

LECCION VII

SUMARIO.—Diagnóstico de las enfermedades de la piel.—Dificultades que se presentan en la práctica.—Ausencia de las lesiones primitivas.—Vagas referencias del enfermo.—Efecto de medicaciones anteriormente empleadas.—Carácter compuesto ó complicado de las eflorescencias.—Diverso aspecto de las lesiones cutáneas segun el sitio en que aparecen.—Variabilidad de las formas cutáneas.—Extremos que comprende el diagnóstico de las enfermedades de la piel; nocion del género, de la especie y de la clase.—Ejercicios clinicos en el hospital, para la determinacion general de estos puntos del diagnóstico.—Opinion de Hebra.—Manera de proceder al exámen de los sujetos afectados de dermatosis.—Ejercicios clinicos para proceder á la determinacion de diversos géneros de dermatosis.— 1.º Erisipela.— 2.º Manchas pigmentarias sifilíticas.— 3.º Liqueherpético.— 4.º Acné tuberculoso.— 5.º Eczema simple.— 6.º Rúpia.— 7.º Pénfigo.— 8.º Viruela.— 9.º Psoriasis gutlata.— 10.º Tiña.— 11.º Sarna.—Método que debe seguirse en el exámen clinico de los enfermos afectados de dermatosis.—Impresiones visuales: color, rubicundeces, pigmentaciones.—Impresiones táctiles.—Temperatura, aspereza, grosor, consistencia, etc. de la piel.—Síntomas subjetivos.—Arañazos ó rasguños: variedades que presentan en relacion con la intensidad del prurito y las formas de las dermatosis pruritosas.

SEÑORES:

Ha llegado la hora de que las nociones que sobre Dermatología general me he esforzado en inculcaros, empiecen á recibir sancion empírica en las salas clínicas, á fin de que comenceis á ejercitar vuestro espíritu de observacion y el raciocinio en el difícil arte del diagnóstico de las enfermedades de la piel.

Importa, empero, que antes de trasladarnos al terreno de

la experiencia, os advierta de algunos obstáculos que nos saldrán al paso, los cuales, si por un momento pueden dificultar la tarea, no deben en modo alguno desconcertaros ni desalentaros.

Uno de los elementos mas capitales del diagnóstico dermatológico, consiste en el conocimiento de la forma inicial ó primitiva de los síntomas cutáneos. Ahora bien, en el hospital encontrareis pacientes que aquejan dermatosis de antigua fecha, y en los cuales se han totalmente desvanecido los vestigios de las lesiones primitivas. En vez de vesículas, vereis costritas foliáceas ó exulceraciones en una superficie rubicunda; en lugar de ampollas, hallareis gruesas y estratificadas costras, y en vez de pústulas, quizás no encontrareis mas que pus condensado en extensas láminas que cubren llagas supurantes.

En tales casos, el primér conato del clínico debe ser restaurar mentalmente la forma inicial; pero, ¿cómo adivinarla? ¿cómo deducirla de los síntomas actuales? El interrogatorio del enfermo, si este tuviese siempre ilustración bastante, seria sin duda la mejor fuente para proveernos de estos datos anamnésticos; mas, por lo comun, el relato del paciente ó nada revela ó conduce al error, pues no nos proporciona sino nociones vagas é indeterminadas, como las que se deducen á decir que vió aparecer unos granos, unas costras ó unas úlceras, despues de tal ó cual causa, de accion pocas veces justificada.

La determinacion de la forma elemental primitiva, en vista de las lesiones consecutivas, es, pues, una dificultad contra la que debeis estar cautamente prevenidos en la clínica. No la avasallareis sino recordando lo que en otra leccion os dije respecto de la relacion que guardan los síntomas secundarios con las eflorescencias primitivas. Hay costras ó úlceras; ya

podeis asegurar que estas lesiones han sido precedidas de otras, que no fueron pápulas, ni eritemas, ni habones, sino vesículas, ampollas, pústulas ó tubérculos.

Otra dificultad que importa señalar en el diagnóstico de las enfermedades de la piel, consiste en los efectos de las medicaciones anteriormente empleadas. Tal adolece de una sífilide pustulosa, que alguien ha mirado como una herpétide y no ha vacilado en aconsejar baños y embrocaciones con pomadas sulfurosas. El resultado ha sido agregarse á la sífilide una irritacion artificial, quizás con nuevos granos purulentos, con escamas ó con costras. ¿Cómo distinguir la dermatosis constitucional de la lesion patogenética? Un baño tibio sencillo ó emoliente desvanecerá la irritacion provocada y dejará que se ostente con toda su pureza la afeccion primitiva.

La tercera dificultad—y voy enumerando todas las señaladas por el doctor Guibout—estriba en el carácter compuesto ó complicado de las efflorescencias. Costras impetiginosas aparecen en la cara cubriendo granos pustulosos, de profundo arraigo, pues se originan en los folículos pilosos: es un impétigo que ofusca una mentagra. Hasta que, por los medios convenientes, hayamos conseguido hacer desprender las costras, no tendremos claro conocimiento de la enfermedad que debajo de ellas se esconde.

El que ha visto vesículas de eczema en la cara ó en las manos, con sus costritas escamosas sumamente ténues, apenas sabe darse cuenta que tambien son granitos de eczema ciertas ulceritas redondas que frecuentemente aparecen en el glande y mucosa prepucial, region predilecta de toda clase de chancros. Por este ejemplo, queda indicado otro obstáculo del diagnóstico, que consiste en el diverso aspecto que presentan las lesiones cutáneas segun el sitio en que aparecen.

Por último, no debeis olvidar que, así como los séres de la naturaleza son susceptibles de presentar en el aspecto exterior ciertas desviaciones de forma ó color respecto de los caractéres asignados á la especie, iguales cambios, pero mas frecuentes y en mayor escala, se observan en las enfermedades de la piel. El psóriasis, que de ordinario se presenta en placas escamosas sobre manchas redondas, de color rojo, puede aparecer bajo el aspecto de gotas de cera ó esperma, en puntos aislados del tegumento, simulando entonces una sifilide.

Estad, señores, prevenidos contra estas contingencias de la clínica y vereis como estos avisos os ahorrarán numerosos y trascendentales errores de diagnóstico.

Diagnosticar una enfermedad de la piel es dar á conocer la especie y género morbosos á que corresponde, al propio tiempo que determinar su naturaleza. De donde resulta, que, la nocion de un afecto cutáneo debe comprender: 1.º, su especie, 2.º, su género, y 3.º, su órden ó sea su naturaleza.

La determinacion de la especie se saca del conocimiento de las lesiones anatómicas.

La del género, del agrupamiento de los caractéres similares que presenta la misma especie.

La de la naturaleza, de la causa esencial ó inmediata de la enfermedad.

Citemos un ejemplo para mas fácil comprension.

En el número 37 cabeza, de la sala Beato Oriol, hay una mujer, natural de Toledo, de 34 años, temperamento linfático y constitucion deteriorada. Tiene en las piernas varias úlceras, redondeadas unas, irregulares otras; algunas están cubiertas de una costra gruesa, verdosa y húmeda; otras presentan mamelones carnosos desiguales y en general so-

brado proeminentes, exhalando abundante pus sanioso; sus bordes están levantados y despegados del fondo. En algunos sitios se ven cicatrices coarrugadas, de color lívido. Sabemos positivamente que la dermatosis comenzó por granos pustulosos muy repletos.

Con estos datos tenemos lo suficiente para diagnosticar la especie y el género. Tratando de la especie, diremos que es una dermatosis pústulo-ulcerosa, porque, en efecto, pústulas y úlceras son las lesiones anatómicas que observamos. Tratándose del género, diremos que es un ectima, porque los granos no son umbilicados como los de la viruela, ni tienen aréola inflamada, como los del impétigo, ni tienen el grosor y aspecto de granitos de mijo, como en la miliar; ni contienen materia sebácea como los del acné pustuloso, ni forman tubérculos profundamente arraigados al rededor de un pelo, como en la mentagra pustulosa. Son, sí, pústulas simples y aisladas, que propenden á abrirse y á ulcerarse, para cicatrizar despues. Eflorescencia pustulosa que presenta estos caractéres, se denomina ectima.

Falta determinar el órden, ó sea la naturaleza de la afeccion. Del interrogatorio de la enferma, resulta: que dos años atrás habia estado en la clínica con unas úlceras muy rebeldes en la cara, de las cuales quedan, como vestigios, cicatrices amoratadas y deformes que parecen efecto de una quemadura; notamos en la region cervical ganglios abultados y deformes costurones, de resultas de abscesos ganglionares habidos en la infancia; añade la paciente que llevaba una vida miserable en su profesion de sirvienta. Todo esto revela la naturaleza escrofulosa de la afeccion y, por lo tanto, que la dermatosis es expresion de ese vicio constitucional llamado escrofulismo.

Tenemos, pues, que en este caso debemos diagnosticar un ectima pustulo-ulceroso de naturaleza escrofulosa. Podemos invertir los términos y diremos: escrofulide ectimatosa pustulo-ulcerosa.

Si hubiésemos de creer á Hebra, bastaria, para hacer el diagnóstico de una enfermedad de la piel, atenerse al exámen de los síntomas objetivos que se perciben en la superficie del cuerpo. «No damos importancia alguna — dice el ilustre profesor del hospicio de Viena — ni á la historia, ni á los fenómenos subjetivos; debemos exclusivamente guiarnos por los síntomas apreciables á la vista, al tacto y algunas veces al olfato. Aquí encontramos bases ciertas é infalibles para el diagnóstico, por cuanto estos síntomas se originan en la misma enfermedad. Son, por decirlo así, el alfabeto, cuyas letras están impresas en la piel, y nuestra mision no es mas que descifrar esta escritura.»

Yo, señores, protestando la alta estima y veneracion que me merece el autor que acabo de citar, no puedo aconsejaros que tengais tan absoluta confianza en los síntomas objetivos, que penseis que ellos solos basten siempre para hacer un diagnóstico acertado y que podais prescindir de atender á los antecedentes del enfermo y sobre todo á los síntomas subjetivos que él os acusará. Al contrario, partiendo de la piedra angular de la anatomía patológica, recoged todos los datos y antecedentes que pueda procuraros un interrogatorio prudente y hábilmente dirigido; escribid, con todos estos elementos, historias clínicas completas, ó sino arregladlos mentalmente con orden y método, y os hallareis perfectamente encaminados para llegar al diagnóstico.

Mas, antes que todo, aprended á explorar debidamente los enfermos que adolecen de afecciones de la piel. Para esto conviene que desde luego os advierta que no debeis limitar

vuestro exámen á la region ó regiones en que el paciente acusa el mal; al contrario, tened cuidado de mirar y tocar con detenimiento toda la superficie del cuerpo.

No abuseis del pudor descubriendo de una vez todo el cuerpo de una jóven. Atemperaos á las conveniencias; examinad primero los brazos, las piernas, la cara y el cuello; mirad despues el pecho y el abdómen, y reservad para lo último la region genital.

No os fleis jamás de un exámen hecho con luz artificial; por blanca y clara que esta sea, la piel aparece siempre mas pálida ó amarillenta que cuando se mira á la luz del dia.

Tened tambien en cuenta la temperatura ambiente: el frio y el calor modifican el aspecto del tegumento; la temperatura de 15° Reaumur, que reina de ordinario en las enfermerías, es la conveniente para este exámen clínico. Desconfiad, por último, de las exploraciones practicadas poco despues que el enfermo ha salido de un baño frio ó caliente, pues os expondríais á confundir las modificaciones que el agua ha impreso en la piel, con las que debieran revelaros sus condiciones normales ó morbosas.

Por último, no olvidéis de serviros de la lente, para examinar ciertas lesiones compuestas ó complicadas de pequeño volúmen, para descubrir los surcos del *acarus*, para mirar las vesículas del herpes circinado, etc., y no menospreciéis los altos servicios del microscopio, siempre y cuando los síntomas objetivos os dejen alguna duda respecto á la presencia ó naturaleza de algun parásito epidérmico.

Despues de estos avisos, imaginémonos, señores, constituidos en pleno ejercicio clínico, para proceder desde luego al diagnóstico específico y genérico de las dermatosis.

En la cama n.º 7 de la sala de San José hay un muchacho de 15 años, de temperamento linfático y de buena constitu-

cion. Su afeccion data de cuatro dias y reside en la cara. Descubrámosle, empero, con cuidado, puesto que al tomarle el pulso notamos que tiene ardiente calentura y convenzámonos de que el mal no afecta mas que la antedicha region del tegumento. ¿Qué veis? Una rubicundez subida, es decir, un cambio de color y al propio tiempo una tumefaccion, esto es, un aumento del volúmen de la piel. No hay ningun grano, ni seco ni húmedo. Esta lesion no fué precedida por otra; es, pues, elemental ó primitiva simple.

Es decir, que se trata de una mancha hemática, porque es de color rojo y evidentemente no se debe al pigmento, sino á la sangre.

Pasemos la yema del índice en distintas direcciones sobre la superficie enrojecida: ved una línea, ó mejor, una ráfaga blanquecina que instantáneamente se desvanece apenas cesa la compresion y que va siguiendo el trazado del dedo; esto indica que la sangre, que da el color, no está derramada, sino congestionada en los capilares.

La mancha no es, pues, hemorrágica; es congestiva.

Pero la superficie enrojecida no está al nivel de las partes circunvecinas, sino que forma un abultamiento ó tumefaccion caliente.

No es, pues, un eritema;

Es una erisipela de la cara.

Observad ahora que la tumefaccion, como decia, es aguda en su marcha, es caliente y limitada á una region poco extensa, no es dura, fria, difusa ni crónica.

No es, pues, una tumefaccion elefantisíaca.

Ved ahora el enfermo que ocupa la cama núm. 1 de la sala de San José. En él hallareis toda la historia morbosa de la sífilis. Prescindid de ella por ahora y fijaos solamente en las

innumerables manchas morenas de que se hallan sembrados sus antebrazos y piernas. Esta coloracion no se desvanece por la compresion, es fija, fria, y no sanguínea; hace algunas semanas que apareció y no propende á disminuir.

Estas manchas no son pues hemáticas.

Son pigmentarias.

Pero aquí no hay defecto, sino exceso de color;

Luego no se trata ni de albinismo, ni de vitiligo.

Las manchas no tienen aspecto lenticular, ni son amarillentas, sino negruzcas;

No es, pues, un léntigo.

Ni son congénitas, sino sobrevenidas en el decurso de un estado patológico general.

No son, pues, nevos.

La sífilis ha precedido al proceso morboso cutáneo;

Luego son manchas pigmentarias sifilíticas.

En la sala del Beato Oriol ha estado en el curso próximo pasado una anciana cuyos antebrazos y piernas en sus lados anterior é interno, estaban poblados de granos del tamaño de lentejas, que no contenian humor alguno, algo rubicundos y diseminados, los cuales causaban á la enferma un picor molestísimo, que se exacerbaba cuanto mas se abrigaba.

Evidentemente se trataba de alguna de las formas de los granos secos.

No eran, pues, vesículas, ni ampollas, ni acné, ni pústulas, ni diviesos.

Pero los susodichos granos eran mayores que un cañamon, aunque, por lo comun, no mas grandes que una lenteja.

No eran, pues, granos de prurigo, ni tampoco tubérculos.

Eran, pues, pápulas.

Pero ¿á qué afeccion de las papulosas correspondian?

La enferma se hallaba en la edad opuesta á la de la infancia.

No eran, pues, de strófulus.

No eran indoloras, sino, al contrario, muy pruritosas.

No eran, pues, de liquen sifilítico.

Eran un liquen herpético.

Aquella jóven de 23 años, que ocupa la cama n.º 37 pié, tiene las mejillas, frente y antebrazos sembrados de granitos cónicos, gruesos como altramuces, rojos y abiertos en su punta. Son duros y profundamente enclavados en la piel que por su parte está tambien enrojecida en los sitios en que se observa la erupcion. Algunos de dichos granos están repletos, no de pús, sino de una materia espesa y untuosa al tacto, que mancha el papel como si fuese aceite. La enferma no aqueja mas que una leve sensacion de tension y de ligero prurito.

Estos granos no contienen serosidad ni pus.

No son, pues, ni vesículas, ni ampollas, ni pústulas, ni diviesos.

Pero tampoco son todos secos ni superficiales, sino al contrario, segun llevo dicho profundamente enclavados en el dermis.

No son, pues, pápulas ni habones.

La materia grasienta que algunos contienen nos dice que son granos acnéicos.

Pero la piel sobre que se levantan estos granos no es de color normal, sino roja.

Luego no es el acné simple sino el acné rosácea.

Los granos son duros y forman nucleitos profundos.

Luego el acné es además tuberculoso.

En el n.º 7 de la sala de San José entró al principiar el cur-

so un hombre de 40 años de edad y temperamento sanguíneo bilioso, que adolecía de un tumor inflamatorio en la región de la nuca. Véase un abultamiento cónico, de ancha base, pero circunscrito á la mentada region. En la cúspide notábanse numerosos orificios, por donde, comprimiendo con fuerza, se hacia salir, no verdadero pus, sino unos filamentos blancos, como pus coagulado, aunque mas consistentes, que evidentemente eran porciones de tejido conyuntivo esfacelado.

Este afecto, aunque húmedo, no era, pues, una pústula, ni una flictena, ni un grano acnéico, ni en fin, un absceso dérmico.

Era un conjunto de diviesos acumulados, ó sea un antrax.

Una mujer lactante, que ocupa la cama n.º 35 cabeza, presenta en ambas mamas, al rededor del pezon, una erupcion de granitos, como cabecitas de alfiler, semi-transparentes y repletos de serosidad clara; véñse al propio tiempo unas ulceritas, que parecen lá impresion que una cabeza de alfiler dejaria en una masa blanda; costritas ténues, laminosas y poco adherentes cubren gran parte de la region afecta. La enferma se siente escocida de esta parte.

Hay aquí granos húmedos, serosos, pero muy diminutos.

Luego no son flictenas.

No contienen pus, sino serosidad.

Luego no son pústulas.

Son, pues, vesículas.

Mas estas vesículas no radican en una piel sembrada de manchas rojas, ni van acompañadas de calentura.

Luego no son de miliar.

Ni tampoco están aisladas y diseminadas cual gotas de rocío.

Luego no constituyen la sudamina.

Ni tienen la base inflamada, ni al desecarse forman costras negruzcas.

Luego no son la erupcion de la varicela.

Ni son acuminadas, ni se presentan agrupadas sobre círculos inflamados, circunscritos y regulares.

Luego la afeccion no es el herpes.

Son, segun hemos dicho, redondeadas, aplanadas, irregularmente aglomeradas y dejan ulceritas como una criba y escamillas furfuráceas.

Luego es el eczema simple.

Arriba, en la sala de Santa Cruz, destinada á las enfermedades venéreas y sifilíticas, ocupa el n.º 17 un jóven de 20 años, linfático en alto grado, que tiene una historia completa de sífilis. En la ceja izquierda y en ambas piernas presenta unas costras muy grandes, negruzcas, elevadas ovoideas y mas proeminentes en el centro que en la circunferencia. Por poco que se atienda, se nota que estas costras tienen una estructura esquistosa ó estratificada; son empero húmedas y de sus bordes rezuma un humor purulento.

Aquí tenemos una forma ó lesion consecutiva, pues de costras se trata. En efecto, el paciente nos dice que antes de las costras hubo grandes ampollas, llenas de un humor, no claro y semi-transparente, sino de aspecto puo-sanguinolento; abriéronse las ampollas y se formaron las costras.

Así, pues, la forma elemental primitiva no fué ni la vesícula, ni la pústula, sino la flictena.

Tambien eran grandes las ampollas que presentaba en las piernas y en las plantas de los piés aquella mujer que estuvo unos quince dias en la cama n.º 38, cabeza, de la sala Beato Oriol; pero en este caso las ampollas no contenian humor puo-sanguinolento, sino serosidad y al abrirse no forma-

ban costras elevadas y estratificadas, como conchas de ostras, sino que daban lugar á una descamacion foliácea.

Pues bien, aunque ampulosas ambas dermatosis—la del hombre y la de la mujer—la primera merece la calificación de rúpia y la última la de pénfigo.

Esto lo pudimos conocer al iniciarse la afeccion, en su período de desecacion, en el de ulceracion y, por último, en sus vestigios ó cicatrices.

En efecto, ¿qué visteis debajo de las escamas foliáceas del pénfigo de la mujer? Úlceras superficiales, que distaban mucho de alcanzar á todo el espesor del dérmis.

Levantemos una de las costras del enfermo de rúpia y vereis una úlcera profunda que supura abundantemente.

¿Qué vestigios quedaron en las piernas de la aludida mujer del pénfigo? Leves manchas amoratadas que no tardarán en desvanecerse por completo.

En el hombre de la rúpia podeis observar en los muslos tres ó cuatro cicatrices, blancas, deformes y estrelladas, que revelan que en aquellos sitios hubo úlceras costras y ampollas, de todo punto idénticas á las que hoy tenemos á la vista, las cuales indudablemente dejarán huellas de la misma forma y permanencia.

Aquel sujeto que ocupaba la cama n.º 11 pié de la sala de Santo Tomás, dispuse fuese trasladado á la enfermería de afecciones infecciosas porque, despues de dos ó tres dias de intensa calentura, con cefalalgia, lumbago y vómitos, ví aparecer en su cuerpo una erupcion que se me hizo sospechosa de contagio.

Hoy dia tiene todo el cuerpo y en especial la cara y miembros torácicos poblado de granos llenos de pus y rodeados de una aureola inflamatoria de forma umbilicada cuyo vértice aparece coronado por una costra oscura. Algunas costras han caido ya y queda una cicatriz escavada.

La erupcion es, pues, pustulosa; las pústulas tienen aureola inflamatoria.

No son, pues, psidrácias.

Son flizácias.

Las pústulas, á diferencia de las que nos presenta la mujer del n.º 37 cabeza, de quien os hé hablado al principio de esta leccion, no son discretas, ni presentan anchas costras oscuras, ni en fin, los vestigios que dejan son simples manchas rojas, sin depresion de la piel.

No son, pues, de ectima.

Tampoco son pequeñas, amarillentas, sin inflamacion, ni umbilicacion, ni están agrupadas, ni forman costras deformes de color ambarino.

No son, pues, de impétigo.

No se desarrollan únicamente en el sitio de una inoculacion, ni dejan cicatrices blancas.

No son, pues, de vacuna.

Estas pústulas constituyen, por lo tanto, el verdadero exantema de la viruela.

En Mayo de 1875, entró en la clínica, cupando la cama n.º 6 de la sala de San José, un francés, de 30 años, robusto, aunque linfático, y de oficio jornalero, con una dermatosis que ocupaba casi todo el cuerpo, excepto las partes habitualmente desabrigadas, esto es, la cabeza, las manos y los pies. Consistia en unos depósitos de materia epidérmica, que formaban masas blancas y brillantes, de todo punto comparables á gotas de yeso ó cera derretida. Adherian tenazmente, y cuando violentamente se arrancaba alguna de estas masas, aparecia una superficie rubicunda, desigual y elevada. Era tan poco molesta esta afeccion, que el enfermo la soportaba sin inconveniente hacia ya tres años, y ni siquiera vino á la clínica para curarse de ella, sino por una úlcera en la pierna que le impedia trabajar.

La efflorescencia era, pues, seca, y pertenecía al grupo de las escamosas.

Pero la enfermedad no era congénita, ni las escamas eran secas, gruesas é imbricadas, como las escamas de los peces.

No era, pues, ictiosis.

Ni las escamas eran pequeñas como laminillas de salvado, poco adherentes, ni la piel en que aparecían carecía de tumefacción.

No era, pues, pitiriasis.

Ni tampoco las escamas estaban dispuestas formando círculos en que quedase sana la piel del centro de los mismos.

No era, pues, lepra vulgar.

Las escamas eran grandes, brillantes y adherentes á la piel tumefacta.

Era, pues, un psoriasis, que por el aspecto parecido á gotas de yeso ó cera, merecía el calificativo de guttata.

A primera vista, el cráneo de aquella jóven de 17 años que ocupa la cama n.º 32, cabeza, pudiera creerse cubierto de costras purulentas, pero si se examina con detenimiento, se observa que estas costras son amarillentas, como si fuesen flores de azufre apelmazadas; en ellas están conglutinados los cabellos y cuando se trata de arrancarlas, despréndense también estos, dejando la piel del cráneo lampiña, pero sin ulceración.

No hay, pues, en esta lesión, verdaderas costras, ni úlceras, ni cicatrices; prueba evidente de que no ha habido pústulas.

No es que en el cráneo de esta enferma falten granos pustulosos; algunos se observan en la frente, en las regiones mastoideas y en las inmediaciones de la nuca. De estas pústulas, algunas están aun verdes, ó mejor íntegras; otras se han reventado y forman ya verdaderas costras.

¡Qué contraste entre estas y las de que anteriormente hé hablado! No son secas ni amarillas, sino húmedas y moreno-verdosas. Levantad alguna de ellas y vereis aparecer una exulceracion supurante.

Pues bien, la lesion principal que encontramos en esta enferma, aún cuando de aspecto crustáceo, no es consecutiva, sino primitiva ó elemental; mientras que las costras de la frente, regiones mastoideas y nuca, son consecutivas á granos pustulosos.

Esto, señores, significa que en el caso actual se trata de una dermatosis fito-parasitaria, ó dermatomycosis, es decir, de una tiña favosa, acompañada de una erupcion de pústulas de impétigo.

Si los síntomas macroscópicos no fuesen tan evidentes y si nos quedase del diagnóstico alguna duda, someteríamos al exámen microscópico un fragmento de las costras amarillas, y la vista del micellium de los tubos esporóferos y de los espóruos nos convenceria de que esta sustancia está formada por el parásito vegetal llamado achorion Schœnleiní.

La mujer que ocupaba, hace pocos dias, la cama número 31 pié, de la sala Beato Oriol, y á quien aludí en mi primera leccion al tratar de establecer prácticamente la diferencia entre la enfermedad y la afeccion de la piel, tenia en varias partes de su cuerpo, pero especialmente en los antebrazos y manos, granos de diferentes formas: papulitas, vesículas, pústulas, escamillas, y alguno que otro surco epidérmico.

Esta concurrencia de lesiones elementales simples en una misma region, no debida á causas externas que hayan obrado directa ó indirectamente sobre la piel, solo se observa en dos órdenes de enfermedades, á saber: en algunas dermatosis sifilíticas y en la sarna.

Pero, en el caso presente, la eflorescencia, además de no presentar ninguno de los caracteres que mas adelante señalaremos como distintivos de las sífilides, tenia la condicion de ser vivamente pruritosa durante la noche.

Por consiguiente, la dermatosis polimorfa de que aquí se trata no era una sífilide.

Era la erupcion cutánea propia de la sarna. Los surcos epidérmicos son patognomónicos de esta afeccion.

¿Quedan dudas respecto de este diagnóstico? Tómese con la punta de un alfiler el contenido de una vesícula y sométase al exámen microscópico. El *sarcoptes hominis* aparecerá con sus formas características.

Señores: despues de este ejercicio clínico, que sin duda habrá estereotipado en vuestra mente cuanto os tenia expuesto en punto á las lesiones ó síntomas anatómicos de las dermatosis y por el cual habreis hecho un ensayo provechoso para llegar al diagnóstico de la especie y del género de estas enfermedades, convendria que, por iguales procedimientos prácticos, os condujera al diagnóstico de la clase de la afeccion. Por hoy no es aun posible andar por esta vía, en atencion á que el interesante punto de la naturaleza de las enfermedades cutáneas no os es aún conocido y habrá de ser objeto de una de las próximas lecciones. Entonces será cuando de nuevo nos entregaremos á estos ejercicios clínicos, que, á la vez que de norma de conducta, os servirán de provechoso repaso.

Dejad empero que termine la presente leccion dándoos algunos consejos respecto al órden y método que debéis seguir en la exploracion de las afecciones cutáneas.

Atended primero á las impresiones visuales del tegumento: ved si hay defecto ó sobra de pigmento; si está repartido de un modo poco uniforme, hallándose acumulado en

unos puntos y deficiente en otros; si la coloracion corresponde al sexo y raza del individuo; si está en conformidad con su temperamento, con su profesion, etc. Toda irregularidad, exceso ó defecto en la pigmentacion, constituye un estado patológico, que, segun la forma que afecte, recibirá los nombres de léntigo, efélide, cloasma, nevo-spilo ó verrugoso, vitiligo, achromasia ó discromasia, etc.

Fijaos tambien en las gradaciones del tinte rojo de la piel: atended á si es mas pálida que de ordinario, ó si, al contrario, presenta exceso de color en toda la superficie ó en regiones limitadas. Toda coloracion roja es debida á la sangre; recorred con la yema del dedo las partes enrojecidas y si con esta prueba obteneis líneas blanquecinas por demás fugaces, estareis autorizados á decir que la sangre está congestionada en los capilares; sino aparece el susodicho fenómeno, podreis concluir que hay hemorragia cutánea.

Reparad luego las impresiones tactiles que os dá la superficie de la piel. Mirad si, en lugar de sensacion de suavidad y finura, el contacto del cútis os la dá de aspereza, rugosidad y seca; si la epidermis está sembrada de grietas ó de escamas duras y adherentes, como sucede en el psoriasis; si los surcos, que normalmente distan unos de otros como unos dos milímetros, se hallan mas separados, en razon á la hipertrofia del tejido; si los orificios de los fólículos sebáceos están normales ú obstruidos y dilatadas las glándulas, como se observa en el acné, etc.

No olvideis de cercioraros del grosor de la piel. Al efecto, cuando no se trate de dermatosis simétricas, tomad entre los dedos un pliegue de la region enferma, y comparando su volúmen con el de otro análogo, que tomareis en el lado

sano, podreis juzgar de si hay ó no hipertrofia, tumefaccion ó infiltracion.

No hagais caso omiso de los síntomas subjetivos. Ved si el enfermo se rasca; si no le sorprendeis en este acto, preguntadle si tiene ó no picor; examinad la superficie del cuerpo y ved si hay ó no arañazos. Tened, empero, entendido, que no siempre son rasguños los efectos del rascarse: otros cambios patológicos pueden presentarse. Hebra, que ha estudiado minuciosamente este punto, dice: que, por efecto del rascar, en ciertos casos aparece una rubicundez estriada ó difusa, que constituye un eritema urticado; otras, entumeciéndose los folículos por la exudacion periférica, forman elevaciones papulosas rojas—es un liquen urticado—ó chapas elevadas—habones—que constituyen la urticaria subcutánea.

Si se repite frecuentemente la accion, la exudacion penetra entre las capas de la epidermis, las levanta y fórmanse vesículas de eczema, cuyo contenido puede volverse purulento y constituir un ectima.

Las escoriaciones, ó arañazos presentan tres grados, que corresponden á otras tantas variaciones de la intensidad del prurito. Cuando este es ligero, de modo que constituye la simple titilacion, el enfermo se rasca con poca fuerza, por corto tiempo y no muy amenudo, de donde que no se vea mas que un ligero levantamiento de las capas superficiales de la epidermis. El segundo grado del prurito, se llama formicacion; obliga á rascar con mas fuerza y por mas tiempo, de donde que la lámina córnea de la epidermis sea arrancada, poniéndose de manifesto el cuerpo mucoso, con su color sanguinolento y su natural humedad; el exudado de las papilas dérmicas se deposita y concreta formando una costrita moreno-amarillenta y muy adherente. En el mas

alto grado del picor, ó prurito por excelencia, es tal el furor de rascarse de que se siente poseido el enfermo, que no sólo levanta la epidermis, sino que con ella arranca porciones de córion, razon por la cual hay hemorragia capilar, que vá seguida de la formacion de una costra negra, que no es mas que sangre coagulada.

Estos son los efectos de la accion mas ó menos violenta de las uñas, siempre y cuando con el picor no coincidan accidentes de forma, ó sean granos mas ó menos proeminentes. En estos casos, si hay vesículas, como en el eczema, ó pápulas, como en el prurigo, ó manchas rojas, como en el psoriasis, estas erupciones presentarán modificaciones traumáticas correspondientes: romperánse las vesículas; las pápulas ofrecerán un punto negro sanguinolento en su vértice y las manchas rojas se cubrirán de escamas.

Por último, la irritacion provocada por la repeticion del acto de rascarse no se limita á determinar modificaciones hemáticas y lesiones cruentas, sino que, en muchos casos, es causa de un aumento de actividad en la formacion del pigmento. De ahí las manchas morenas que vienen á ocupar el sitio en que anteriormente se veían arañazos y escoriaciones fenómeno que frecuentemente se observa en las dermatosis mas pruritosas, tales como el prurigo y la sarna.

Tales son, señores, los conceptos generales, que no debeis olvidar para tener una guia segura en el camino del diagnóstico dermatológico. Con estas ideas, la tarea que á primera vista parecia muy difícil, se pondrá al nivel de vuestras fuerzas, y vereis coma de hoy mas, en las salas clínicas empleareis con mucho mayor provecho vuestro espíritu de observacion. Falta empero que os dé á conocer un punto importantísimo en el concepto nosológico, pues es la clave del diagnóstico, á saber: la Clasificacion de las enfermedades de la piel. Este asunto formará objeto de la próxima leccion.

LECCION VIII

SUMARIO.—De las clasificaciones dermatológicas.—Breve reseña histórica de las divisiones que han adoptado los médicos.—Clasificación topográfica.—Id. nosológica, de Lorry.—Id. anatómica.—Id. anatómo-patológica.—Id. filosófica de Alibert.—Id. de Derien y Franck, fundada en la marcha de las dermatosis.—Id. de la escuela ecléctica: Cazenave, Hebra, Devergie.—Id. etiológica de Hardy y Bazin, modificada por Olavide.—Razones que la hacen preferible á las otras.—Division de las enfermedades cutáneas en parasitarias, espontáneas y provocadas.—Órdenes, familias y géneros que esta clasificación comprende y exposición de los caracteres generales correspondientes á cada uno de los grupos.—Ejercicios clínicos en el hospital para el diagnóstico de la clase de las enfermedades de la piel.

SEÑORES :

Existen muchos puntos de contacto entre la situación del clínico cuando trata de establecer el diagnóstico de una enfermedad de la piel y la en que se halla el naturalista que se esfuerza en investigar la especie, el género, el orden, la clase, etc. de un animal ó de una planta. Ambos, partiendo de la noción de los caracteres exteriores de los entes que son objeto de su estudio, procuran agruparlos á tenor de las analogías mas culminantes. Para esto los dos disponen de cuadros taxonómicos, fundados en repetidos y variados ensayos de clasificación, que, al paso que les facilitan la tarea, guíanles en un trabajo, que es tanto mas trascendental para el clínico, en cuanto debe servir de fundamento al pronóstico y á la terapéutica.

Son, pues, las clasificaciones, de imprescindible necesidad para el que se dedica al estudio de las dermatosis; pero, como quiera que en este punto han colaborado muchos y á cual mas eminentes clínicos, abundan naturalmente los trabajos de este género, y cada dermatólogo, por decirlo así, nos ha legado su clasificacion. No hay ninguna que no tenga sus atractivos, pero tampoco ninguna carece de defectos. Una sola basta y á una sola hay que atenerse; mas, entre tantas, ¿cuál es la que mejor satisface las necesidades de la práctica? ¿Cuál la que deberemos adoptar?

Si me preciase de erudito, aprovecharia esta ocasion para exponer la historia bibliográfica de la Dermatología; os hablaria de la sencillísima division que hizo Hipócrates de las enfermedades cutáneas, clasificándolas en externas é internas; de las ideas galénicas fundadas en su célebre cuaternion; de las ilustradas compilaciones que los árabes hicieron de los trabajos de Galeno; de Lorry, que en el siglo pasado, evocando el espíritu hipocrático, dividió las dermatosis en generales ó depuratorias y locales; de la clasificacion topográfica de Mercurial, que bien merece el título de fundador de la Dermatología; del origen de las escuelas anatómicas — representada por Brechet, Rousel, Rosembaun, Carlos Baron y otros — y filosófica, en la que figuran Beaumes, Alibert y sus discípulos; de los eclécticos, como Rayer, Cazenave y nuestro contemporáneo Hebra, los cuales han preparado el campo para la escuela etiológica de Hardy y Gintrac, no menos que para la moderna clasificacion filosófica de Bazin... Veríais, señores, como la historia de la patología cutánea ha vivido siempre á la sombra de los sistemas médicos y filosóficos que han reinado, y que si en nuestros dias ha llegado á un grado de precision que podrian envidiarle otras ramas de la noso-

logía, es á causa de las inestimables luces que de consuno le han proporcionado la anatomía microscópica y el criterio clínico experimental.

No entraré, pues, en pormenores que expresen el sucesivo desarrollo de los conocimientos en Dermatología; mas ya que sea necesario conocer las diferentes clasificaciones, para hacer entre ellas una seleccion racional, me limitaré á exponer y criticar, siquiera sea someramente, las que han gozado de mayor prestigio.

La division mas antigua de las dermatosis arranca del fundador de esta rama de la Patología, quien, á ejemplo de Galeno, las clasificó fundándose en motivos puramente topográficos, esto es, segun que ocupasen la cabeza, el tronco ó las extremidades. Todos comprenderéis que este método es sumamente rudimentario, y por lo tanto, solo aceptable como recurso único para subvenir las primeras necesidades de coordinacion de los conocimientos clínicos.

Lorry dió los principios de una clasificacion nosológica, dividiendo las enfermedades de la piel en locales, idiopáticas, constitucionales, generales y sintomáticas. Estas ideas fueron adoptadas y llevadas á mayor desarrollo por Dondy, Schonlein, Fusch y otros, en lo cual mas bien demostraron todos un buen deseo, que realizaron un progreso clínico. Con efecto, ¿cómo, pudiendo ser iguales los caracteres exteriores de diferentes erupciones cutáneas, nos decidiremos á incluirlas entre las locales, mejor que entre las constitucionales, ó entre las sintomáticas mas bien que entre las idiopáticas? ¿No vemos que un mismo agente morboso es capaz de determinar dermatosis de muy variadas formas?

En el siglo pasado, Grimaud, Baker, Turner y otros, y en el presente Rosenbaun y Wilson adoptaron una clasificacion anatómica fundada en el asiento de las lesiones, esto es,

segun que radican en la epidermis, en la red de Malpighio, en el cuerpo papilar, en el córion, en los folículos, en los vasos ó en los nérvios. Pero, señores, ¿no hemos visto que esta distinción anatómica es una pura sutileza? ¿Acaso no es el hecho mas comun que, cuando se alteran los elementos fundamentales del dérmis, participen tambien del estado morbosos los del cuerpo papilar, las glándulas cutáneas y la epidermis?

La clasificacion anatómo-patológica, ideada primero por Riolano y Plenck y modificada despues por Willan, Bateman, Chiarugi, Biett, Cazenave, Schedel, Gibert y Riecke es á los ojos del clínico, la que presenta mayores, aunque fallaces atractivos. Fúndase en el conocimiento de la lesion cutánea primitiva, bastando saber si la dermatosis se inició por manchas, pápulas, vesículas, pústulas, etc. para encontrarle inmediatamente su lugar en el cuadro taxonómico. Como se vé, esta clasificacion se parece extraordinariamente al sistema adoptado por Linneo para las clasificaciones botánicas: de una planta se separa la flor; míranse sus estambres, sus pistilos, sus sépalos y sus pétalos, y esto basta para clasificarla entre las fanerógamas ó las criptógamas, entre las monándrias, las diándrias, triándrias ó poliándrias; entre las mono, di, tri, tetra ó poliginias, etc. Nada importan el número ni la forma de las hojas, ni la altura ó consistencia del tallo, ni la disposicion de las raices. Del propio modo, en una dermatosis, lo único interesante, á tenor de esta clasificacion, es saber en que consistia su lesion elemental ó primitiva; no tiene valor alguno el que, por ejemplo, una eflorescencia pustulosa se haya transformado en costras ó en úlceras; que vaya ó no acompañada de sintomas febriles; que sea ó no expresion de un estado discrásico etc. No es, pues, extraño que al lado del ectima figu-

re la viruela; la erisipela y el eritema junto á la escarlatina; la miliar junto al eczema, etc.

Es decir, señores, que el defecto fundamental—gran defecto en clínica—de la clasificacion anatómo-patológica consiste en agrupar afecciones sumamente diferentes por su naturaleza y disociar otras que reconocen un mismo fondo patogenético. No puede, pues, hoy dia ser aceptada como guia del médico práctico.

Alibert es el autor de la clasificacion filosófica de las dermatosis. En una primera obra, que escribió cuando jóven, divide las dermatosis en: tiñas, que son todas las que tienen su asiento en la cabeza y dartros, las que radican en cualquier otro punto de la superficie del cuerpo; reformando, ó mejor, ilustrando los conceptos, en su vejez, Alibert dió á conocer una clasificacion mas completa, á que llamó pintorescamente árbol de la dermatosis. La clasificacion de Alibert es en Dermatologia lo que son en Botánica los sistemas naturales de Jusieu y Decandolle. Pero ¡que diferencia de objetos clasificados! en Botánica se clasifican seres naturales, mientras que la enfermedad de la piel no constituye un ser particular, sino que consiste en una série de trasformaciones que se verifican en un individuo. Hay empero en la clasificacion que analizamos algunos grupos que merecen verdaderamente el título de familias naturales, tales son el de los exantemas contagiosos, que comprende la viruela, el sarampion y la escarlatina, el de las sifilides y el del eczema; pero, saliendo de estas afecciones, las demás dermatosis no se prestan á semejante clasificacion.

A Derien y Franck se deben las bases de una clasificacion fundada en la marcha aguda ó crónica de las dermatosis y en que sean ó no febriles. De ahí la division de las enfer-

medades cutáneas en agudas y crónicas y en exantemáticas é impetiginosas. Pero ¿son clínicamente útiles los fundamentos de esta clasificacion? Ciertamente que hay algunas dermatosis, tales como los exantemas contagiosos, que son siempre agudas, mientras que otras, como la lepra, la ictiosis y el prurigo, son constantemente crónicas; pero, en cambio, ¿cuántas no existen que, bajo una misma forma, en unas ocasiones tienen una marcha aguda, mientras que en otros casos son de curso crónico y que tan pronto son apirécicas como van acompañadas de calentura! Se vé, pues, que las bases de esta clasificacion son deleznable y por lo tanto, de poca aplicacion á la práctica.

Vienen ahora las clasificaciones de la escuela que podríamos llamar ecléctica, en razon á que en la idea en que se fundan es diferente en cada uno de los grupos: así unos se sacan de la causa, otros del sitio del mal, otros de la forma de la lesion, etc. En esta escuela figuran los dermatólogos Rayer, Cazenave, Devergie y Hebra. Para que se comprenda la estructura de estas clasificaciones, bastará enumerar los grupos principales de las de Cazenave y Hebra. La clasificacion de Cazenave comprende ocho grupos, á saber: 1.º inflamaciones, 2.º lesiones de secrecion, 3.º hipertrófias, 4.º degeneraciones, 5.º hemorragias, 6.º lesiones de sensibilidad, 7.º cuerpos extraños y 8.º enfermedades de los anejos de la piel.

Hebra admite doce grupos: 1.º hiperemias cutáneas, 2.º anemias, 3.º anomalías de secrecion de las glándulas de la piel, 4.º exudaciones, 5.º hemorragias cutáneas, 6.º hipertrófias, 7.º atrófias, 8.º neoplasmas ó tumores benignos, 9.º pseudoplasmas ó tumores malignos, 10.º úlceras, 11.º neurosis y 12.º parásitos. El mismo autor

confiesa que en las once primeras clases el nombre deriva del proceso morboso en sí mismo, mientras que en la duodécima se funda en la causa de la enfermedad. Hebra resulta, pues, un ecléctico confeso.

Entre las clasificaciones que nos han legado los eclécticos, hay una que no puedo menos que recomendaros, no para que os sirva de base fundamental del diagnóstico, sino para que la empleéis para proceder al exámen clínico metódico de las condiciones anotomo-patológicas de las dermatosis. Es la clasificación de Devergie. Este eminente clínico divide las enfermedades cutáneas en segregantes y no segregantes, lo que equivale á las denominaciones de húmedas y secas, que anteriormente hemos empleado.

Las dermatosis segregantes, ó que segregan, difieren segun que el humor segregado sea serosidad, serosidad purulenta, serosidad purulenta y saniosa, pus ó materia grasa.

Entre las que ofrecen serosidad pura, vienen comprendidas: el eczema y la pitiríasis rubra, el eczema liquenoides, el herpes flictenoides, el herpes zona, la sarna serosa, el pénfigo y el intértrigo segregante.

Entre las que segregan serosidad purulenta, solo hay el eczema impetiginodes.

Entre las que exalan serosidad sanguinolenta, se incluyen la rúpia y el ectima caquéctico.

Entre las que dan materia grasienta se comprende n el acné purulento, la sarna pustulosa, el sícosis pustuloso, el impétigo y el ectima.

Entre las que contienen materia sebácea, solo se cuentan: el acné sebáceo y el acné punctata.

Las dermatosis secas, ó que no segregan, ofrecen las siguientes variedades:

1.º Rubor fugaz, como se observa en el eritema, en la urticaria, en la roseola, en el intérrigo no segregante y en la euperosis eritematosa.

2.º Rubor persistente: en la púrpura y en la es-carlatina.

3.º Rubor redondeado con escamillas: en el herpes circinado y nummular.

4.º Rubor difuso con furfuraciones: en la pitiríasis.

5.º Color amarillo-verdoso: en la pitiríasis versicolor.

6.º Color oscuro: en la pitiríasis negra.

7.º Decoloracion: en la acrómia.

8.º Escamillas: en la pitiríasis.

9.º Escamas con rubor é infarto cutáneo: en el psoriasis y en la lepra vulgar.

10.º Escamas sin rubor: en la ictiosis.

11.º Pápulas sin rubor: en el líquen agudo y en el strófulus.

12.º Pápulas con rubor y escamas: en el líquen pilaris.

13.º Pápulas sin rubor: en el líquen crónico y en el prurigo.

14.º Tubérculos: en el sícosis tuberculoso y en el lupus.

15.º Productos vegetales: en el favus, en el herpes tonsurante y en el pórrigo decalvans.

16.º Productos animales: el piojo, la pulga penetrante y el acárus.

Señores: harto fatigada veo vuestra atencion por la expo-

sición que llevo hecha de diferentes clasificaciones, y rebasaría, sin duda, los límites de vuestras facultades perceptivas si me empeñase en descender en pormenores relativos á los aun numerosos sistemas nosotáxicos que quedan por explicar. Consultad, si quereis más detalles sobre este punto, la ilustrada obra del Dr. Olavide, donde encontrareis cuanto sobre el particular podais apetecer, y podreis, sobre todo, penetraros de los fundamentos históricos y desarrollo de las clasificaciones etiológicas de los Dres. Hardy y Bazin, en que precisamente se funda la que, con orgullo, podemos llamar *clasificación española*, por constituir un notable perfeccionamiento que debemos agradecer al sabio dermatólogo del Hospital de San Juan de Dios (1).

No por instintivo sentimiento de patriotismo, sino porque la considero de todo punto aceptable, pues, es, á mi entender, la menos defectuosa de cuantas se han publicado, acepto, sin corregirla, aumentarla, ni restringirla, la clasificación del Dr. Olavide. Soy partidario de las clasificaciones etiológicas, porque ellas son las únicas que pueden directamente, es decir, desde los primeros pasos, ponernos en relación con la naturaleza de las dermatosis y además porque no han dejado de hacer mella en mi espíritu las razones que, en defensa de estas ideas ha expuesto el Dr. Bazin en los siguientes aforismos, que podeis leer, atinadamente comentados, en la renombrada obra del Dr. Olavide.

«1.º Las llamadas enfermedades cutáneas no lo son en la mayoría de los casos.

»2.º Las dermatosis dependientes ó sostenidas por una causa interna, deben considerarse ó como síntomas de la enfermedad que las produce ó como parte de la enfermedad constitucional.

»3.º La lesión, el síntoma, y la enfermedad, son, pues, cosas diferentes.

(1) V. en la *Gaceta médica catalana* del día 15 de Mayo de 1891, la nueva clasificación del Dr. Olavide.

»4.º En el estudio de cada afeccion cutánea, conviene des-
»lindar cuando esta constituye toda la enfermedad, de cuando
»es solo un síntoma ó una lesion sintomática.

»5.º La forma de la erupcion cutánea importa poco para el
»conocimiento de la naturaleza del mal, ni para establecer
»la principal indicacion terapéutica, pero debe tenerse en
»cuenta para presumir el sitio anatómico de aquél y para
»completar y modificar el tratamiento.

»6.º La causa de los dermatosis no es ni puede ser única,
»sino múltiple y áun á veces compleja.

»Y 7.º Las afecciones cutáneas son enteramente semejan-
»tes á las afecciones ó enfermedades de los demás órganos, y
»si parecen diferentes, es porque no se tiene bien en cuenta
»la complicada estructura del tegumento, las muchas funcio-
»nes que desempeña y las relaciones sinérgicas y simpáticas
»con todos los órganos de la economía.»

Señores: segun la clasificacion que hemos prohiado las
enfermedades de la piel se dividen en tres clases, á saber:
Parasitarias, Espontáneas ó naturales y Arti-
ficiales.

Las parasitarias producidas por causa externa, espe-
cial ó parasitaria demostrable al microscopio, son contagio-
sas ó inoculables; causan comezon, que por lo comun aumen-
ta por las noches; se acompañan de erupciones artificiales de
diferentes formas; duermen ó desaparecen, si en su curso el
paciente adolece de una enfermedad grave, para reaparecer
en la convalescencia, y se curan matando el parásito y com-
batiendo las complicaciones.

Las espontáneas ó naturales aparecen, sin necesi-
dad de causa externa, por efecto de un estado morbos local
de la piel ó bien general ó constitucional del organismo; á
veces existe una causa ocasional, á la que no se pueden atri-

buir efectos tan ostensibles; casi siempre presentan una sola forma elemental, y, si no hay complicaciones, no van acompañadas de parásitos animales ni vegetales.

Las dermatosis artificiales se originan de una causa externa, que está á nuestro arbitrio hacer actuar; no son virulentas, ni contagiosas; no causan picor, sino escozor ó dolor, pues se acompañan de un estado inflamatorio; de ordinario aparecen en sitios descubiertos; su forma es irregular, ó bien, en ciertos casos tan regular, que permite sospechar una influencia específica; su marcha es aguda; preséntanse mezcladas varias formas elementales y no recidivan ni reaparecen si se aleja la causa.

Las dermatosis parasitarias se dividen en dos órdenes: zoo-parasitarias y fito-parasitarias.

Las zoo-parasitarias, ó dependientes de la presencia de animales parásitos en la superficie ó en el espesor de la piel, no causan picor sino durante la noche, dan lugar á erupciones múltiples y polimorfas y se curan matando ó extrayendo los parásitos.

Las afecciones comprendidas en este orden son: la sarna, la enfermedad pedicular, la filaria y la nigua.

Las dermatosis fito-parasitarias dependen de la presencia y desarrollo de ciertas plantas criptógamas, ya en el interior de los folículos pilosos, ya entre las capas de la epidermis, ya en algun epitelio. Como las zoo-parasitarias, son tambien pruritosas y para curarlas es indispensable matar el parásito destruyendo las partes en que este se implanta.

Las afecciones que forman este orden son las tiñas—que, segun la superficie que ocupan se llaman dérmicas, epidérmicas ó epiteliales—y las plicas.

La clase de las enfermedades espontáneas, ó gene-

rales comprende tres órdenes, á saber: 1.º las enfermedades locales ó por deformidad; 2.º las naturales y 3.º las constitucionales.

Las enfermedades locales ó por deformidad, ó son lesiones anatómicas congénitas, crónicas, incurables, apiréticas y limitadas á uno ó varios puntos del tegumento, ó bien son reliquias de otra enfermedad.

En este orden vienen incluidas las manchas congénitas ó nevos, las hipertrófias cutáneas, la ictiosis y las cicatrices consecutivas á dermatosis espontáneas.

En las enfermedades generales la causa reside en la sangre, en el sistema nervioso ó en el cutáneo; cuando ofrecen síntomas anatómicos perceptibles, son agudas; pero pueden ser crónicas, si solo presentan síntomas subjetivos. Son generalizadas ó propenden á generalizarse ocupando vastas regiones. Esta clase consta de seis órdenes de enfermedades, que son: 1.º las febriles; 2.º las exantemáticas; 3.º las pseudo-exantemáticas; 4.º las hemorrágicas; 5.º las hiperdiacríticas y 6.º las nerviosas.

Las dermatosis febriles constituyen un síntoma de las fiebres graves, hallándose en este caso la miliar sintomática, la sudamina, las petéquias, etc.

Las exantemáticas se caracterizan por una fiebre prodrómica, que tiene síntomas propios en cada una de ellas, en pos de la cual aparece la erupcion aguda por toda la superficie del cuerpo, y termina en pocos dias, sin necesidad de tener que echar mano de ningun tóxico.

Los géneros de este orden son: la escarlatina, el sarampion, la alfombrilla, la viruela, la varicela y la miliar.

En las pseudo-exantemáticas la erupcion aparece al mismo tiempo que la calentura; son agudas, pero nunca se

generalizan tanto como las exantemáticas y es tanto lo que en ellas predomina el elemento inflamatorio, que el principal objeto del tratamiento consiste en combatirlo.

La erisipela, el eritema, el herpes, el eczema, el impétigo, el pénfigo, el líquen, los diviesos, el antrax, la urticaria y mentagra agudas y el esclerema tambien agudo, son las enfermedades comprendidas en este grupo.

Las dermatosis hemorrágicas consisten en manchas dependientes de la extravasacion de sangre en la piel, bien sea por efecto de plétora, bien por excesiva tenuidad de este líquido, bien por debilidad ó atonía del tegumento.

Este órden comprende las púrpuras simple y hemorrágica y la hemofilia cutánea.

Las hiperdidiacríticas, no ofrecen lesion anatómica visible, pero sí alteracion perceptible por la vista ó el olfato del sudor ó del unto sebáceo.

Forman este grupo: la osmidrosis, la efidrosis y los flujos sebáceos.

Las dermatosis nerviosas tampoco tienen alteracion anatómica perceptible y consisten en alteraciones de la sensibilidad general ó táctil de la piel.

La anestesia y la dermatálgia local ó por causa general constituyen este órden.

La clase de las dermatosis constitucionales se caracteriza porque la causa que las origina es constitucional; razon por la cual se presentan lesiones análogas en otros órganos; aun cuando pueden ser agudas, propenden siempre á la cronicidad; la mayor parte son hereditarias, algunas contagiosas por inoculacion; varias incurables y mortales y todas difíciles de curar, por su tendencia á reproducirse y á generalizarse por nuevos brotes; su tratamiento consiste en

los medios que combaten el vicio constitucional, sin olvidar los tópicos que obran directamente sobre la eflorescencia cutánea.

Esta clase es la mas numerosa, puesto que contiene trece órdenes de dermatosis, que en razon al vicio constitucional que las produce, se denominan: sífilides, herpétides, reumátides, escrofúlides, escorbútides, leproi-
des, pelagroides, muermosas, carbunculosas, tuberculosas, fibro-plásticas, cancroideas y cancerosas.

Las sífilides se distinguen por su color cobrizo, por la unidad de su forma elemental, aunque á veces son polimorfas; no causan picor ni dolor; son contagiosas por inoculacion; sus granos se desarrollan con mucha lentitud; hay infartos ganglionares crónicos; recidivan con erupcion de forma distinta; sus humores dan reaccion ácida; dejan cicatrices blancas y hundidas; hay antecedentes sífilíticos en el enfermo y para su tratamiento exigen el empleo de los mercuriales.

es patida
que
siempre
se
re-
produce por
ellos
Las herpétides son simétricas en ambos lados del cuerpo; se acompañan de picor, que se exaspera por las noches y por el calor; no son contagiosas; recidivan siempre en una misma forma; sus humores dan reaccion alcalina; no van seguidas de úlceras ni cicatrices ni acompañadas de infartos ganglionares y se curan con los arsenicales.

siempre en distintos sitios
Las reumátides son asimétricas y no contagiosas; por el influjo de la humedad determinan picor ó pinchazos; rodean alguna articulacion; no producen úlceras, ni cicatrices, ni infartos ganglionares; recidivan con la misma forma elemental; dán reaccion ácida; el enfermo tiene antecedentes reumáticos y se curan con los alcalinos.

Las escrofúlides son casi siempre húmedas y asimé-

trinas; no causan picor ni dolor; determinan destrucciones, con atrofia ó hipertrofia; van acompañadas de infartos ganglionares crónicos; dejan cicatrices elevadas y deformes, de color sonrosado; dán reaccion muy ácida; coexisten con la escrófula y hay antecedentes escrofulosos; se agravan con los mercuriales y mejoran con el iodo, azufre, etc.

*Accio
en el
silo
forso*

Las escorbútides son ulcerosas, lívidas, hemorrágicas y fungosas y van acompañadas de una forma especial de esomatitis y de síntomas generales de debilidad.

Las leproides tienen dos formas: en la elefantiasis de los griegos hay manchas anestésicas, tubérculos y úlceras; el color es leonado; se ven deformidades, con ó sin úlceras precedentes; las alteraciones cutáneas coexisten con otras análogas en las membranas mucosas. En la elefantiasis de los árabes hay hipertrofia é induración de la piel y del tejido conjuntivo subcutáneo.

Las pelagroides son secas, de color de chocolate ó negrozco, forman eritemas en las manos y en los piés, que recidivan cada año y se acompañan de síntomas frenopáticos y alteraciones digestivas; son endémicas y no contagiosas.

Las muermosas son contagiosas; ofrecen una exudación nasal específica, infartos ganglionares crónicos aglomerados y profundos y síntomas generales característicos.

Las carbunculosas son también contagiosas y además gangrenosas y se acompañan de síntomas tifódicos ataxo-adinámicos.

Las tuberculosas, presentan los síntomas clínicos y microscópicos de la tuberculosis.

Las fibro-plásticas se distinguen por presentar los caracteres histológicos del tejido fibro-plástico. De este número son: la esclerodermia, el keloide y el tumor fibro-plástico cutáneo.

Las cancroideas se caracterizan por ulceracion y tumefacciones del tejido epitelial morbosos.

Por último, las cancerosas presentan tumefacciones y ulceraciones características del tejido canceroso.

La última clase de las dermatosis, que, según hemos dicho, es la de las artificiales, se divide en dos órdenes, á saber: provocadas directamente y provocadas indirectamente.

En las provocadas directamente la causa obra en la piel de un modo inmediato; son limitadas; no se generalizan; son inflamatorias y, si no basta para curarlas alejar la causa, se remedian con los antiflogísticos.

Constituyen este orden las heridas, las quemaduras, las congelaciones, las lesiones producidas por la irradiacion solar, por los agentes irritantes; por ciertos venenos y virus, y por las compresiones lentas y sostenidas.

El orden de las dermatosis artificiales provocadas indirectamente comprende aquellas enfermedades en que la causa obra en las vías digestivas ó en la sangre y por simpatía en la piel. Son extensas y generalizadas y se curan alejando la causa ó neutralizando sus efectos inmediatos.

La urticaria, la acrodinia, el ergotismo, los diviesos que sobrevienen á consecuencia del uso del iodo, del arsénico, del mercurio, del bálsamo de Copaiba, etc. son ejemplos de las afecciones comprendidas en este grupo.

Ahora, bien, señores; puesto que ya teneis una norma para la investigacion de la clase y orden de las dermatosis en la clasificacion etiología que, tomándola del Dr. Olavide, acabo de exponer de una manera casi literal, completemos los ejercicios clínicos que hemos dejado pendientes despues de haber

llegado á la determinacion del género y la especie para ensayarnos desde este momento á diagnosticar el órden y la clase de las enfermedades de la piel.

Volvamos á visitar la jóven del número 32 cabeza, de la sala del Beato Oriol, aquella cuya cabeza está poblada de costras amarillas y que al propio tiempo tiene granos pustulosos y costras morenuzcas en la frente, nuca y regiones mastoideas.

La afeccion data de larga fecha — nueve años — va acompañada de prurito, que principalmente se exaspera por la noche; á las costras amarillentas, que desde muchos años conservaba en el cuero cabelludo, han venido á asociarse pústulas, es decir, una erupcion artificial. Por todos estos datos, podemos decir positivamente que esta afeccion es de la clase de las parasitarias.

Miremos al microscopio un fragmento de una de las costras y veremos el micelium y los esporos que caracterizan el achorion: trátase, pues, de una tiña favosa. La enfermedad, por lo tanto, es el órden de las fitoparasitarias.

Tambien aquejaba prurito nocturno la enferma que ocupaba la cama número 32 cabeza; su enfermedad era reciente, y en el tegumento, además de vesículas, pápulas y surecos, se veían rasguños artificiales incruentos, producidos por el rascar de la enferma.

Vemos, por lo tanto, aquí tambien los caractéres clásicos de una dermatosis parasitaria; pero el microscopio nos dice que en este caso el parásito no es una criptógama, sino un animal, el acarus. La enfermedad pertenece, pues, al órden de las zooparasitarias, puesto que essarna.

Traed á la memoria las manchas cicatriciales que las ampollas de pénfigo habian dejado en las piernas de aquella

mujer que ocupó la cama número 38, cabeza, de la sala Beato Oriol, y recordad asimismo las marcadas cicatrices que se presentan en los muslos del hombre afectado de rúpia que visteis en la sala de Santa Cruz. La afección que precedió á estas cicatrices no habia sido provocada por una causa externa, sino que se habia declarado á consecuencia de un estado morbozo general ó constitucional y no habia indicios de parasitismo. La enfermedad presentaba todas las condiciones etiológicas de las de la clase de las espontáneas ó naturales. En igual caso se hallan todos los demás enfermos de la piel que hoy dia tenemos en la clínica; es decir, que en todos vemos dermatosis espontáneas ó naturales.

Pero estas manchas cicatriciales resultantes del pénfigo y esas deformes cicatrices efectos de la rúpia, no son ellas la enfermedad, sino reliquias de una afección precedente; pertenecen, pues, al órden primero de la clase de las espontáneas, esto es, á las enfermedades locales, ó por deformidad.

Á nuestra clínica no vienen, porque saben que no han de curarse y porque sus males no les causan molestias graves, sujetos afectados de manchas, ni de ictiosis, ni de hipertrofias cutáneas congénitas; pero, ¿quién de vosotros no conoce alguna persona que de nacimiento lleva en su cuerpo alguna de estas defórmidades? De este órden de dermatosis hallareis una clínica perenne en el trato social.

Si entráis en las salas de Clínica médica, encontrareis algun tifódico y en él os será fácil ver ejemplares de petéquias y manchas rosáceas sintomáticas de enfermedades febriles, que, segun llevo dicho, figuran en la primera division ó familia de las dermatosis generales.

En el hombre afectado de viruela, que hemos debido hacer trasladar á otra enfermería, teneis una muestra de una

dermatosis exantemática, pues recordareis que tuvo una fiebre prodrómica, con cefalalgia, lumbago y vómitos, en pos de la cual apareció una erupcion generalizada por todo el cuerpo.

En aquel muchacho de la erisipela, que ocupa la cama número 7 de la sala de San José, encontrareis un modelo de enfermedad pseudo-exantemática, pues, si bien tuvo y conserva fiebre, coincidió con ella la rubicundez, cuya marcha es aguda y se generaliza, pero no pasa de la cara, es decir, pues, que se extiende mucho menos que la erupcion del varioloso.

Tambien en la Clínica médica debeis buscar ejemplares de dermatosis escorbúticas, pues son afecciones que se estudian en patología interna y suelen no ser admitidos estos enfermos en la Clínica quirúrgica, por mas que, como manifestacion externa de su nosohemia, presenten dermatosis hemorrágicas.

Ejemplos de alteraciones del sudor tampoco abundan en las clinicas, pues la osmidrosis y la efidrosis son males que raras veces conducen al hospital. No así las exageraciones de la secrecion sebácea, de las cuales presenta un ejemplo notabilísimo un joven tuberculoso de mi visita particular, cuya cara está cubierta de costros untuosas al tacto, las cuales no son mas que materia sebácea concretada.

Tambien forman parte de la dotacion de la Clínica médica los enfermos afectados de dermatosis nerviosas consistentes en exageraciones ó deficiencias de la sensibilidad, que constituyen la dermálgia y la anestesia cutánea.

Lo que mas abunda en nuestras enfermerías son las sífilides. Ved otra vez la enferma que ocupa la cama, n.º 37,

piés, de quien os hablé en la primera de estas lecciones. Hoy día, la dermatosis que, en su frente, revelaba el vicio sifilítico, constituyendo la afección poéticamente llamada corona de Vénus, está punto menos que curada, gracias al activo tratamiento que hemos empleado; pero aún recordareis aquellos granos de color cobrizo, aquellas úlceras poco supurantes y nada dolorosas, aquellas costras secas, aquellos dolores de que se quejaba todas las noches y, en fin, aquellos antecedentes relativos á un chancre en los genitales, seguido de bubones inguinales. La dermatosis, cuyos vestigios aún hoy tenemos á la vista, es, pues, del orden de las constitucionales y debe incluirse en la numerosa familia de las sífilides.

No habreis aún olvidado la historia de aquella anciana que, en el curso próximo pasado, ocupó la cama número 36, cabeza, de la sala Beato Oriol, cuyos antebrazos y piernas estaban poblados de pápulas, que se hacían altamente pruritosas apenas la enferma se abrigaba ó entraba en calor. Recordareis la simetría de la erupción: bastaba ver la del miembro derecho, para dar por vista la del izquierdo. Repetidas veces la afección pareció entrar en el período de declinación; pero nuevos brotes, siempre de pápulas, es decir, de la misma forma con que se inició la enfermedad, venían á demostrarnos que nuestras esperanzas eran demasiado lisonjeras. Al fin, un tratamiento en que predominaban los arsenicales, terminó, al parecer, felizmente esta dermatosis, cuya rebeldía principalmente se manifestaba por la repetida aparición de nuevas erupciones.

¿Qué era esta enfermedad sino una herpétide? ¿Podía confundirse con el líquen sifilítico, que es de suyo indolente y vá precedido de otros antecedentes? ¿ni con un líquen artificial, ó de causa externa, ya que ninguna

de acción directa ni indirecta había obrado en la enferma?

Mirad ahora nuevamente las úlceras que tiene en las piernas la enferma del número 37, cabeza, de la sala Beato Oriol. Aún cuando, desde que os hablé de este caso clínico, la afección ha sido sensiblemente modificada por la tintura de iodo y las tiras aglutinantes que se han empleado tópicamente, y las píldoras de protoioduro de hierro que se han administrado al objeto de corregir el vicio constitucional predominante, aún podeis notar que las úlceras resultantes de granos pustulosos, exudan abundante cantidad de pus, son poco dolorosas y no guardan la menor simetría cuando se comparan las de la pierna derecha con las de la izquierda. En la region cervical todavía se palpan ganglios infartados y persisten indelebles las cicatrices escrofulosas de la adolescencia.

Todos estos rasgos sintomatológicos convienen á las escrofulídes, y de escrofulosos hemos calificado el eczema y las úlceras de esta mujer.

Señores: en gracia á la brevedad, omito llamar vuestra atención sobre el enfermo de la cama número 18 de la sala de Santo Tomás, afectado de hipertrofia elefantisíaca de ambas piernas, así como respecto de otro que, en el año pasado residió en el número 49, de la sala de San José, con un eritema característico en el dorso de los piés y de las manos, acompañado de una lipemanía con propension al suicidio. Estos serian ejemplos de leproides el primero y pelagroides el último. De ambas formas cutáneas y de ambos enfermos me ocuparé extensamente mas adelante. No puedo, empero, terminar esta leccion sin estimularos á que recordeis los numerosos casos de hidrargiria que se presentan en la sala Cruz, por efecto tópico de las fricciones mercuriales, así como las dermatosis granulosas y maculosas que frecuentemente nos indican la acción dérmica del bál-

samo de copaiba. En los casos de hidrargiria tenéis ejemplos de dermatosis artificiales ó provocadas directamente, es decir, por acción local de un agente irritante de la piel; en las dermatosis resultantes del empleo de la copaiba, así como en los que á menudo aparecen en los que toman el ioduro de potasio, debéis ver muestras de la acción que ciertas sustancias introducidas por las vías digestivas ejercen sobre el tegumento, determinando erupciones artificiales ó provocadas indirectamente.

Demos por terminado en tal punto este segundo ensayo clínico, puesto que quedan, por decirlo así, agotados los ejemplares de nuestras enfermerías, y meditando y repasando entre tanto vuestros apuntes, sobre cuanto llevo explicado en punto al diagnóstico y etiología de las enfermedades de la piel, preparaos para que en la próxima lección podáis sacar el debido provecho de lo que tengo que deciros respecto al pronóstico de las dermatosis en general.