

estructural. Claro está que los fenómenos de precipitación, floculación, aglutinación, etc., se explican por fenómenos en soluciones coloidales (ni quien lo niegue), pero el hecho de que un suero obre específicamente sobre cierto micro-organismo, solamente puede explicarse por afinidades químicas bien definidas, entre el suero y el antígeno. A este respecto hay una diferencia absolutamente esencial entre la aglutinación de micro-organismos y la precipitación de soluciones de albúmina por ácidos, y la aglutinación y la floculación por sueros específicos, y esta diferencia la llamamos especificidad.

Esta especificidad nos maravilla cada día más.

Landsteiner logró diferenciar por métodos serológicos no solamente cuerpos de constitución química muy parecida, sino también formas isómeras de la misma sustancia, como, por ejemplo, el ácido tartárico dextrogiro, del ácido tartárico levogiro y mesogiro, después de acoplarlos con cuerpos protéicos para hacerlos antigénicos.

La química coloidal no es capaz de resolver problemas de estructura íntima de las sustancias; por consiguiente tampoco es capaz de hacernos entender el gran enigma de la especificidad de los fenómenos serológicos.

UN CONCEPTO NUEVO EN DERMATOLOGIA.

LAS DERMATOSIS INVISIBLES DE GOUGEROT

Por el Dr. Ricardo E. Cicero.

En la sesión de 9 de noviembre de 1933 de la Sociedad Francesa de Dermatología y Sifilografía el distinguido Profesor de Clínica de esas especialidades en la Facultad de París, Dr. H. Gougerot, hizo considerandos interesantes sobre las **erupciones despigmentantes de pigmentaciones ya existentes** y otros sobre **dermatosis invisibles despigmentantes y leucomelanodermias post-lesionales después de las dermatosis invisibles** (microscópicas, etc.).

En la sesión de 14 de diciembre de la misma Sociedad se ocupó con mucha mayor extensión del asunto en un artículo titulado:

“Contribución al estudio de las dermatosis invisibles”, justificándolo porque varios de sus colegas, interesados por los casos que presentó en la sesión anterior le pidieron que desarrollara su pensamiento de esta noción, para la que creó ese término nuevo de apariencia paradógica: “**dermatosis invisibles**”, término que por lo demás juzgo debiera ser substituído por otro más genérico, el de CRIP-TODERMATOSIS; pues como se verá en el resumen que voy a hacer, si en varios de los casos que constituyen el fundamento de la nueva noción nada hay visible en realidad por la simple observación clínica, en otros muchos lo que pasa es que la dermatosis no reviste su aspecto habitual, sino que propiamente aparece “disfrazada, enmascarada, oculta bajo otra apariencia”. El término de **dermatosis invisible** es por tanto correcto en los primeros casos; pero el de **criptodermatosis** es más apropiado para los segundos en mi concepto.

Como este disfraz es preferentemente en forma de trastornos de la pigmentación, es conveniente, para formarse idea más cabal, resumir ante todo el primero de los artículos: el referente a erupciones despigmentantes ya existentes.

Principia Gougerot relatando que desde hace años estudia las leucomelanodermias postlesionales mostrando su frecuencia y generalidad (falsas leucomelanodermias sifilíticas del cuello, acromías parasitarias de la pitiriasis versicolor, leucomelanodermias consecutivas a eczemas, a paraqueratosis, a tricoficias, a prúrigos, a psoriasis, etc.)

Señala la acción despigmentante de varias erupciones caracterizadas por manchas blancas en medio de pigmentaciones de cualquiera clase, hasta en la piel de los negros, en la que no es extraño ver que las piodermitis dejen cicatrices blancas.

Hace notar:

I.—Que la acción despigmentante de las erupciones es inconstante;

II.—Que es variable para un mismo enfermo en diversos períodos de su vida;

III.—Que puede presentarse en cualquier pigmentación (solar, racial, etc.)

IV.—Que cualquier erupción la puede producir;

V.—Que son sin embargo las reacciones inflamatorias asépticas (eczemas, dermatosis eruptivas alimenticias y medicamentosas y las

de la sífilis secundaria) las que tienen acción despigmentante más frecuente y acentuada;

VI.—Que la acción despigmentante no es proporcional a la intensidad de la erupción;

VII.—Que puede ser más o menos rápida, en su aparición ya lenta, en término de seis semanas o más, ya rápida, en unos cuantos días;

VIII.—Que su duración es variable: a menudo tenaz (6, 7, 10, 12 meses);

IX.—Que durante dos o tres años puede renacer en el estío, cuando la piel, por la acción del sol, se oscurece, apareciendo en blanco los lugares previamente afectados.

La patogenia de las dermatosis despigmentantes es la misma que la de las leucomelanodermias post-lesionales, a saber: la reabsorción del pigmento cutáneo normal o anormal por causa de reacción “inflamatoria” aséptica o parasitaria.

* * *

En su artículo sobre las “dermatosis invisibles” enumera Gougerot las dermatosis en que ha observado estas formas, siendo dichas dermatosis muy variadas: eczemas, dishidrosis, eritemas tóxicos, autoxinides eritemato-pigmentadas fijas, urticaria, prúrigo, líquenes cutáneos y mucosos, dermatitis polimorfa dolorosa de Brocq-Dühring, psoriasis, paraqueratosis psoriasiforme, acrodermatitis de Hallopeau, pityriasis facial, epidermomicosis y epidermomicosides, herpes, zona, fiebres eruptivas, roseola y eritema terciario sifilítico, leprides, tuberculosis cutáneas y tuberculides, de todo lo cual cita ejemplos que transcribo muy condensados al final de este resumen que me honro en presentar a la Academia de las nuevas e interesantes ideas del Profesor Gougerot.

En cuanto al modo de reconocer las dermatosis invisibles señala el autor que:

I.—Pueden estar caracterizadas exclusivamente por síntomas subjetivos (prurito, neuralgias, etc.)

II.—Lo pueden estar por trastornos objetivos de la sensibilidad.

III.—Pueden ser demostrables por la luz de Wood.

IV.—Suelen caracterizarse por leuconodermias post-solares o consecutivas a irradiaciones ultravioletas.

V.—Han sido demostradas por biopsias sintemáticas.

VI.—Otras veces han sido reveladas por reacciones biológicas (inyecciones reactivadoras de toxinas-vacunas.)

VII.—Pueden revelarse por cicatrices o atrofias.

Señala que pueden coincidir o no con lesiones visibles (claramente manifiestas con sus caracteres habituales, diría yo) en otros sitios de la piel o en las mucosas y que en cuanto al modo evolutivo es variable; pues pueden las dermatosis existir con sus caracteres de visibles por mucho tiempo (hasta por meses y aun años) y después hacerse invisibles; pueden en otros casos haber existido invisibles y hacerse visibles después; pueden por último ser constantemente invisibles.

Cita como ejemplos de estas modalidades casos de psoriasis, de liquen y de eczemas que en años anteriores a su observación como invisibles habían existido con sus caracteres habituales; casos en que un liquen caracterizado solamente por prurito "simple" durante 10 años, apareció a la postre con sus caracteres objetivos propios; casos en que la demostración de un liquen invisible se obtuvo por la prueba terapéutica; otros en que una leucomelanodermia fué la manifestación de un prúrigo invisible y otros en que un eritema sifilítico invisible se reveló solamente por un vitiligo.

Dice que estas lesiones invisibles pueden corresponder a lesiones microscópicas (eritema previtiliginoso, por ejemplo), o ser reveladas por una biopsia sistemática, o depender de una impregnación tóxica sin lesión histológica (como en el prúrigo), o ser debidas a una perturbación biológica (pexia de sustancias tóxicas en un eczema o una tuberculide o pexia de sustancias sensibilizantes en la urticaria).

Representan las dermatosis invisibles formas degradadas, "atenuadas" de las dermatosis visibles con las que se ligan por los "hechos de paso" en que tanto insistió Brocq y después del propio Gougerot que mucho se ha ocupado de las formas atípicas de las dermatosis, habiendo sido este estudio el que le condujo a su nueva noción de las invisibles.

El interés práctico de esta noción estriba en que sirve para precisar el diagnóstico de muchas dermatosis y para asentar bases más firmes para el tratamiento, permitiendo aprovechar nuevos criterios de curación, como son la prueba del sol, la de los rayos ultra-violeta y la luz de Wood.

RESUMEN SINTETICO DE LAS OBSERVACIONES

ECZEMAS.—Casos en que no existía más que prurito y la luz de Wood mostraba lesiones difusas de eczema.

Otros en que la administración del antígeno nocivo reveló la presencia de un eczema en casos en que solamente existía prurito.

DISHIDROSIS.—Enfermo que la ha padecido en varios veranos y en el que en 1930 y 1931 se manifiesta únicamente por prurito sin manifestación objetiva de ninguna especie.

ERITEMAS TOXICOS.—Enferma que durante 10 años ha presentado una erupción polimorfa cada vez que comía moluscos o crustáceos y que en 1932 y 1933, no habiendo hecho “más que probarlos”, ha tenido solamente prurito por 4 días, que eran los que le duraba habitualmente la erupción. En el verano de 1933 toma baños de sol que le pigmentan su piel; pero no de modo uniforme, sino con infinidad de discos blancos de la misma forma, dimensiones y localizaciones de las erupciones que anteriormente tuvo:

En otra enferma anafilactizada para la aspirina, que le causaba aspirinides fijas eritemato-pigmentadas, bajo la influencia del tratamiento antianafiláctico con la administración de un centígramo de aspirina una hora antes del comprimido de 0.50 la intolerancia se muestra solamente por prurito localizado a los sitios en que antes aparecía la erupción.

AUTOTOXINIDES ERITEMATO-PIGMENTADAS FIJAS.—Prurito solamente después de un tratamiento antianafiláctico en una enferma en quien después de las reglas se presentaban erupciones polimorfas por autointoxicación.

URTICARIA.—En una inglesa que la padecía desde la infancia y que llegó a sanar después de mucho tiempo, bajo la acción de baños de sol se produjeron en medio de la hiperchromia difusa manchas acrómicas en los sitios antiguamente preferidos por las ronchas.

PRURIGO.—En este caso también los baños de sol han sido por la aparición de manchas acrómicas dentro de la pigmentación difusa las reveladoras del padecimiento cutáneo.

LIQUENES.—En un caso prurito generalizado durante 19 meses precediendo a las primeras pápulas de líquen plano en las muñecas y los antebrazos, sitios en que el prurito era más intenso. En otro de líquen plano atrófico diseminado, el prurito le precedió por 10 años.

En otro nunca llegaron a aparecer pápulas liquenianas en la piel ni en las mucosas; pero el prurito solamente desapareció con el tratamiento del líquen: arsenicales en dosis fuertes y una preparación crisofánica al exterior.

En otros casos el prurito ha precedido por largo tiempo en la piel a la aparición de lesiones de líquen en las mucosas, que a su vez habían sido precedidas por sensaciones de quemaduras o por neuralgias; en otros ha habido estos trastornos sensitivos de las mucosas en sitios en que no había el líquen mucoso y el tratamiento arsenical intenso ha sido el único eficaz, coincidiendo en casos en que había al mismo tiempo placas de líquen cutáneo y neuralgias de las mucosas el alivio del líquen junto con el de las neuralgias, denotando la naturaleza de estas.

DERMATITIS DE BROcq-DUHRING.—En un primer caso en que el padecimiento había durado 2 años quedó un prurito permanente que en 2 ocasiones posteriores se acompañó de brotes eritemato-papuloso y de ampollas para finalmente desaparecer por completo bajo un tratamiento apropiado.

En un segundo caso que había durado ya 3 años el tratamiento por medio de sulfarsenol y autohemoterapia hizo desaparecer las lesiones como en el caso anterior; pero quedó un prurito permanente aunque ligero. Al año siguiente por seguir la moda de los baños de sol determinan estos un nuevo brote de la dermatitis, que cede con el mismo tratamiento, en el que se insiste por curas intermitentes hasta hacer desaparecer el prurito, lo que se logra de modo tan completo que no vuelve, ni tampoco las lesiones cutáneas a pesar de nuevas insolaciones. En un tercer caso las manifestaciones cutáneas objetivas fueron precedidas por simple prurito durante 2 años.

PSORIASIS.—Un psoriásico antiguo que padecía desde la edad de 18 años fué tratado a la de 48 por el Profesor Shamberg, de Filadelfia, por régimen hipoazoado y sin medicación interna ni in-

yectable de ningún género ni tratamiento local activo sanando por completo macroscópicamente en marzo de 1930. No sigue después el régimen de Shamborg sino por 3 meses en la primavera y otros 3 en el otoño y en agosto de 1932 toma por moda baños de sol y con gran sorpresa e inquietud nota que se le produce una leucomelanodermia en que las manchas acrómicas reproducen en su forma, dimensiones y localizaciones las antiguas placas de psoriasis, aunque también algunos puntos antiguamente psoriásicos se han llegado a pigmentar y las acromias se han presentado también en lugares en que la psoriasis no había existido. Posteriormente con nuevos baños de sol se han reproducido los mismos fenómenos. Gougerot interpreta que en las acromias correspondientes a las antiguas placas la psoriasis aun persiste "biológicamente", que donde se ha pigmentado la piel a pesar de haber existido placas la psoriasis ha curado y que en las nuevas acromias hay nuevos elementos psoriásicos invisibles, que sólo existen microscópicamente "biológicamente". Deplora que su enfermo no le haya permitido practicar biopsias, que podrían confirmar sus ideas, cuya mayor importancia consistiría en el criterio de curación.

En otro caso se trató de un antiguo psoriásico también curado con el método de Shamborg y en el que baños de sol determinaron la leucomelanodermia con acromias en los sitios de las antiguas placas psoriásicas. Posteriormente reaparecieron nuevas placas de psoriasis en esos mismos sitios.

PARAQUERATOSIS PSORIASIFORME. — Caso semejante al anterior de psoriasis, a saber: dermatosis antigua curada por método apropiado; aparición de la leucomelanodermia bajo la acción de los baños de sol; abandono del régimen curativo y reaparición de lesiones visibles en los lugares acrómicos y también en otros.

ACRODERMATOSIS DE HALLOPEAU: Dos casos: en el primero había durado 3 años, que sanó como es habitual con la radioterapia y en el cual durante un año antes de que apareciera la dermatosis había tenido un prurito continuo limitado exclusivamente a los dedos en que posteriormente aparecieron las vé-sico-pústulas.

En el segundo caso había durado la enfermedad 15 años y también tuvieron efecto curativo los rayos X, desapareciendo todas las lesiones visibles; pero el prurito persistió localizado exactamente a los territorios de las lesiones antiguas, presentándose también dolores vivos sobrepuestos al prurito. Habiéndose presentado un nuevo brote visible el paciente es sometido nuevamente a la radioterapia, que domina no solamente las lesiones sino también el prurito y los dolores.

PITYRIASIS FACIEI.—Cinco casos en que máculasacrómicas aparentemente espontáneas habían sido precedidas en realidad por lesiones de pitiriasis mínimas y fugaces; pero suficientes para impedir que el sol pigmentara los sitios que ocuparon.

EPIDERMOMICOSIS Y EPIDERMOMICOSIDES. — En un enfermo afectado de eczema marginado de las ingles acompañado de veinte papulillas de “líquen epidermofítico de la espalda se hace una inyección de “polimicosina” que determina reacción febril y congestión urticariana de las lesiones de la ingle y papulosa de las de la espalda con aparición de 30 nuevas lesiones liquenoides, las que para Gougerot existían previamente en forma invisible, corroborando su opinión el hecho de que desaparecieron con solo el tratamiento local de las lesiones de las ingles y del dorso.

En un enfermo de Keller afectado de Pitiriasis versicolor la luz de Wood les daba una luminescencia blanquizca punteada de amarillo rojizo no solamente en los focos del pecho visibles con la luz del día sino también en el cuello y en la cara y el examen microscópico confirmó la existencia del *Microsporum furfur* en estas lesiones invisibles.

HERPES Y ZONA.—Cita Gougerot a Widal, a Sicard y a Minet que han señalado formas degradadas de zona manifestadas solamente por neuralgias, parestesias y trastornos objetivos de la sensibilidad y refiere haber encontrado casos en su práctica. Refiere haber observado igual cosa con respecto al herpes.

FIEBRES ERUPTIVAS.—La luz de Wood revela la existencia del exantema en el sarampión y en la escarlatina antes de que aparezca. También el signo de Oelnitz de la ventosa permite “la exteriorización en el lugar de la ventosa de erupciones ya borra-

das o de las que aun no han aparecido". También en casos de escarlatina con angina típica sin erupción cutánea o de sarampión con catarro óculo-naso-laringo-traqueal sin erupción cutánea tanto la luz de Wood como la prueba de la ventosa de OElnitz muestran la erupción cutánea invisible.

ROSEOLA Y ERITEMA SIFILITICO TERCARIO.—La luz de Wood muestra su existencia antes de que se hayan hecho visibles y también después de su desaparición.

LEPRIDES.—Las máculas de leucodermia, de melanodermia o de leucomelanodermia leprosas son precedidas generalmente por máculas eritematosas. Gougerot cita dos casos en que pudo comprobar que máculas de leucomelanodermia solar post-lesional aparecieron efectivamente en sitios en que no llegó a haber manchas rosadas visibles aun tratándose de enfermos que se observaban muy cuidadosamente y de los que el segundo era hasta fóbico.

También considera como leprides invisibles a la simple vista, arredondadas, de 10 a 30 milímetros asociadas con mácula eritematosas o eritematopigmentadas de la misma forma y dimensiones.

TUBERCULOSIS CUTANEAS Y TUBERCULIDES.—En granos lúpicos curados aparentemente por la fototerapia u otros procedimientos destructivos la biopsia ha demostrado su persistencia la que también ha sido confirmada por la recidiva clínica consecutiva a la reactivación con inyección de tuberculina. Ha habido casos de atrofia cutánea tuberculosa sin haber sido precedida del eritema atrofiante.

La inyección de tuberculina en lúpicos o tuberculosos afectados de formas benignas ha solido determinar la aparición de líquen scrofulosorum o de tuberculides pápulo-necróticas. Gougerot opina con Guy Laroche que en esos casos se ha tratado lesiones tuberculosas latentes (tuberculides invisibles) que la reactivación por la tuberculina tornó visibles.

México, mayo 30 de 1934.