

Herrero

Antonio

Ca 2525

81-7-A-N4

675

De la Escrofulosis  
y sus localizaciones

1889







Ilmo Señor.

Con el temor que inspira al que no está acostumbrado á esta clase de trabajos, me atrevo á someter á vuestro benevoló juicio y al de los dignos Profesores que me escuchan, esta mal-coordinada Memoria, para cumplir con un deber reglamentario.

El punto que he elegido es el de la Escrofulosis y sus Localizaciones: proceso morboso que con mas frecuencia que ningun otro, observamos á cada paso: nada nuevo puedo decir; mi propósito se limita á recordar y exponer las ideas vertidas por mis sabios Profesores y las recogidas en los autores que he tenido á



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5315394858

b 18470294

i 25455990



mano: si logro hacerlo de modo que merezca vuestra aprobacion habré llevado por completo el logro de mis deseos.

La Escrofulosis es un proceso morboso debido á modificaciones de la evolucion ó aberraciones de generacion de los elementos anatómicos: proceso morboso constitucional, desconocido en su esencia que se manifiesta en su evolucion por numerosas localizaciones en los elementos y tejidos vegetativos del organismo; su definicion, ha sufrido los diversos matices que las adquisiciones científicas, efectos de sus progresos siempre crecientes, le han impuesto, necesidad de elegir una, de todos los conocimientos actuales, preferimos la que el eminente Taccant ha estampado como buena en su memorable obra. Dicho autor la define

diciendo: Escrofulosis es una distrofia constitucional de productos polimorfos (diatesis poligenica de Cistrac) cuyas manifestaciones de naturaleza inflamatoria en la mayoria de casos, ocupan los ganglios linfaticos, la piel, las mucosas, el tejido celular, los tejidos osteo-fibroso y las vísceras.

Entre estos efectos de las diatesis no suelen presentarse á la vez, ni es tampoco frecuente que se dé á conocer por una sola localizacion.

Estas manifestaciones diversas se suceden ordinariamente, siguiendo un orden regular desde las partes superficiales á las profundas, presentandose á la vez en diferentes tejidos y guardan cierta relacion con las edades del individuo: esta marcha, que aunque no es constante autoriza á reconocer en la evolucion de las escrofulosis, tres periodos cuya duracion y gravedad aumentan del primero al tercero.



La escrofula es una enfermedad esencialmente crónica aun cuando no recorra todas sus fases; así, que si ha habido quien ha hablado de escrofula fugaz ha sido comparandola con las formas prolongadas indefinidamente de la escrofulosis osea y visceral.

Genesis y Etiología. - La escrofulosis puede ser hereditaria, innata o adquirida.

Es hereditaria cuando la transmiten á sus hijos directamente los padres escrofulosos: á menudo reconoce este origen, pero no es constante, pues se ha visto saltar de una generacion para tener la siguiente: este hecho lo ha observado Thomson y Gyles Smith: la transmision hereditaria por lo demás se verifica en diversos grados segun ha demostrado Daumes: en ciertos casos la herencia se limita á producir tan solo ese primer

grado de enfermedad conocido con el nombre de constitucion escrofulosa; en otros produce rapidamente las lesiones de la escrofulosis; aun las mas graves.

La escrofulosis se llama innata cuando al parecer tiene su origen en ciertas condiciones, ora fisiológicas ó patológicas de los padres. Se ha observado que los sujetos que viven en la miseria, debilitados por una alimentacion de mala calidad, por la privacion de aire, por enfermedades agudas, pueden engendrar hijos enfermos que padecen facilmente la escrofulosis. La edad muy avanzada de uno u otro conyuge es tambien causa de la misma afeccion. Otro tanto puede decirse de las uniones consanguíneas: los hijos de estos matrimonios son muchas veces escrofulosos: finalmente ciertas enfermedades generales de los padres pueden determinar en los niños una predisposicion á la escrofula:



se cita especialmente el cáncer, la tuberculosis y la sífilis. En cuanto à esta última enfermedad, ciertos autores como Selle, Hecker y Whifeland, han admitido que puede transformarse en escrofulosis; admitir esta idea es ir demasiado lejos, pero nadie duda que la sífilis tiene una marcada influencia sobre la aparición de la escrofulosis.

La escrofulosis adquirida es el resultado de ciertas condiciones higiénicas, cuyo resultado es alterar la nutrición general y debilitar el organismo. El habitar aposentos muy estrechos, en los que el aire se renueva de una manera insuficiente y está viciado por el hacinamiento; por consiguiente, el vivir en las calles estrechas y oscuras de las grandes ciudades, sobre todo en los barrios bajos, en los que la humedad une sus malos efectos à los de la vi-

ciación del aire, son una de las primeras causas del desarrollo del mal. A esto debemos unir la alimentación insuficiente, tanto bajo el punto de vista de la cantidad como bajo el de la calidad, la alimentación exclusivamente vegetal, el abuso de las sustancias seculentas, y en los niños pequeños la lactancia artificial con biberón, el destete precoz, el uso prematuro (antes de la aparición de los dientes) de alimentos. También debemos añadir la falta de ejercicios y paseos y un trabajo excesivo, mayor del que pueden soportar las fuerzas de los sujetos.

Todas estas causas obran modificando profundamente el conjunto de la organización, y su acción es tanto mas energética, cuanto mas jóvenes son los sujetos y mayor han sido el número de aquellos; esta alteración orgánica es el resultado de la acción continuada de



estas causas, que producen un estado de irritabilidad en los órganos hematógenos; punto de donde parte este proceso morboso.

En contraposición à la escrofula hereditaria y à la innata, que pueden manifestarse desde los primeros meses de la vida, la escrofula adquirida se presenta muchas veces à consecuencia de la primera dentición y acrece en el periodo de tres à siete años, sin manifestar la diatesis.

Segun algunos autores como Labrette, Pujol y Baumes, la escrofulosis es una enfermedad contagiosa; existe un virus, un fermento escrofuloso que obra sobre la sangre, y cuya evolución se retarda ó acelera por la naturaleza del terreno en que crece este virus: para apoyar esta opinion citan el ejemplo de nodrizas escrofulosas que han

transmitido su enfermedad à los niños, y hasta se han hecho inoculaciones con el pus de ulceraciones escrofulosas, obteniendo de un número muy considerable de estas, tan solo dos casos, y para esto no demostrados con claridad; la primera argumentacion es puesta, no es convincente; la nodriza escrofulosa tiene la leche pobre, poco nutritiva; los niños que se nutren con ella, tienen pues una alimentación insuficiente, circunstancia que puede favorecer en ellos el desarrollo de la escrofula; en estos casos, como dice muy bien el Sr. Santan, se trata mas bien de una trasmision hereditaria que de una trasmision contagiosa. En cuanto à los demás hechos citados para comprobar el contagio del mal, no ofrecen ningun dato preciso y solo demuestran una cosa; la posibilidad de la aparicion de la escrofula en los sujetos sometidos à la in-



frecuencia de las mismas causas pro-  
ductoras del mal.

Las condiciones individuales que favorecen la aparición de las escrofulosis son relativas á la edad, al sexo, al temperamento y á la constitución; respecto á la edad, las manifestaciones escrofulosas ofrecen su mayor frecuencia entre cinco y quince años; sin embargo, cuando se trata de la escrofulosis hereditaria ó innata, suelen sobrevinir lesiones desde los primeros meses de la vida y aun durante la evolución de los clientes. La enfermedad aumenta entonces hasta la época de la pubertad; en esta es raro que empiece la enfermedad; pero en cambio es frecuente que sobrevengan lesiones escrofulosas profundas en jóvenes y en adultos que hayan presentado en la infancia determinaciones escrofulosas superficiales que han perma-

necido muchos años sin manifestar la diatesis.

La influencia del sexo no se halla bastante demostrada, encontrándose dividido los pareceres; lo que si se ha observado que el sexo interviene principalmente en la determinación de las lesiones escrofulosas. Así, las lesiones cutáneas son una tercera parte mas frecuentes en los hombres que en las mujeres, mientras sucede lo contrario con las lesiones articulares. Del mismo modo los abscesos y las úlceras son mas frecuentes en los hombres, mientras que en las mujeres dominan las oftalmías. La influencia que por espacio de mucho tiempo se ha atribuido al temperamento linfático, es mucho menos positiva: ciertos autores han considerado el linfatismo como el primer grado de la escrofula; pero además de que la noción de temperamento linfático es



ninguna, vaga y, no corresponde á nada, bien demostrado, se sabe hoy que los sujetos antes indicados no son los únicos escrofulos, y que todos los días observamos que ataca la enfermedad á individuos, cuyos atributos físicos son completamente distintos.

En gran número de casos, la explosión de la escrofula es espontánea y esto puede atribuirse á un aumento de predisposición y otras veces la determina alguna influencia accidental ó patológica, que hace el papel de causa ocasional.

El traumatismo tiene cierta influencia en la aparición de las lesiones y de los tumores: las contusiones, los esquinces y las fracturas, obran más pronto sobre los sujetos así predispuestos que sobre los individuos robustos y, perfectamente constituidos. Estas diversas causas, si obran sobre las articulaciones

producen *vinobitis* crónicas fungosas, que tienden á la formación de tumores blancos. En los tumores pueden determinar inflamación ósea, caries y necrosis, cuyo curso lento se halla en relación con la naturaleza de la escrofula. Estos diversos traumatismos ejercen también una notable influencia sobre la evolución de las lesiones de las vainas tendinosas.

En estos órganos, lo mismo que en las articulaciones, producen, en los escrofulosos, fungosidades cuyo origen ha sido perfectamente establecido por el Sr. Bidand. Aparecen á consecuencia de trabajos manuales penosos, de presiones ejercidas sobre las vainas tendinosas de violentos esfuerzos musculares ó de contusiones.

Las manifestaciones de la escrofulosis se modifican también por ciertas enfermedades generales. Entre ellas debemos citar las fiebres eruptivas, principalmente el ra



rampian que deja en pos de si erupcio-  
nes sostenidas por la escrofula. La fie-  
bre tifoidea puede obrar del mismo mo-  
do, pero la sífilis principalmente ejerce  
una marcada influencia, como lo han  
demostrado los Hrs. Lugol, Davin y re-  
cientemente Lancerneau, la sífilis da  
á las determinaciones del mal una nota  
de sobreexcitacion y una mayor tenden-  
cia á supurar, sin embargo, los fenome-  
nos que sobrevienen en los escrofulosos que  
padecen la sífilis ¿deben comprenderse  
de este modo? Quizá sea la escro-  
fula la que imprime un aspecto par-  
ticular á la sífilis como admite Des-  
pres. Sea como quiera, la observacion  
clínica nos dice, en los escrofulosos, las  
placas mucosas, son mayores, suelen  
ocupar las alas de la nariz, el conduc-  
to auditivo externo y las conjuntivas  
con mas frecuencia que en los demás

sujetos. Se observan tambien sífilides  
reventoras (circum sífilíticos) y los tubér-  
culos sífilíticos adquieren la forma de  
un lupus escrofuloso.

Los ganglios inguinales, los del me-  
llo, resultantes de las placas mucosas  
de la garganta, supuran con la ma-  
yor facilidad: á consecuencia de las  
mas ligeras lesiones cutáneas se ven  
aparecer rosarios ganglionados que ofe-  
cen una gran tendencia á la supuracion.  
Las periostitis supuradas, las caries, las  
necrosis, las úlceras cutáneas, y en los úl-  
timos periodos, la degeneracion amiloí-  
dea de las vísceras son mas frecuentes en  
los sífilíticos escrofulosos que en los sífi-  
líticos ordinarios.

Estudiamos las manifestaciones  
locales de la escrofulosis, en los tejidos que  
se presenta con mas frecuencia.

Interesan los ganglios linfáticos, la



piel, las mucosas, el tejido celular, los huesos y las articulaciones. A veces se observan también manifestaciones viscerales.

Estas lesiones son en la mayoría de casos resultado de procesos inflamatorios, lo cual ha hecho decir que tales alteraciones no presentan en sí mismas carácter alguno objetivo que demuestre su origen escrofuloso. Donde deben buscarse los elementos para formar juicio respecto de la enfermedad, es en los atributos constitucionales del individuo afectado, en la espontaneidad aparente de las manifestaciones, en la lentitud de su marcha, en su tenacidad, en su coexistencia y sucesión.

A veces las lesiones muy diversas que corresponden a la enfermedad, no tienen carácter anatómico especial, son

tan solo lesiones comunes, de las que voy á ocuparme.

La tumefacción de los ganglios linfáticos constituyen la manifestación típica de la enfermedad. Las glándulas linfáticas del cuello, de la ingle, de las axilas, de los bronquios y del mesenterio son acometidos aisladamente ó en conjunto. La lesión no siempre es la misma; muchas es una hipertrofia simple, es decir, una multiplicación celular normal. poco á poco los ganglios de la región, que apenas eran apreciables al tacto, aumentan de volumen: pueden ser redondeados, ovoides móviles debajo de la piel y separados unos de otros ó reunidos entre sí: si toma parte la red conjuntiva, los ganglios hipertrofiados, forman cordones moniliformes, sarcoma escrofuloso de Lustein y Langembeck. Por su naturaleza, esta lesión puede repararse,



y las grandíllas volver à su estado normal, no siendo esta solución favorable la única posible. Basta tarde cada ganglio cum cuando permanezca unido en su superficie, adquiere el grosor de un hueso de paloma ó de una uña. En estos ganglios no se encuentra ninguna lesión, à no ser un aumento de volumen, en corte es grisáceo y granuloso como en estado normal: al microscopio solo se observa una multiplicación de los elementos celulares y un aumento de volumen del tejido reticulado.

Los ganglios modificados por la hiperplasia celular se tornan muchas veces asiento de verdadero proceso inflamatorio en el ganglio que se ha vuelto compacto y, ofrece al corte una masa gris, se reconocen bien pronto, en varios puntos, pequeños islotes formados por

una materia ó poca friable y de color blanco amarillento. Estos islotes resultan de la degeneración grasa de los elementos hipertrofiados del ganglio y de su transformación en materia caseosa. Esta transformación caseosa la consideraban los antiguos como una infiltración tuberculosa de los ganglios.

Cuando los ganglios han sufrido de este modo la degeneración caseosa, pueden seguir diferentes caminos; en ciertos casos llegan à resolverse por completo. Según Woichow, en este caso, las diferentes nudosidades ganglionares que forman los tumores se separan unas de otras, disminuyen de volumen, se atrofian, y finalmente desaparecen.

Es probable que entoncez sobrevenga un reblandecimiento, una fluidificación de la materia caseosa que es reabsorbida. Pero esta terminación favorable es excepcio-



nal: ordinariamente al cabo de al-  
gun tiempo, en uno ó muchos de los  
ganglios que forman el tumor se obser-  
van regiones que se reblandecen, y en las  
que bien pronto despues la fluctuacion  
permite reconocer la presencia de un li-  
quido: la piel se adhiere al tumor, se  
inflama en las regiones fluctuantes,  
se adelgaza cada vez mas y se perfora.  
Entonces sale un liquido seroso que con-  
tiene en suspension grumos caseosos y  
que se llama pus caseoso. Sin embargo,  
esta salida de liquido no vá seguida  
de la disminucion de volumen del  
tumor, porque el reblandecimiento  
y la liquefaccion de la masa caseosa  
no han sido completos: hay puntos  
todavia sólidos que solo despues sufren  
la fusion. De aqui resulta que queda  
una herida fistulosa, la úlcera escro-  
fulosa de Boerh, que persiste mientras

el tumor contiene materia caseosa. Abu-  
chias veces sucede que los diversos ganglios  
de que se compone la masa de la escrofula  
sufren esta liquefaccion unos despues que  
otros, y sin que comuniquen entre sí los  
diversos focos de reblandecimiento. En  
este caso se forman muchas aberturas  
simultaneas ó sucesivas que permiten  
hasta que se verifica la eliminacion total.

Cuando la evacuacion ha sido comple-  
ta, se destruyen los ganglios; la piel se  
deprime entonces y queda la cicatriz vi-  
ciosa propia de la escrofula. Esta cica-  
triz, con su aspecto repugnante, sus bis-  
das irregulares, su coloracion roja, vino  
primero y mas tarde blanca sucia in-  
deleble.

Tambien puede sobrevenir otra tras-  
formacion de las masas caseosas. A la  
larga, esta masa disminuye por reabsor-  
cion de todas sus partes liquidas y queda



un magma de una sustancia seca  
grumosa, análoga à la creta, que da  
efervescencia con el ácido clorhídrico:  
es la transformación cretosa. Mas tarde,  
todavía, sobreviene la transformación cal-  
caria; se encuentra en los ganglios una  
ó muchas pequeñas masas de consis-  
tencia petrosa; algunas veces está pe-  
trificado todo el ganglio.

Pero otras veces los ganglios hiper-  
troficados, en vez de pasar estas modifi-  
caciones pueden hacerse asiento de una  
inflamación y entonces forman tumo-  
res perceptibles debajo de la piel de co-  
lor rubicundo, contraen con ella aderen-  
cias y bien pronto se puede percibir en  
ellos la fluctación. En este caso, los  
ganglios han supurado y la abertura  
del absceso que se ha formado da un  
pus fleginoso de buena índole que  
no ofrece ninguno de los caracteres del

pus caseoso ya mencionado.

Estas alteraciones de los ganglios  
linfáticos ofrecen una importancia es-  
pecial cuando se desarrolla en los ganglios  
de los bronquios y del mesenterio. La  
adenopatía bronquial y la tabes son  
entonces la consecuencia. Aparte de estas  
lesiones el sistema linfático presenta en  
los escrofulosos una impresionabilidad  
morbosa muy especial que hace que los  
ganglios se inflamen y supuren así  
que se irriten ligeramente los tegumentos  
externos ó mucosos. Las manifestaciones  
cutáneas de las escrofulosis forman una  
familia especial de las enfermedades  
de la piel. Darwin las ha llamado escro-  
fulides; siguiendo los estudios de este  
celebre dermatólogo se las dividen en dos  
grandes clases.

En la primera figuran las escrofu-  
lides benignas primitivas ó superficiales



en la segunda las escrofulides malignas secundarias ó profundas, las que Bateman y Willan designaban con el nombre colectivo de lupus. Cada una de las escrofulides benignas en tres especies. La primera que llama escrofulide exudativa comprende todas las escrofulides secretantes: la segunda, escrofulide botanosa, comprende las erupciones papulosas ó papulo-pustulosas; en la tercera, escrofulide eritematosa benigna, figuran las erupciones eritematosas.

La escrofulide exudativa, que suele empezar por la cabeza y ocupa una parte de la cara, se presenta bajo la forma de una costra mas ó menos gruesa, de la cual sale por varios puntos un liquido, sero-purulento que se concreta en nuevas costras. Por lo general la enfermedad ha comenzado por venir

las (correa escrofulosa) que rotas poco tiempo despues, han dejado salir el liquido que contenian, y que es concreto: mas tarde continua la secrecion en la superficie del dermis: la lesion puede invadir las capas profundas de la piel y el tejido subyuntivo: entonces aparecen pequeños tumores indurados, que supuran con suma facilidad. La enfermedad puede estenderse á toda la cabeza, á la cara, al cuello algunas veces aunque es muy raro á todo el cuerpo.

No dá lugar á comecion y no determina casi el menor dolor; su duracion suele ser larga, meses y aun años, y cuando desaparece suele dejar lunecos, principalmente en la piel del orámen, en la cual se ven puntos mas ó menos extensos, desprovistos de cabellos.

La escrofulide botanosa, que suele comenzar en la juventud, comprende el



strophulus, el prurigo, el liquen, el eritema papuloso y ciertas formas del acnie. El strophulus consiste en una erupcion de pequeñas papulas rosaceas o blancas acompañadas algunas veces de rubicundex eritematosa, sobre las cuales suelen verse pequeñas vesiculas. Comienza por la cara y las regiones superiores del cuerpo, no van acompañadas de comezon y camina con bastante rapiden. El prurigo y el liquen escrofuloso, ofrecen caracteres que les colocan entre las escrofulides benignas; no dan lugar á comezon y sus placas y papulas son mayores que en las demas variedades de estas afecciones de la piel. El eritema papuloso se presenta en la segunda infancia. Aparece en el dorso de la mano y en los carrillos; consiste en una rubicundex sobre la que se ven unas eminencias papulosas y que desaparecen

por la presion. Las dos variedades del acnie son el pustata, constituido por la tumefaccion de las glandulas sebaceas, y el acnie miliaris, análogo al precedente, pero mas pequeño y numeroso: ambos ocupan la cara y la frente; su duracion es muy larga y su aparicion coincide con el desarrollo de los pelos, desaparece en los periodos avanzados de la escrofula.

La escrofulide eritematosa comprende los sabanes, el eritema indurado y cuperosa eritematosa.

El saban es mas frecuente en los niños, aunque tambien se observa algunas veces en los adultos, nace bajo la influencia del frio; ocasiona una viva comezon, vá acompañado de rubicundex y tumefaccion de las regiones que ocupa y, á menudo dá lugar á grietas, escoriaciones y úlceras. El eritema indurado suele existir en la pierna; es una rubicundex



que desaparece á la presión, y debajo de la cual encuentra el dedo cierta induración que penetra á mayor ó menor profundidad en el tejido subcutáneo: no ocasiona comezón y muy poco dolor á la presión. La cuperosa eritematosa, se parece á la dematosis que acabo de estudiar, pero carece de induración. Consiste en placas rojas, indolentes, que ocupan la nariz ó los carrillos y, por encima de las cuales se ven aparecer erupciones de acné.

Las escrofulides malignas secundarias ó profundas penetran profundamente en la piel involucrando todas sus partes constitutivas.

La clasificación admitida por casi todos los dermatólogos es la del Sr Hardy á la cual he añadido una clase Guiboust, la escrofulide rupiforme; se las divide en seis clases que

son; la escrofulide eritematosa, la acnéica ó comea, la pustulosa, la tuberculosa, la flegmonosa y la rupiforme. Las escrofulides malignas poseen caracteres comunes, genericos, que han sido establecidos por los Srs Darvin y Hardy. Dichos caracteres son los siguientes: estas escrofulides, cualesquiera que sea en forma anatómica, suelen ocupar la cara ó el cuello: en la cara se desarrollan principalmente en la nariz y en la mejilla y, en el cuello, en las regiones submaxilares ó las regiones laterales. En la mujer se presenta alguna vez en la región vulvar (estiomomas de la vulva.)

Permanecen en el mismo punto en que se han desarrollado, recorren sin cambiar de sitio todas sus fases evolutivas permanciendo fijas por algunos años y siguiéndolo siempre un curso crónico. Las escrofulides cum las mas externas y las



mas profundas, son indolentes y no modifican al parecer la salud general: esto es, lo contrario de lo que sucede en las herpíctides, que, como sabéis, da siempre lugar á comezones, sensaciones de escozor de quemadura y aun verdaderos dolores. Su color es rojo, vinoso ó de frambuesa. A menudo se encuentran placas del mismo color que desaparecen á la presión del dedo y, que constituyen por sí solas, toda la lesión. Este color se observa también al rededor de las demás escrofulídes, formando una especie de aureola. Todas estas lesiones van acompañadas al principio de una hipertrofia de los tejidos en que discorran. Estos tejidos, engrosados y como infiltrados, permiten del mismo modo hasta que la lesión cutánea tiende á la curación. En este momento se verifi-

ca una especie de reabsorción que produce atrofia, de muerte que, segun Guibout, "si la enfermedad estaba caracterizada por una enfermedad hipertrofica, la curación se caracteriza á su vez por una deformidad atrofica." Tal es el origen de las deformidades que se observan en la cara despues de la curación de las escrofulídes: ectropions consecutivos á la hipertrofia de los párpados: maricas afiladas y puntiagudas que suceden á otras de un enorme desarrollo; labios delgados y pequeños para cerrar la boca reemplazando á los labios enormes, bien chachos y gruesos. Las escrofulídes ofrecen una marcada tendencia á la ulceración. El pus que dan es de mala índole, seroso, poco rico en leucitas y en materias albuminosas. Las ulceraciones que forman tienen sus bordes delgados, desprendidos, irregulares: la ulceración se profun-



ga por debajo de sus bordes; en fondo es desigual, fungoso, tapizado por mamelones carnosos violados y sanguiscos. Estas ulceraciones se obtienen de dos modos. Una vez son superficiales, ganando superficie e invadiendo los tejidos por su periferia: no es raro entonces que en centro se halla cicatrizado, lleno por un tejido conjuntivo, abollado o irregular. Otras se obtienen en profundidad, escavan los tejidos, destruyen la piel, los músculos, los cartílagos y aun los huesos. En este último caso, dejan profundas huellos, destruyendo los párpados, la nariz, los labios, los cartílagos de la nariz perforando la bóveda palatina &c.

Las escamas de las escrofulidas son siempre de pequeñas dimensiones en su superficie; pero densas, gruesas y muy adheridas á las partes subyacentes,

los cuales no pueden desprenderse sin que dejen verdaderas ulceraciones. Las costras ofrecen un aspecto grisacio; parecen formadas de capas estratificadas, alternativamente grises y negras, y son poco gruesas, aplanadas y bastante húmedas. Finalmente, las cicatrices ofrecen caracteres especiales: son indelebiles, están adheridas á las partes subyacentes y forman una depresion en la region que ocupan; en fondo es desigual, reticulado y se halla atravesado por bridas irregulares; estas cicatrices ofrecen ese aspecto repugnante que á cada paso se ven en los cuellos de los escrofulosos.

Las determinaciones escrofulosas en las membranas mucosas, se las divide igualmente que las cutáneas en dos clases; la primera clase comprende las determinaciones benignas escrofulidas benignas de las mucosas; y la segunda, escrofulidas malignas. En la primera figuran las inflamaciones



catarrales y erupciones; la segunda comprende las lesiones ulcerosas.

Las inflamaciones catarrales de índole escrofulosa cuyo principio se parece al de todas las inflamaciones catarrales, tiene su asiento, por lo general, los puntos que la mucosa se comunica con el tegumento externo; se caracterizan estas inflamaciones por su larga duración, por la escuiva tenacidad de la afección, por su gran tendencia a supurar, por la aparición de granulaciones múltiples en la superficie de las mucosas: finalmente por el influjo de la inflamación sobre los ganglios que se hallan en relación con las regiones inflamadas. Estos catarrros, que pasan del estado crónico y que se producen bajo la influencia de las menores causas se presentan ó coinciden con las manifestaciones cutáneas, la escrofulide benigna.

Cuando curan dejan ordinariamente indicio de su paso; manchas, cicatrices, y un grosoramiento de la mucosa. Las mucosas afectas son por orden de frecuencia, la conjuntiva, la pituitaria, la mucosa auricular, la de la cámara posterior de la boca, la mucosa bronquial, la digestiva y la genito-urinaria: recibiendo diferentes nombres técnicos según la mucosa afectada; y tienen el sello característico que les dá la diatesis.

Las erupciones benignas de las mucosas suelen ser vésiculares ó pustulosas y se desarrollan ora por sí solas, ora coincidiendo con las inflamaciones catarrales. Superficiales y reunidas en pequeños grupos, son bastante análogas á la del impetigo y algunas veces á las venico-pustulas del cuerpo. Muy poco tiempo despues de su aparición se rompen, y el pus que contenian, forma costras amarillentas poco gruesas, por debajo de las cuales se encuentra una pequeña



úlcera. Estas erupciones escrofulosas se observan á menudo en la mucosa nasal, en la entraña de las narices, en la mucosa de los encías, de los labios y de la lengua y son raras en los órganos genitales. - La conjuntiva ocular ó la córnea suelen padecer una inflamación eruptiva de este genero: se designan con los nombres de conjuntivitis ó queratitis flictenular conjuntivitis ó queratitis escrofulosa pura. Esta inflamación flictenular suele ser poco considerable; sin embargo, si el número de pústulas es considerable, si la erupción en vez de ser limitada es generalizada, hay dolor, lagrimeo y fotofia; á la ruptura de las flictenas, suelen quedar en la córnea, unas veces manchas que limitan el campo pupilar, y otras, las flictenas se escorian, y de aqui resultan ulceraciones de la córnea superficiales que dejan al cicatrizar una mancha

lineal.

Las escrofulides malignas de las mucosas son análogas á las escrofulides malignas de la piel.

Se observan ordinariamente en la mucosa naso-faringea, en la nasal y en la de los órganos genitales de la mujer; en la mucosa ocular se encuentra á menudo una manifestación que puede considerarse como escrofulides malignas.

Las escrofulides malignas de la mucosa naso-faringea, estudiadas perfectamente por el Dr. Hornotte se presentan bajo sus formas: las principales son el eritema-livido, caracterizado por un color livido de las mucosas; las granulaciones que se parecen, ora á los mamelones carnosos, ora á las eminencias de la angina granulosa y las úlcera que en su evolución sucesiva pueden pasar á la forma cancerosa.

La escrofulide maligna de la gargar



ta, revierte la forma úlcerosa, lupus de la garganta; comienza por una viva rubicundez del velo del paladar, de los pilares y de la pared posterior de la faringe, sobre la cual aparecen bien pronto ulceraciones profundas que destruyen progresivamente los tejidos invadidos; la enfermedad produce tales estragos sin causar ningun dolor, sigue un curso muy lento y cuando sobreviene la curacion, se establecen entre el velo del paladar y la faringe, adherencias que cierran por completo la comunicacion con la parte posterior de las fosas nasales. Si la úlcera debe revestir la forma canceridea, el fondo se vé, que se indura progresivamente, los bordes se ravusan y la enfermedad adquiere un curso rápido y llega á producir muchas veces la muerte.

Las escrofulidas malignas de los órga

nos genitales designadas tambien con los nombres de estiomemas de la vulva y de la region anal, sobrevienen en las mujeres mientras dura su vida sexual, y cum despues de la menopausia. Las causas mas frecuentes son los escros venereos y la poca limpieza. Existen dos formas principales; la estiomema úlcerosa superficial y la estiomema úlcerosa profunda; estas lesiones coinciden á menudo con otras escrofulidas cutáneas. Se dan á conocer por un flujo leucorreico; invaden sucesivamente los labios, la vulva, el perineo, la region anal, destruyendo mas ó menos las regiones dichas. La enfermedad se refleja muy poco en el estado general; el curso es lento y la derivacion muy larga; algunas veces la estiomema revierte un carácter hipertrofico que la da un aspecto elefantiasico.

Como escrofulidas malignas de la mucosa ocular, el Dr Darwin, ha descrito una



oftalmia especial. Consiste en una eminencia pustulosa, que aparece sobre la cornea y ocupa el centro ó las partes laterales de esta membrana: se forma pues entre las láminas de la cornea: se abre paso unas veces al exterior, dejando una úlcera profunda de la cornea, ó ya otras al interior del ojo dando lugar á un hipopion. Esta grave oftalmia de la cornea escrofulosa puede producir manchas, una opacidad completa de esta membrana, llamada tambien tisis de la cornea esta fitomas corneos y el vaciamiento de ojo, que queda reducido á un membrana.

En el tejido celular la escrofulosis produce manifestaciones inflamatorias que Bazin designa con el nombre de escrofulas celulares. Son abscesos que ocupan ordinariamente la cara y el cuello, pero que tambien pueden obser-

varse en otras regiones del cuerpo.

Estos abscesos suelen comenzar por una induración circular, ovalada, bastante bien circunscrita, situada á menudo en el trayecto de los ganglios linfáticos: se hacen asiento de una inflamación, mas rápida, la piel que le cubre se torna roja y despues violada y adherente: al mismo tiempo la lesión se transforma en un tumor blando y fluctuante, cuyo volumen varia entre el de un guisante y una cereza y que se abre dando salida al pus: el pus que sale, es fluido, poco trabado, de color mas grisáceo: los leucocitos son mas numerosos y el suero contiene una proporción menor de materias albuminóideas; algunas veces se ven coagulos fibrinosos; otras, concreciones caseosas; dicho líquido tambien puede ser sanguoso y rojo, es el pus de los abscesos frios. Cuando los abscesos se deprimen, es decir que se han



reciada, la piel se destruye en gran parte y la cicatriz que es irregular, llena de bridas é indeleble, se forma por medio de mamelones carnosos que nacen del fondo del absceso: es raro que los abscesos escrofulosos terminen por resolución. Tales abscesos pueden recurrir con intervalos mayores ó menores durante algunos años.

Solemas de estos abscesos fríos superficiales se observan también á menudo abscesos fríos profundos: se desarrollan lentamente, van acompañados de un dolor sordo, que aumenta por la presión y por la contracción muscular y, sumuntar, fosos debridados á la periostitis hemorrágica ó á la carie; mas adelante forman una eminencia, mayor cada día hasta que se nota fluctuación: la piel toma un color rojo livido, se adelgaza y finalmente se perfora, dan

do paso á un pus mezclada con sangre y detritus; durante algun tiempo, queda un trayecto fistuloso. Quando estos abscesos, profundos, se desarrollan cerca de las cavidades viscerales, pueden ser causa de grave peligro para los enfermos: en efecto, algunas veces se abren en las cavidades serosas, pleura y peritoneo, determinando inflamaciones rápidamente mortales. Puede suceder también, que estos abscesos tengan una gran extensión: en tal caso su cicatrización es imposible, y por la abundancia de la supuración, ocasionan una caquexia que puede terminar por la muerte. Los senos y las articulaciones suelen ofrecer diversas manifestaciones: tales son las hidartritis crónicas, la sinovitis fungosa, las periostitis, y sobre todo las que se presentan con mas frecuencia son las osteitis escrofulosas y el tumor blanco.



La osteitis escrofulosa puede inte-  
rsar todos los huesos del esqueleto: se ma-  
nifiesta con mas frecuencia en los huesos  
cortos y en las extremidades de los largos,  
que en el cuerpo de estos y en los huesos can-  
chros. Los puntos en donde se presenta  
por lo general son en la cabeza, en la co-  
lumna vertebral conocida con el nom-  
bre de mal de Pott y en los miembros in-  
feriores mas que en los superiores.

Esta lesion, sobre cuyo desarrollo tie-  
nen una gran influencia los trauma-  
tismos se dá á conocer por un dolor sordo  
en el sitio en donde existe el mal y que au-  
menta generalmente con sus progresos.

Cuando el hueso tiene una situa-  
cion relativamente superficial se desar-  
rolla una tumefaccion que se adhiere á  
la piel: se reblandece progresivamente y  
ofrece los caracteres de un absces, mas tar-  
de la piel se pone roja, se ulcera y dá salida

á un pus seroso, sero-sanguinolento, que  
contiene muy pocos leucocitos, y en el cual  
suele haber granos calcáreos, detritus, y  
pulverulentos, que, segun su volumen, pue-  
den ser perceptibles al tacto ó ser tan solo  
apreciables al examen microscopico: cuan-  
do este pus procede del tejido esponjoso,  
suele haber gotitas grasas.

Si el hueso enfermo está situado á  
alguna profundidad, cubierto por grue-  
sas marcas musculares, por tabiques apo-  
cristicos resistentes al pus formado en el  
sitio de la lesion, se fragua un trayecto  
fistuloso á lo largo de las vainas teneli-  
mosas, que es mas ó menos largo, se forma  
un tumor fluctuante en las partes decli-  
ves, llamado tambien absces por conges-  
tion ó emigratorio.

Estas diferentes lesiones ocurren rari-  
acompañadas de sintomas que se hallan  
en relacion con su sitio, y cuyas consecuen-



cias varían según las funciones encomendadas a los huesos enfermos. Esta inflamación ossea, con tendencia á la caries sigue en un curso las diversas fases de la inflamación.

El tumor blanco es la lesión de la escrofula de las articulaciones; es una localización morbosa de las mas frecuentes; no entraré en detalles por ser un estudio muy lato el de esta lesión.

Ademas de estas diversas localizaciones de la escrofula, la mayor parte de los autores consideran como posibles, las manifestaciones en los organos internos. Davin que ha visto el que mas ha avanzado, refiere á la escrofula lesiones que se presentan en la mama, el testículo, el peritoneo, la plura, las meninges, el higado, el riñon y el pulmon.

Todas las lesiones que describe se hallan caracterizadas anatomicamente

por la presencia de granulaciones tuberculosas ó de materias caseosas en los organos, las escrofulosis puede tambien en sus ultimos periodos, producir lesiones internas no tuberculosas: Dud y Virchow, han demostrado la degeneración amiloidea del higado, del bazo, del riñon, con las consecuencias sintomaticas de hidropesia y albuminuria; Virchow designa una pneumonia caseosa. En las vitias escrofulosas que padecen el sarampion ó la coqueluche, pueden desarrollarse neumonias y principalmente bronco-neumonias; las observaciones de Lepine y otras debidas á E. Smichet no dejan ninguna duda sobre el particular.

Finalmente, las nociones que poseemos acerca del estado de la sangre son casi nulhas: hay aumento de la proporcion de agua, disminucion de los globulos rojos y aplastados, segun unos la fibrina disminuye;



en otros, esta sustancia continua en estado normal. En los últimos periodos la sangre adquiere los caracteres que posee en todas las caquexias. Estas lecciones del medio interior no ofrecen nada de especial, ni pueden ilustrarnos sobre la verdadera naturaleza de la escrofulosis.

Una vez conocidas las diferentes localizaciones de la escrofulosis, terminaremos diciendo algunas palabras del curso evolutivo y los caracteres generales de este proceso morboso.

Las escrofulosis imprimen un sello exterior particular á los sujetos que la padecen; este sello especial, constitucion escrofulosa, ó hábito escrofuloso, nombre con los que se le designa, es el conjunto de particularidades distintivas que presentan los individuos escrofulosos, es ya una manifestacion de este proceso; sin embargo estos caracteres especia-

les no preceden siempre á los accidentes protológicos propiamente dichos como ha observado y comprobado Lebert con una minuciosa estadística. Difiere por lo demás según la edad de los sujetos y no se revela por los mismos signos, en los niños y en los adolescentes: así vemos que en la primera infancia, los niños son enfermizos, débiles, delicados, su cabeza es voluminosa, la cara oblonga, las sienas aplastadas y la frente ancha, dan á su fisionomía una expresión especial: el cuerpo es pequeño, los huesos son mas delgados que en el estado normal, hay poca grasa debajo de la piel, los músculos son muy flácidos y las uñas de los pies y de las manos ofrecen un color rojo y son muy delgadas. Estos niños se desarrollan con prontitud, la aparición de los dientes se hace esperar, y no es raro, encontrar niños de quince á diez y ocho meses que no tienen todavía sus



primeros dientes.

En la segunda infancia el hábito escrofuloso se hace mas marcado toclavía; pero entonces se puede presentar bajo dos formas típicas diferentes, sobre las cuales he llamado la atención el Sr. Baxin: estas dos formas presentan caracteres distintos en su hábito, los que he querido describir perfectamente por bastantes. En la primera forma, escrofula lenta, la cabeza es voluminosa, las facciones están abultadas, así como la nariz y el labio superior; el mentón es saliente y cichado, el vientre voluminoso, el cuello grueso y deformado por abultamiento glandular, y los tejidos están blancos y como esponjosos. En la segunda, escrofula irritativa, la piel es sumamente blanca, se colora con gran facilidad y tan fina que por transparencia se ven las venas

rojizas ó aruladas que serpean por debajo de ella; las mejillas y los labios tienen un color rojo encendido; las escleróticas delgadas y translucidas tienen un tinte arulado que da á la mirada algo de tristora y languidez; los músculos están como empedrados y flojos; el peso del cuerpo es ligero, en relación al volumen; los dientes arulados y brillantes, y los cabellos están lacios. A estos rasgos pueden añadirse otros. En el desarrollo del cuerpo puede observarse las mayores irregularidades en unos escrofulosos, parece que el crecimiento se ha detenido en su curso; en otros, la talla está muy desarrollada, pero es defectuosa, sin proporciones; hay una falta de armonía entre las diferentes partes del cuerpo; los órganos digestivos funcionan mal; los instintos genitales son tardíos: la menstruación se retrana y dificulta; y según las observacio-



nes de Gungol, las mugeres escrofulosas están mas dispuestas al aborto, que las que no lo son.

La escrofulosis puede manifestar su presencia aunque rara, antes de la primera dentición por localizaciones superficiales en la piel y mucosas: en este momento aparece las erupciones impetiginosas de la cara y de la piel del cráneo, llamadas vulgarmente contras lacteas y á las cuales suelen unirse las oftalmias y otitis catarrales.

En la segunda dentición, la enfermedad se dá á conocer por manifestaciones mas serias; las inflamaciones de las mucosas, suelen adquirir el caracter ulcerativo: al mismo tiempo los ganglios linfáticos comienza á sufrir las diversas alteraciones que ya he oitado. tambien en esta época se desarrollan las celenopáticas bronquiales ó mesentericas,

que pueden arrebatarse á los enfermos. Todas estas lesiones siguen el curso ya estudiado dejando en pos de sí cicatrices indelebiles.

Hacia la pubertad sobreviene una notable mejoría, se suspende el curso del mal y á veces la curacion es definitiva: pero en otros casos no sucede así. A los 15, 16 ó 18 años aparecen las escrofulides malignas de la piel y mucosas, cuya mayor expresion son el lupus tuberculoso y la estriomenia de la region vulvo perineal. Tambien en esta época se ven sobrevener las lesiones articulares y despues las caries oseas que interesan las epifisis de los huesos largos y los cuerpos de las vértebras.

Los escrofulosos pueden recibir estas graves alteraciones locales; sin embargo, muchos de ellos sucumben aniquilados por la abundancia de la supuracion



ó por los progresos de una anemia ca-  
quectica: á veces unen tambien por  
las complicaciones visculares que se de-  
claran que se han considerado como ma-  
nifestaciones de naturaleza escrofulosa.  
La degeneracion amiloidé del higa-  
do, del bazo y del riñon, son un conse-  
cuencia inmediata, sobrevienen en mu-  
chos casos; otras veces, la tuberculosis  
viene á complicar la escrofulosis, ora  
en el pulmon, ora en el peritoneo, ora  
en las meninges.

En cuanto á los sujetos que han  
resistido, parecen completamente cu-  
rados; pero quedan en un terreno fa-  
vorable para el desarrollo de la tuber-  
culosis; muchos de ellos sucumben  
hacia los cuarenta ó cincuenta años  
á consecuencia de este nuevo proceso  
morboso.

Tal es en general, el curso regular

de la escrofulosis, á la cual como hace  
Daxin se la han señalado periodos ev-  
olutivos analogos á los de las sífilis. En  
efecto la ha dividido en tres periodos:  
el primero, en el cual se desarrollan las  
lesiones de la piel, de las mucosas y de  
los ganglios linfáticos: un segundo en  
el cual se observan las alteraciones pro-  
fundas de los tejidos subyacentes, cutá-  
neos y mucosas y despues las articulares  
y osas: finalmente, un tercer periodo,  
en el que aparecen las lesiones caquecticas  
de las vísceras. Pero no siempre observa-  
mos esta regularidad en el curso de la  
escrofulosis; ademas, aun quando siga  
su curso regular, este curso no es continuo,  
hay periodos de interrupcion que pue-  
den durar años, durante los cuales pue-  
de creerse que los enfermos están curados:  
pero no tardan en desvanecerse estas  
ilusiones, pues al cabo de algun tiempo



a parccen accidentes graves, que, en  
ocasiones son dificiles de reconocer.

Doy termino à este mal coordina  
do trabajo, por no seros molesto, supli  
cando nuevamente vuestra inclul  
gencia.

Madrid 10 de Mayo 1883

Antonio Mercaño

Mercaño



Leida ant el tribunal el 28 de Mayo  
de 1883

El frió

Fran. Santanar