad de uno de esos flujos serosos ó hemorrágicos, que, exfoliando el organismo, conducen á la debilidad, al maras-

mo y aun á la muerte, despues de haber sido causa de graves trastornos de parte de los órganos respiratorios y digestivos, por la profunda perturbacion que de tales lesiones resultan en las importantísimas funciones de la piel.

Puede, empero, acontecer que el pénfigo foliáceo no sea precisamente la consecuencia de una afeccion ampollosa, sino una metamórfosis ó modificacion accidental del psoriasis y puede así mismo suceder que, en vez de tender á continuar exagerada la exfoliacion, disminuya de intensidad y quede reducida á las proporciones del psoriasis. Tanto en el uno como en el otro caso, Bazin y, á su ejemplo, Guibout, ven en esta enfermedad una manifestacion muy grave del herpetismo, cosa que no admite Hardy.

Lo más comun es que el pénfigo, en su período de exfoliacion, no alcance la intensidad que acabamos de describir, sino que, siendo moderada la descamacion epidérmica, y rebajando cada dia la abundancia de las escamas, se vaya preparando la curacion de la dermatosis, la cual queda terminada, á menos de haber nuevos brotes, por unas leves manchas, sin muestra de cicatriz.

Reduciendo á términos concretos las formas que puede revestir el pénfigo, encontramos desde luego, fundándonos en la marcha de la enfermedad, su division en agudo y crónico.

Hebra no admite el pénfigo agudo. En 80,000 casos de enfermedades cutáneas que ha observado, no ha visto un solo caso auténtico de esta forma, y aun añade que, segun el testimonio de todos los prácticos de Viena, á quienes á consultado sobre el particular, ninguno la ha observado. El caso de la clínica que hemos referido en segundo lugar, pone fuera de toda duda la realidad de esta afeccion. Rayer, Caze-
nave, Sihedel y Devergie la describen con los nombres de

fiebre penfigoide ó ampollosa. Es el pénfigo piréctico ó de pequeñas ampollas de Bazin.

¿Qué es, pues, el pénfigo agudo, sino un verdadero exantema, con su periodo febril, caracterizado por aumento del calor y frecuencia del pulso, cefalalgia, lengua súcia y, sobre todo, por la diarrea, que algunos consideran efecto de una erupcion penfigosa en el canal cibal, cuyo humor se derrama en la superficie intestinal y se expele por evacuaciones alvinas? Recordad lo que os he dicho del enfermo de la sala de Santo Tomás, á quien comenzamos á observar al punto en que iban en decadencia los síntomas febriles y gastro-intestinales; quedaba aun la diarrea y la saburra de la lengua; vísteis el curso, relativamente rápido, que siguieron las ampollas: las encontramos flácidas y mortecinas y casi del todo cicatrizado el dermis, bajo la capa de algodón en rama, á los diez ó doce dias de estar el enfermo en la clínica. Distinguid, pues, si quereis, en el pénfigo agudo un periodo prodrómico, otro eritematoso, que inmediatamente precede al levantamiento de las ampollas, otro ampuloso ó eruptivo, caracterizado por la presencia de las ampollas y otro exfoliativo, en que la epidermis y el humor de las ampollas se condensan formando costras foliáceas, que tardan poco en desprenderse, para dejar ver el dermis, ya cubierto de su película epidérmica cicatricial. No me entretendré en describir estos periodos, pues la historia clínica á que me refiero vale más que una descripcion dogmática; solo diré, que el pénfigo agudo, como los otros exantemas, es susceptible de presentar formas malignas, ora por el carácter gangrenoso de la erupcion, ora por adquirir esta un aspecto hemorrágico, presentando los fenómenos febriles todos los caracteres de la adinamia ó de la putridez.

Quando la erupcion ampollosa se verifica sin que precedan fenómenos febriles, el pénfigo merece el nombre de crónico. Bazin quiere que se reserve la denominacion de pénfigo para la forma aguda y la de pompholix para la crónica. Ya sabeis que la idea de cronicidad, no está necesariamente ligada á una larga duracion, sino á la ausencia de síntomas que indiquen vivas reacciones orgánicas; era, pues, crónico, aún cuando duró escasamente un mes, el pénfigo que observamos en la mujer que en el curso próximo pasado ocupó la cama número 38 cabeza de la sala Beato Oriol y cuya historia llevo expuesta.

En esta forma caben distintas variedades, que Hebra reduce á dos: el pénfigo vulgar y el foliáceo; el primero es el prototipo de esta afeccion y no tengo que insistir en sus caracteres; el segundo lo he descrito al ocuparme de las modificaciones de que es susceptible el período esfoliativo.

El pénfigo vulgar puede ser benigno, cuando la afeccion no se complica con síntomas graves y se encamina á la curacion, siquiera se haga ésta esperar á causa de las sucesivas erupciones que se van presentando. Las personas sanas y robustas son las que ofrecen el pénfigo benigno; no hay fiebre, ni insomnio, ni cefalalgia, ni anorexia, ni sed exagerada; las ampollas son brillantes [y bien repletas y, á no ser que recaigan en sitios en donde el roce las destruye, como sucede en la espalda, no causan apenas incomodidad. Entre un período de seis semanas á seis meses, contando la sucesion de las eflorescencias, queda terminada esta enfermedad. En este espacio de tiempo han pasado muchos dias en que el enfermo se ha visto completamente libre de ampollas.

En oposicion al que acabamos de describir, tenemos el

pénfigo vulgar maligno, que mejor se llamaria caquético, pues se ceba en sugetos débiles, anémicos ó privados de favorables influencias higiénicas. Las ampollas son numerosas, flácidas y sumamente ténue su envoltura epidérmica, razon por la cual se abren al poco tiempo de haberse formado, determinando vastas escoriaciones supurantes y muy dolorosas, que se cubren de una capa pultácea y que, si por ventura llegan á cicatrizar, dejan una mancha pigmentaria muy manifiesta. No es raro que una viva comezon se declare en la efflorescencia, lo cual hace que el enfermo se rasque sin sosiego, abriéndose tempranamente las ampollas y determinando una exudacion de sangre, que se condensa formando costras negruzcas sobre las superficies escoriadas. Este es el pénfigo pruriginoso, que Cazenave consideraba como una combinacion del pénfigo y del prurigo, significacion clínica que rechaza Hebra.

Conoceis los rasgos mas culminantes del pénfigo foliáceo en su período de esfoliacion; ved ahora lo que le distingue en los precedentes: son sus ampollas muy numerosas, flojas, de color amarillo rojizo y á través de ellas no es raro observar una inyeccion vascular del dermis; al aparecer forman varios centros, en torno de los cuales se presentan de continuo otras ampollas, de la misma forma y color, que, al desecarse y confundirse con las primitivas, constituyen costras amarillentas y delgadas, que se exfolian sin cesar, dando á la superficie afecta un aspecto parecido al del último período del eczema escamoso, así como en el principio se asemejaba al de una quemadura flictenosa. El mal progresa en extension, pues al paso que no desaparece de las regiones primitivamente invadidas, van apareciendo nuevos brotes en otros puntos, hasta que la afeccion se generaliza y el cuerpo del enfermo, todo cubierto de escamas blan-

cas, foliáceas, transparentes y humedecidas por una secrecion poco abundante, presenta un aspecto que recuerda el de un ridículo *clown*.

Segun tengo enunciado, la nutricion experimenta profundas perturbaciones á medida que el pénfigo foliáceo extiende sus dominios: el enfermo pierde el apetito, atormentale el insomnio y le asaltan repetidos recargos febriles, frecuentemente precursores de nuevas erupciones ampollosas; despues la calentura se hace continua, ó ligeramente remitente; vienen dolores cólicos y diarreas y al fin, agotadas las fuerzas por tantas y tan profusas pérdidas y por alteraciones funcionales tan considerables, el paciente toca al término de su vida, conservando la integridad de sus facultades intelectuales. Es, pues, el pénfigo foliáceo una de las formas mas graves de esta afeccion, por mas que, en concepto de Bazin y Guibout, que, conforme os he dicho, le consideran como manifestacion del herpetismo, y le llaman herpétide maligna exfoliatriz, sea susceptible de modificarse y adquirir las moderadas proporciones de un psoriasis, así como proceder directamente de esta afeccion, sin haber sido precedido de erupciones ampollosas.

Estas son las principales formas clínicas del pénfigo; pero no creais que estén agotadas sus variedades ni sus calificativos.

Llámase simultáneo el pénfigo, cuando la erupcion ampollosa aparece de una vez en toda la extension del cuerpo que debe ocupar, y, al contrario, recibe el calificativo de sucesivo cuando unas ampollas se presentan despues de otras, pudiendo mediar entre una y otra eflorescencia algunas semanas y aun meses. Cuando los brotes se verifican en épocas fijas y regulares, el pénfigo se llama intermitente.

Á tenor de la mayor ó menor aproximacion y número de las ampollas, el pénfigo se denomina: solitario, cuando no tiene mas que una flictena; discreto ó diseminado, cuando, habiendo varias, están separadas entre sí por grandes intervalos de piel sana, y confluyente, cuando las ampollas propenden á agruparse.

Por la época de la vida en que se observa, los autores admiten un pénfigo infantil ó neo-natorum y un pénfigo senil.

Hebra llama pénfigo simulado al que nosotros llamaríamos provocado directo, y resulta de la accion de ciertos agentes irritantes sobre la piel, tales como las cantáridas, el torvizco, el amoníaco, el agua hirviendo, un vestido ó un calzado sobrado apretado, etc. Estas lesiones son flictenas, pero no constituyen verdadero pénfigo, pues las falta espontaneidad.

Por último, atendiendo á la naturaleza de la enfermedad, Bazin admite un pénfigo artrítico, otro herpético, otro sifilítico, otro caquéctico, y otro sintomático de la lepra. El pénfigo artrítico es una afeccion de cuestionable realidad, como lo son aun muchas de las artrítides; el herpético no es mas que el pénfigo foliáceo, ó herpétide maligna ex-foliatrix; el sifilítico lo niegan casi todos los dermatólogos, pues constituye la rúpia. Yo he visto, con todo, una erupcion decididamente penfigosa, generalizada, en un sifilítico, que mi escasa autoridad no me permite calificar de pénfigo sifilítico, y por no oponerme al voto respetabilísimo de todos los prácticos, me limito á considerarla como un pénfigo coincidente con la sífilis. El pénfigo caquéctico es el que hemos descrito con el nombre de maligno. El sintomático de la lepra será estudioap

cuando nos ocuparemos de esta dermatosis constitucional y tal vez nos convenceremos de que, lejos de ser un síntoma de la lepra, no constituye mas que la expresion del estado caquéctico que acompaña esta enfermedad.

La etiología del pénfigo, ámpliamente examinada por Gilibert, ha sido discutida con el criterio escepticista que distingue al ilustre Hebra. De este estudio no resulta demostrada la influencia de los climas, ni de las estaciones, ni de los cambios termométricos y barométricos de la atmósfera, ni de ciertos alimentos, ni de las afecciones morales, ni del temperamento linfático, ni de las perturbaciones de la menstruacion, ni de la supresion de los flujos hemorroidales ú otros con que la economía se habia connaturalizado, ni de las enfermedades uterinas, ni de las lesiones renales, con supresion de orina, atribuidas á metastasis de los principios constitutivos de este humor, ni de la sífilis, ni de la lepra. No tenemos, pues, mas que negaciones en la etiología del pénfigo; lo cual significa que sus causas son muy oscuras ó muy difícil su estudio. No puede, con todo, negarse el influjo de la debilidad, ni que las formas mas graves sean las que recaen en sujetos caquécticos y afectados de anémia. Hace poco he visitado una jóven clorótica, procedente de la Isla de Cuba, afectada de pénfigo crónico benigno y sucesivo en las piernas, que no ha cedido sino al influjo de los marciáles, que entonaron al organismo y restablecieron el suprimido flujo catamenial. Así, pues, en medio de la indecision de la etiología del pénfigo, diremos que favorece sensiblemente el desarrollo de esta dermatosis todo cuanto depaupera el organismo y deprime la nutricion.

El proceso anatomo-patológico del pénfigo ha sido comparado por Gustavo Simon al de las flictenas que produce un vejigatorio aplicado á una superficie pilosa, tal como

el cráneo. A la formacion del exudado seroso, preceden rubicundeces mas ó menos extensas, con ó sin elevacion del tegumento. A veces esta hiperemia no es visible, y de buenas á primeras se presentan pequeñas vesículas, que, como en el vejigatorio aplicado al cuero cabelludo, son limitadas por las prolongaciones epidérmicas de los folículos pilosos, hasta tanto que, rotas éstas adherencias anatómicas, las vesículas comunican entre sí, adquiriendo desde entonces el volumen y consideracion de ampollas. En punto al contenido de éstas, no hallamos mas que serosidad, que al principio es albuminosa, pero que despues se carga de corpúsculos purulentos, siendo al parecer ilusorios los resultados de la investigacion analítica que tienden á probar la presencia de los principios inmediatos de la orina en el humor pénfigoso.

Si siempre nos fuese dado asistir á todas las sucesivas evoluciones del pénfigo, desde el período eritematoso al ampoloso y al foliáceo, el diagnóstico de esta enfermedad no ofreceria dificultad alguna. En efecto, no hay ninguna dermatosis ampollosa al estilo del pénfigo, ni ninguna vá seguida de las costras foliáceas y manchas cicatriciales que son propias de esta afeccion. Pero ¿cuántas veces la multiforme sarna, especialmente en los niños, presenta ampollas de todo punto semejantes á las del pénfigo! ¿No equivocáramos el diagnóstico, en semejantes casos, si no atendiéramos á los otros caracteres que acompañan á la enfermedad zoonparasitaria? Y el pénfigo foliáceo ¿no tiene las mayores analogías con ciertas formas escamosas del *eczema*? No los confundiriés, sin embargo, porque, al paso que tendreis presente la generalizacion de la exfoliacion del pénfigo, en contraste con la circunscripcion del *eczema*, recordareis que aquel ha sido precedido de ampollas y vá acompañado de un

profundo decaimiento de fuerzas, que no es propio del pénfigo.

Entre la rúpia y el pénfigo no hay sensibles diferencias, mientras se mantienen íntegras las ampollas; pero apenas éstas se abren, se nota que, al paso que en el pénfigo aparecen ulceraciones superficiales, que se cubren de costras laminosas muy ténues y seguidas de manchas cicatriciales, en la rupia se presentan úlceras profundas, con costras gruesas y estratificadas, que al caer dejan cicatrices radiadas de mucha apariencia y persistentes.

El pronóstico del pénfigo, sí hubiésemos de juzgar por los pocos casos que hemos tenido en la clínica, distaria mucho de tener la gravedad que le acuerdan la generalidad de los dermatólogos; pero atended á que nuestros enfermos gozaban de bastante robustez, y esta es condicion favorable y no muy frecuente en esta enfermedad. Por esto fué más rebelde en aquella jóven cubana amenorréica de mi visita particular, en quien, á buen seguro no hubiese triunfado del pénfigo, si no hubiese atendido á la clorosis de que se hallaba dominada.

Pensemos, pues, que arguyendo como arguye casi siempre el pénfigo, un gran decaimiento de fuerzas, supone una enfermedad importante y muy expuesta á exagerarse por la aparicion de nuevos brotes, que inducen nuevas pérdidas, que pueden conducir al paciente al sepulcro. Sobre todo no os fieis de las ampollas flácidas y numerosas; ni de esas coarugadas y sin brillo, que se resquebrajan al poco tiempo, dejando el dermis al descubierto; sed, al contrario, mas benignos en el pronóstico de las ampollas repletas y lustrosas, que, sin ser muy numerosas, conservan por muchos dias su integridad anatómica.

Sabed además—y esto agrava el pronóstico—que la te-

rapéutica del pénfigo es sumamente pobre en recursos de reconocida eficacia, y que la medicacion espectante es la que con mayor frecuencia nos vemos obligados á plantear.

En efecto, José Frant decia, que el mejor tratamiento de esta enfermedad consiste en no hacer nada; Hertz es del mismo parecer; Hebra no cree en los efectos de la medicacion interna y Devergie y Bazin participan del mismo excepticismo. Aquí, en el pénfigo crónico, nos hallamos, pues, completamente desarmados de aquellos recursos que tanto influjo ejercen en otras dermatosis constitucionales. El hierro se hace pesado al tubo digestivo; los cólicos y la diarrea hacen intolerables los arsenicales; solo es dado intervenir activamente, para corregir las alteraciones gastro-intestinales, administrando medicamentos pépticos, como la estriginina, en píldoras ó en las gotas amargas de Baumé—de 2 á 4, en medio vaso de agua, un cuarto de hora antes de las refacciones—con el objeto de levantar el apetito y favorecer la digestion estomacal, ó prescribiendo dos ó tres gotas de láudano, al terminar la comida, para oponernos á la diarrea.

En casos menos graves, como el que llevo citado de cloroanemia, el hierro encontrará plausible indicacion, siempre y cuando se administren preparados que, tales como el lactato ó el tartrato ferrico-potásico, sean fácilmente soportados por el estómago.

En el pénfigo agudo encontraremos las mismas indicaciones que en una fiebre exantemática. Porque hay saburra y otras perturbaciones gástricas, podrá convenir, en el período prodrómico, un vomitivo, que á la vez ejercerá una accion diaforética, de favorable influjo para activar la erupcion. Cuando ésta se haya formado, no habrá mas que cuidar de que no se desgarran las ampollas por el roce, y al efecto

bastará cubrir las partes afectas con una capa regularmente densa de algodón en rama. Iniciada la madurez de las ampollas, se favorecerá la reabsorción por medio de un purgante hidragogo.

El tratamiento externo es el que tiene mas alcances en el pénfigo crónico. Hebra se vale de los baños simples continuos, mejor diríamos de la instalación permanente del enfermo en el agua. Son baños de dos ó tres meses de duración: el paciente está constantemente inmerso en la bañera, que al efecto está forrada de lana y tiene una almohada de pelo de caballo, para que el enfermo pueda descansar, dormir y ejercer todas las funciones sin salir del baño.

Cualquiera comprenderá cuan engorroso y poco aceptado sería para los enfermos semejante tratamiento, máxime cuando, á pesar de haber logrado con él algunas curaciones y alivio en los sufrimientos, el mismo autor confiesa que no es de éxito seguro ni preserva de molestas recidivas.

¿Qué hacer, pues? No nos queda otro expediente que contentarnos con las aplicaciones de algodón en rama, sostenidas por vendajes apropiados, sobre las partes afectadas, recurso ideado por M. Hilaret y recomendado por el Dr. Guibout, y del cual en la clínica hemos obtenido resultados satisfactorios.

Señores: quien dice rúpia —de *ρυπία*— dice suciedad, esto es, enfermedad cutánea asquerosa, y tal es el aspecto de la afección así llamada por Bateman, discípulo de Willan.

Conocéis el pénfigo: su vecina, en el concepto del género ó lesión cutánea, es la rúpia. Pero ésta no es una afección simplemente ampollosa, sino mas bien pustulo-ampo-

llosa, que se transforma rápidamente en costra espesa, rugosa, morena ó verdosa, que al caer deja una úlcera mas ó menos profunda, á la cual subsigue una cicatriz muy perceptible.

Apenas pasa un curso sin que en nuestra clínica se presenten algunos casos de rúpia, pero casi todos pertenecen á la seccion de venéreos; solo podria referiros dos casos de rúpia escrofulosa, observados en la enfermería de mujeres, que vinieron en cursos anteriores. Como los caracteres del género son los mismos, prefiero tomar por tipo clínico el enfermo que, á principios de este curso, ocupó la cama número 17 de la sala de Santa Cruz, afectado de rúpia sifilítica.

Éste lo habeis podido ver todos, y por consiguiente, os proporcionará impresiones provechosas. Entended, empero, que, como en otra seccion hemos de ocuparnos especialmente de los accidentes terciarios de la sífilis, reservaré para entonces el exponeros los detalles clínicos de esta enfermedad considerada como sifilide, es decir, como dermatosis específica.

Al empezar el curso, encontramos en la clínica y en la mentada cama, un jóven de 28 años, que habia ingresado á principios del verano. Referia una completa historia de sífilis en sus períodos primario y secundario. Además de la afeccion cutánea, molestábale viva cefalalgia, cuya intensidad aumentaba extraordinariamente por las noches. Contábanse en su rostro cinco grandes costras proeminentes, estratificadas, morenas y movedizas sobre una base de humor purulento, que rezumaba por los bordes de aquella. Entre estas, la mas notable por su volumen era una que ocupaba el arco superciliar izquierdo. En ambas piernas y en la espalda se veian varias otras de la misma configuracion y estructura.