

RELACIONES ETIOLOGICAS Y SINTOMATICAS

DEL PRURITO CON LA SIFILIS

EL PRURITO MONOSINTOMATICO

(SIGNO DE GRECO) (1)

Por ERNESTO L. OTHAZ

I

INTRODUCCIÓN

Nos proponemos en este trabajo seguir llamando la atención sobre el *síntoma prurito* como signo muy importante, único en momento dado, que puede ser el revelador de sífilis adquirida o hereditaria en actividad, las cuales, fuera de los casos con antecedentes, resultan frecuentemente ignoradas por los médicos debido a la ausencia de otros síntomas o por la negatividad de las reacciones biológicas. Efectivamente, ese síntoma que ha aislado y caracterizado bien en su pureza el profesor Greco en el caso que deba atribuirse a sífilis en actividad, tiene gran valor precisamente cuando no hay otras manifestaciones clínicamente apreciables de sífilis, sífilides cutáneo-mucosas, lesiones viscerales o nerviosas, *es el prurito sífilítico monosintomático*.

Este síntoma prurito, lo mismo que el síntoma *sifilipsiquismo*, (conjunto de manifestaciones o exteriorizaciones neuro-psíquicas de la sífilis, sin lesiones nerviosas orgánicas apreciables clínicamente, también aislado y caracterizado por el profesor

(1) Estudio presentado por su nombramiento de Profesor Suplente, en mayo de 1938.

Greco, son adquisiciones realmente importantes de la siflografía moderna, para despartir en bien del enfermo, la enfermedad antes de que ésta produzca localizaciones irreparables. Dichos síntomas, puede decirse, habían pasado inadvertidos en sus características e importancia para los siflógrafos más destacados y cuando eran mencionados, se lo hacía como elementos accesorios de la sintomatología más o menos múltiple presentada por los enfermos de sífilis. De ambos síntomas puestos bien en evidencia por la escuela dermatológica argentina y que llamaremos *Signo de Greco*, que facilitan el diagnóstico de sífilis, nos ocuparemos únicamente del que se refiere al prurito.

No hemos de repetir aquí el estudio general de dicho síntoma y de sus diversas manifestaciones dermatológicas que pueden encontrarse en los textos de Dermatología, pero conviene que hagamos referencia a algunas particularidades que harán más comprensible la vinculación existente entre el prurito y la sífilis de los enfermos.

II

GENERALIDADES SOBRE EL PRURITO

Decía Jacquet «que en la vida normal nosotros tenemos en un muy débil grado la sensación de nuestros tegumentos» y es a esa sensación normal de sentir la piel que este autor ha denominado *endermia*.

Entre las diversas sensaciones anormales que en conjunto se denominan hiperestesias, Ferran ha colocado al prurito como vecino a ellas, pero, para él, sería una sensación con caracteres más complejos, aceptando sin embargo la definición clásica de ser «una sensación o un conjunto de sensaciones que despiertan el deseo y la necesidad de rascarse». — «Como el hambre y la sed — dice — la sensación prurítica elemental parece ser el equivalente de un fenómeno fisiológico normal.»

Margarot, no da una definición del prurito, pero lo clasifica

en el cuadro de lo « desagradable ». Refiriéndose al prurito fisiológico, considera que « es una sensación que tiene algo de vago, de ligero, de inacabado » y agrega: « Quien la experimenta tiende por instinto a completarla en un dolor verdadero, pero preciso. Este malestar indefinido da origen a un deseo, o mejor, a una necesidad de ponerle fin. La rascadura interviene automáticamente, y si no siempre hace cesar la comezón, procura en todo caso un sosiego momentáneo, confiriendo al prurito una objetividad cierta. » Nadie se resiste a una necesidad tan tiránica, que, una vez satisfecha, deja tras de ella un sentimiento de languidez inefable ».

No está demostrado, pero es presumible que en la piel existan terminaciones nerviosas especializadas en recoger las impresiones pruríticas como han sido constatadas para otras formas de sensibilidad, como serían en el hipodermis los corpúsculos de Paccini para la sensibilidad muscular y las presiones fuertes ; los de Ruffini para el sentido muscular y de tensión ; los de Golgi-Mazzoni para el sentido muscular, la presión y el frío y en el dermis papilar y sub-papilar los corpúsculos de Meissner monolobados, de Dogiel, los de Golgi-Mazzoni, las borlas o flecos papilares de Ruffini para las sensaciones táctiles, o también en el dermis papilar los mismos corpúsculos de Dogiel, Golgi-Mazzoni, las borlas o flecos papilares de Ruffini, así como las expansiones interpapilares a corimbo de Ducceschi — Ceccherelli para el frío ; o las expansiones libres interpapilares para el calor ; o las expansiones entorcijadas, o las fibras nerviosas libres de Tomsa lo mismo que las redes o plexos amielínicos (red de las ansas vasculares de Ducceschi) ; y en la epidermis las expansiones hederiformes de Ranvier o cestos interepiteliales de Dogiel terminados en meniscos abrazando células epiteliales consideradas neuro-epiteliales o táctiles de Merkel — Ranvier y especialmente las que se atribuyen al retículo de Langherans como asiento de las sensaciones de dolor y *este mismo retículo de Langherans como punto de partida de las sensaciones de prurito* y cuyas fibrillas nerviosas se alojan en el cemen-

to semilíquido interespinoso y terminan en una serie de botones o gránulos a extremidades varicosas situadas cerca de la capa granulosa en la epidermis.

Las terminaciones nerviosas intraepidérmicas derivan de un plexo nervioso superficial ubicado debajo de los plexos arteriales y venosos superficiales del dermis papilar. De este plexo nervioso superficial se derivan además de las fibras nerviosas intraepidérmicas, también las del dermis papilar, dermis subpapilar y dermis reticular, terminando ellas en formas de expansiones. La expansión nerviosa está formada por una neurofibrilla que puede ser desnuda o rodeada de tejido perifibrilar, o de una envoltura capsular con tejido de sostén, resultando aspectos que les ha hecho dar las denominaciones diversas señaladas. Las fibras nerviosas son amielínicas, es decir, solamente poseen vaina de Schwann o bien son mielínicas, es decir, tienen además una vaina interna formada por cilindros de sustancia grasa o mielina. Las fibras nerviosas pertenecen al sistema de la vida de relación, fibras sensitivas, y otras al sistema vegetativo, fibras tróficas, vasomotoras, pilomotoras, glandulares.

Las expansiones nerviosas epidérmicas, origen de sensaciones superficiales doloríficas en la red nerviosa de filetes de Langherans y de sensaciones táctiles y dolorosas en las terminaciones nerviosas hederiformes de Ranvier o cestos interpapilares de Dogiel, derivan de filetes nerviosos amielínicos que se ven en el cuerpo papilar cuyos cilindro-ejes, desnudos se ramifican y sus ramillas se insinúan entre las células epidérmicas subdividiéndose una o dos veces y terminan por una serie de gránulos o botones.

En ningún tratado clásico, tampoco en los modernos, a pesar de reconocerse en el prurito una sensación cuya impresión o punto de partida es cutánea, puede encontrarse algún dato referente a la existencia de uno o más órganos nerviosos que deban ser considerados específicos en la recepción de las impresiones pruríticas. La red de fibrillas de Langherans es aparentemen-

te la encargada de ello. A este respecto, Margarot, contestando a la pregunta que él mismo se formula respecto a la existencia o no de terminaciones nerviosas especializadas, sostiene que la hipótesis de que esas terminaciones existan, no es muy plausible. En todo caso, ese autor, teniendo en cuenta la proximidad del prurito al dolor, investigó si podían ser las mismas terminaciones nerviosas de la red de Langherans, constituídas por axones desnudos y situados entre las células del cuerpo mucoso de Malpighi y que terminan libremente por botones en la proximidad de la capa granulosa, las encargadas de recoger ambas impresiones. Pero, en la córnea donde esas terminaciones nerviosas existen y no otras, jamás pudo conseguir excitándola directamente, una sensación pruriginosa. De esto deduce Margarot que sería legítimo seguir investigando el punto de partida de las impresiones pruríticas « en el aparato de Timofevew de los corpúsculos de Meissner, en las fibras amielínicas del aparato nervioso anexo al vello, aparato cuya extrema sensibilidad es notoria. y aun en la red amielínica subpapilar de Ruffini ».

En la actualidad, se han reabierto, puede decirse, los capítulos de la anatomía y fisiología del sistema nervioso de la piel. Pautrier, hace notar que debido a los métodos de coloración tricrómicos de Masson se está progresando mucho en el estudio del sistema nervioso cutáneo y no comprende cómo habiendo ese recurso, se omiten en las descripciones histológicas de las enfermedades las lesiones nerviosas. « Se describen — dice — las alteraciones de la epidermis minuciosamente, las lesiones del dermis, del colágeno, de la elastina, los infiltrados celulares, los diferentes tipos de células que los constituyen, las alteraciones de los vasos, de los anexos, glándulas y pelos. No se hace jamás mención de lesión nerviosa. » « Se creería, al leer la mayoría de nuestras publicaciones, que el sistema nervioso no existe, que él nunca es alterado o lesionado, que es un tejido de lujo, inútil, que no juega ningún rol en patología cutánea. » Esos conceptos los emitía Pautrier al presidir la Reunión Der-

matológica de Estrasburgo el 7 de julio de 1935, abrigando al mismo tiempo grandes esperanzas en los resultados que se obtendrían al considerar en la misma numerosos trabajos consagrados al estudio del sistema nervioso de la piel.

En esa reunión, Gay Prieto se refirió a las *Técnicas argentícas de Ramón y Cajal en el estudio de las terminaciones nerviosas de la piel*; y Szepsenwold a las *Modificaciones aportadas a la técnica de la impregnación argéntica de Bielschowsky*, permitiendo su aplicación segura y algunos hechos nuevos respecto de la inervación cutánea; Beecke a *Las expansiones nerviosas de la piel durante la degenerescencia y la regenerescencia nerviosa*; G. Mischer a *La cuestión de las células de Langherans*; P. Masson a los *Melanoblastos y células de Langherans*; a la *Histogénesis de los neurofibromas cutáneos difusos* y a *Los glomus cutáneos del hombre*; V. Viller a la cuestión de *El melanoblasto dentrítico de los vertebrados y su significación funcional*; Weisenbach, Levy-Franckel y Cailleau a *Los elementos amielínicos peri e intra-vasculares del dermis y del hipodermis*; A. Dupont a *Algunos aspectos atípicos de los tumores glómicos*; G. Meischer y A. von Albertini a *Histología de 100 casos de nevus pigmentarios según los métodos de Masson*; von Albertini *Sobre un caso de neuro-nevus con metástasis ganglionar del mismo carácter*, y finalmente, un trabajo de Comel (de Milán) sobre fisiología del sistema nervioso de la piel y que trató las siguientes cuestiones: *Las funciones sensitivas-sensoriales cutáneas*; *La metameria de la inervación cutánea*; *Los reflejos cutáneos*; *Los reflejos locales* y *El mecanismo de las sensaciones cutáneas*.

Hemos enumerado todos estos trabajos deliberadamente como un deseo de que se persista en tales estudios de la sensibilidad cutánea, aislando los elementos nerviosos respectivos e igualmente a propósito también de la ausencia por parte de los comunicantes de tema que se relacionen con el prurito, síntoma éste, uno de los más importantes de la patología cutánea. En el trabajo de Comel, que es de fisiología, tampoco el autor se ha ocupado del prurito, aun cuando teniendo en cuenta hechos

patológicos, ha deducido conclusiones de índole fisiológica y se ha dedicado a aclarar perfectamente la correlación existente entre el sistema nervioso y el aparato cutáneo.

De cualquier modo, todos esos trabajos bien documentados significan un gran adelanto en el estudio histológico, embriológico, histopatológico, de anatomía y fisiología comparada, en la interpretación patógena de algunas formaciones y malformaciones cutáneas, y en la fisiología del sistema nervioso de la piel.

En la piel, cuyo sistema nervioso recoge distintas impresiones: tacto, calor, frío, presión y dolor, serían también recibidas las pruríticas por órganos al parecer especializados y ateniéndonos a la sintomatología clínica *el prurito sería así en definitiva una sensación más, perfectamente específica en lo fisiológico y que puede convertirse en patológico constituyendo por sí sólo en muchos casos una afección o ser el síntoma o uno de los síntomas dominantes de muchas dermatosis.*

En un trabajo experimental hecho en la clínica de Töröck por Dezso-Kenedy, este autor hace notar « que las observaciones clínicas nos enseñan que *excepto el prurito de origen central*, solamente los procesos, superficiales están acompañados por prurito, es decir, *los procesos que interesan la epidermis y el estrato papilar superficial*. Los procesos localizados en la profundidad de la piel y en el conjuntivo subcutáneo no están nunca acompañados por prurito ». « El prurito está limitado a los órganos provistos de epidermis estratificada: piel, boca, vagina. En territorio privado de epidermis, el prurito no puede suscitarse. »

En base a estas consideraciones, los nervios intraepiteliales deben considerarse únicamente como el lugar de formación de la sensación de prurito.

Se ha relacionado la sensación de prurito con la de dolor, admitiéndose que la primera es el resultado de una ligera excitación de las fibrillas nerviosas intraepidérmicas transmitida a los centros nerviosos de relación, mientras que en la segunda la

excitación sería mucho mayor (Török, Thole, V. Frey, Rothman, Dezso-Kenedy, etc.) Jacquet y autores más recientes, hacen intervenir al sistema nervioso vegetativo en la percepción del prurito, y Winckler a las fibras vasomotoras, como medio de transmisión, por notar la acción prolongada de la sensación prurítica.

Dezso-Kenedy explica que una experiencia demostrativa para distinguir entre la sensación del prurito y la del dolor sería la de Brack, en la que la morfina obra centralmente sobre el prurito sólo con dosis muy elevadas, mientras el dolor es atenuado eficazmente por la morfina, aun en pequeñas dosis y hasta provoca prurito en la piel. La diferencia de acción central de la morfina sobre el dolor y el prurito, dice Dezso-Kenedy, podría ser explicada con la diferencia de sensibilidad de los centros nerviosos hacia dicha droga. Tampoco hay seguridad de que las sensaciones del prurito y de dolor tengan la misma localización central.

Es posible que existan centros pruritógenos, aun cuando no se han demostrado; comprobándose (Greco) que las demás formas de sensibilidad, por ejemplo, la de dolor, no siempre se superponen con las zonas de sensibilidad prurítica; a veces hasta hay disminución de otras sensaciones. *Por eso es admisible que sea una cuarta sensibilidad cutánea, con órganos y centros especiales, como lo admiten algunos autores (Abrutz, Sanberger, Greco).*

El mismo Dezso-Kenedy, a consecuencia de sus experiencias locales en la piel, encuentra que las sustancias pruritógenas experimentales actúan necesariamente en la epidermis, siempre que se hallen conservada y normal la función nerviosa y la circulación de la sangre. En presencia de la sustancia pruritógena se produce una inflamación hiperémica de los vasos con poca duración o una inflamación con exudación serosa, la pápula urticariana. El autor cree que conjuntamente con la inflamación vasal, se pone en libertad una sustancia (sustancia P) con influencia pluritógena sobre los nervios.

Conviene señalar en el mecanismo del prurito el hecho particular de su eclosión vespéral o nocturna y a este respecto Huet (*Nouvelle Pratique Dermatologique*, t. V) dice: « La explicación más simple es invocar el cambio de temperatura o la descompresión al desvertirse. Para Duncan Bulkley la causa esencial sería el estado nervioso del sujeto. Así dice ese autor una cantidad importante de energía nerviosa habiendo sido agotada por el pruriginoso desde el levantarse hasta terminar el día, es natural que en ocasión del más pequeño traumatismo la superficie cutánea de los nervios en estado de tensión se quejen de su falta de destreza. Habrá así una *detente* muscular y nerviosa que en los *surmenés* marca el comienzo del sueño ».

Hemos de ver más adelante para la sífilis la razón más atendida del aumento vespéral o nocturno del prurito.

El prurito es sin duda el síntoma subjetivo más importante a considerar por el dermatólogo en un numeroso grupo de afecciones cutáneas de la más variada etiología.

Muchos de esos estados mórbidos están caracterizados exclusivamente por el síntoma prurito y las reacciones cutáneas que el rascado puede provocar ; en otros, el prurito está acompañado de manifestaciones eruptivas : roncha, pápula de prurigo, liquenificación.

Desde el punto de vista de nuestro trabajo, desde ya puede adelantarse que la etiología sifilítica del prurito puede estar en juego, en cualquiera de esos estados, ya sea porque ella afecta directamente al sistema nervioso, o bien por las alteraciones viscerales, o de las glándulas endócrinas que produce.

Existe un verdadero *prurito mental* y es una certidumbre el *prurito imitativo*, que es bien conocido. En otros casos se desarrolla un *prurito de tipo emotivo* con tendencia crónica y de una gran tenacidad hasta instalarse una verdadera fobia o vesanía prurítica. Hay pruritos en procesos nerviosos con lesiones orgánicas (tabes) y también de *origen nervioso reflejo*.

III

CONSIDERACIONES SOBRE LA ETIOLOGÍA SIFILÍTICA DE CIERTOS PRURITOS FRECUENTES

Las ideas dominantes respecto a etiología en los enfermos pruritógenos no han variado. Leyendo los tratados de los autores clásicos, como los más modernos trabajos referentes a ese tema, sólo se pueden encontrar novedades en ciertos detalles, pero en el fondo, se piensa en la actualidad como a fines del siglo pasado.

Son múltiples las causas que pueden provocar prurito en los distintos enfermos; por ello la terapéutica a indicar también debe resultar muy variada y puede decirse que cualquiera que sea el grupo de pruritógenos a que un determinado enfermo pueda relacionarse, por sus síntomas particulares, el diagnóstico casual, en la gran mayoría de los casos, presentará grandes dificultades y si, como dice Hudelo, « el examen de un prurítico es obra de sagacidad y de paciencia » cuánta mayor sagacidad y paciencia habrá que poner en juego para poder dilucidar todos los elementos patógenos que pueden intervenir en cada caso. Es que la acción del médico resultará ineficaz o muy atenuada en resultados benéficos para el enfermo si no se puede evidenciar la causa de la enfermedad, pues la terapia resultará empírica y no se podrá siquiera formular aún con cierta relatividad un pronóstico.

Fuera de los casos en que el prurito puede obedecer a causas de origen externo o parasitario, que el prolijo y bien llevado examen clínico y un acertado interrogatorio harán fácil su debido hallazgo, cuando el síntoma y la dermatosis que se le puede acordar deba ser computada a otras causas, entonces habrá que pasar en revista toda una serie de factores etiológicos y para ir descartándolos si seguimos las ideas clásicas, se puede pasar largo tiempo para aclarar la verdadera etiología.

Estamos convencidos que muchos enfermos crónicos de prurito, lo son no por la cronicidad en la evolución de determinada afección o forma clínica, sino porque no se les ha hecho un buen diagnóstico etiológico y para poder tener éxito es necesario investigar la etiología con método.

Las mismas causas predisponentes y determinantes que es necesario considerar, pueden influir dando como resultado iguales o distintas formas clínicas dermatológicas. Una misma causal predisponente despertada por algún factor térmico, tóxico, nervioso, autotóxico o endócrino, podrá producir lo mismo *prurito localizado o prurito generalizado*, ambos con o sin reacción cutánea y complicados o no de infección estreptoestafilocócica. Por eso diremos que la clasificación de estos enfermos en grupos no debe tener más influencia que la que puede significar de ello un buen diagnóstico dermatológico.

Algunos consideran como causas predisponentes, tres de gran importancia: herencia, nacionalidad o raza y edad. Creemos que poca importancia puede darse, por lo menos en nuestro ambiente, al conocimiento como factor etiológico a la nacionalidad o a la raza y lo creemos así, pues si aceptamos que los tratadistas puedan tener motivo para considerarlos, en nuestra experiencia no lo hemos verificado.

En cambio la herencia sí es necesario tomarla en cuenta, y en ese sentido opinamos que es un factor muy importante. Hay familias que son pruríticas, como hay las que padecen de otras dermatosis.

El alcoholismo puede también influir por las lesiones en los distintos órganos y en el sistema nervioso que puede determinar en las personas y en sus descendientes.

Pero hay un factor pruritígeno de gran valor que puede estar ligado a herencia mórbida y es debido a la sífilis. Así en algunos enfermos con prurigos verdaderos de erupción papulosa (estrófulo, prurigo de Hebra) ha podido constatarse la heredo-sífilis y así lo han hecho notar en sus publicaciones Leredde, Milian, Ravaut Pinard, Hudelo y entre nosotros, desde

hace muchos años atrás, el profesor Greco, que llama constantemente la atención de ese hecho a sus discípulos. En los casos de prurigos, el prurito está condicionado a la presencia del elemento eruptivo, la púpula o la pápula-vescícula, pero si exceptuamos al profesor Greco, los otros observadores han considerado sólo incidentalmente como un posible factor predisponente a la heredo-sífilis en ciertos enfermos.

En la *Nouvelle Pratique Dermatologique*, Léon Huet, al referirse a las causales del prurito en general, las agrupa en : causas predisponentes : terreno general hereditario o adquirido ; causas ocasionales : al desvestirse, por ejemplo, y en causas determinantes externas o internas. Entre las causas internas hace mención de las toxi-infecciosas locales y generales y entre estas últimas se refiere a la tuberculosis y a la sífilis. Ese mismo autor, en la obra citada, haciendo justicia a nuestro maestro, dice : « Para Greco, el prurito constituye uno de los mejores síntomas reveladores de sífilis adquirida y hereditaria » y agrega « Hudelo y Ravaut han hecho notar el papel de esta infección en la producción de ciertos pruritos localizados (en 41 casos de sífilis hereditaria o adquirida sobre 60 enfermos atacados de prurito perineal). Según estos autores, la sífilis no obraría sino indirectamente mediante perturbaciones simpáticas, endócrinas, humorales, aisladas o asociadas y provocadas por ella ». Diremos, de paso, que esta patogenia indicada por Hudelo y Ravaut no satisface plenamente en la forma expuesta.

También entre las causas determinantes internas, Huet se detiene sobre los trastornos del sistema nervioso, diciendo : « en definitiva son los trastornos del sistema nervioso simpático o central que parecen desempeñar el papel determinante más importante ».

Es fácil comprender, sin duda, que así como en los sífilíticos, con lesiones orgánicas, el prurito acompaña a otros síntomas o manifestaciones de la enfermedad, como sucede, a veces, en el tabes y la parálisis general progresiva, con la particularidad de que obedece al tratamiento antisifilítico y de lo cual se pue-

den leer observaciones en otros autores como M. Laiguel Lavastine, E. Schulmann, etc., así también, el síntoma prurito en el sifilítico puede presentarse aislado, sin otra sintomatología funcional u orgánica apreciable y sin reacciones serológicas positivas, constituyendo el prurito sifilítico monosintomático, en cuyo caso el síntoma no deja de ser por eso de origen específico si responde a las características establecida, por Greco, que veremos en el capítulo siguiente. Nadie negará que un dolor o algia monosintomático es de origen sifilítico si obedece también a las características que dicho dolor tiene cuando acompaña a otro síntoma de sífilis y cuando desaparece por el tratamiento antisifilítico. El criterio médico, inspirado en la lógica y el buen sentido, no debe variar porque un síntoma aparezca aislado de otros en una enfermedad determinada.

IV

CARACTERES DEL PRURITO DE ORIGEN SIFILÍTICO (SINTOMATOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO)

Nos hemos referido al papel importante de la sífilis en la etiología del prurito, pero es necesario estudiar y analizar bien dicho síntoma para poder llegar al diagnóstico que el tratamiento específico indicado y bien dirigido certificará en forma absoluta, evidenciando, en un gran número de casos, una enfermedad de tanta importancia y trascendencia como es la sífilis contraída o la hereditaria.

Ha sido el profesor Greco el primero en llamar la atención sobre *la importancia del signo prurito como elemento a veces único que puede llevar a diagnosticar la sífilis*. Basta leer su trabajo titulado *¿Tengo yo sífilis?* del año 1921, para formarse una idea de la importancia que el autor ha dado a este síntoma y más especialmente en la comunicación que hizo en 1923 al Congreso de Dermatólogos y Sifilógrafos de Estrasburgo, titulada *El pru-*

rito en la sífilis. En este último trabajo se refiere a lo común que es observar enfermos en las clínicas hospitalarias o particulares, que concurren a las mismas por padecer prurito generalizado o localizado en cualquier región: conducto auditivo externo, vulva, escroto, ano, cara, cuero cabelludo, miembros, tronco. Esos pruritos generalizados o localizados, simétricos o no, pueden no presentar ninguna lesión cutánea (prurito esenciales) o ser acompañados de eflorescencias no sifilíticas, que muestran zonas de piel objetivamente también anormales, pudiéndose observar eritemas, descamación, elementos urticarios, vesículas, pápulas de prurigo, eczematizaciones y liquenificaciones; otras veces suelen encontrarse también escoriaciones y estados de infección de la piel solos o acompañados a las eflorescencias antes enumeradas observándose cualesquiera de los aspectos con que se presentan las diversas formas clínicas de las afecciones estrepto y estafilocócicas de la piel.

Ahora bien, *para poder pensar en la sífilis en actividad, en enfermos que presentan prurito, es necesario que este síntoma llene ciertas condiciones que le den un carácter particular*, que el profesor Greco las ha formulado destacando cinco como más importantes:

- 1ª Exclusión de cualquier otro factor o enfermedad casual;
- 2ª Presencia de síntomas evidentes, atenuados, probables o inexplorados, que nosotros hemos llamado de sifilipsiquismo o síntomas neuro-psíquicos de sífilis;
- 3ª Cierta cronicidad o larga cronicidad prurítica, porque se comprende que en casos de pruritos agudos se debe ser muy cauto para admitir inmediatamente en los casos dudosos, que sea una sífilis activa la que lo provoca;
- 4ª Presentar francamente exacerbaciones vespertinas y nocturnas. Siendo fácil observar que aun en afecciones cutáneas, como el prurigo de Hebra, los autores ya han señalado igual forma de exacerbaciones nocturnas y en los casos en que es posible hacer un tratamiento antisifilítico, se observa cómo el prurito y la enfermedad cutánea mejoran o curan. En otras

horas del día, el prurito suele ser menos intenso, menos molesto; sin embargo, no hay que olvidar que las exacerbaciones pueden ser violentas también durante el día, y además que a veces las sensaciones subjetivas provocadas por la sífilis invierten su disposición horaria; y

5ª No curar ni atenuarse el prurito sino con la medicación antisifilítica, mercurial, o mercurial-salvarsánica-iodurada. Al respecto, debemos llamar también la atención, acerca de que el tratamiento antisifilítico no produce siempre inmediatamente resultados evidentes; hay pruritos que ofrecen larga rebeldía, del mismo modo que la ofrecen aún otros síntomas de sífilis, eflorescencias cutáneas, síndromes motores o sensitivos.

En nuestra práctica hemos comprobado frecuentemente la importancia que tiene recordar estos caracteres o algunos de ellos del prurito, para llegar al diagnóstico etiológico de la sífilis.

La *exacerbación nocturna o vespéral del prurito y la cronidad del mismo* pueden constituir en el análisis minucioso del síntoma, dos signos casi patognomónicas capaces de guiar hacia la etiología luética. Es sabido que como en otras infecciones, pero en las sífilis más evidentemente, el decaimiento general, las algias, los dolores osteócopos y articulares, la cefalea se acentúan en general en forma alarmante en las horas vespertinas o nocturnas.

En ciertas afecciones muy pruriginosas y acompañadas también de manifestaciones objetivas de la piel, como el estrófulo, y algunos prurigos como el de Hebra, los autores europeos, como lo hemos mencionado, consideran a la sífilis como un posible factor predisponente y se han referido también al hecho de que el prurito en estas afecciones se exacerbe en la noche pero sin asignarle al hecho valor patognomónico como se lo ha dado el profesor Greco. En efecto, este maestro ha insistido en que esa sola circunstancia, aun sin otro signo, estigmas, exacerbaciones nerviosas de los sujetos, reacciones biológicas positivas, deben servir para llamar la atención sobre la heredo-sífilis en

el enfermo y aun a falta de antecedentes familiares y de serología positiva debe hacerse medicación antisifilítica de prueba, en forma insistente, para poder curar los enfermos, como hemos podido comprobarlo, siguiendo esas directivas. Lo mismo puede decirse de otras dermatosis pruriginosas sin etiología conocida y donde a falta de signos objetivos para poder englobarlas en los prurigos se los ha denominado *pruritos esenciales* generalizados o localizados con o sin liquenificación: en esos casos también muy a menudo se puede comprobar en el análisis minucioso del síntoma prurito, además de su cronicidad, la exacerbación vespéral o nocturna y la eficacia del tratamiento.

Corresponde así a la escuela médica argentina, por los trabajos de uno de sus más destacados investigadores, el mérito de haber llamado la atención al señalar la importancia del prurito, que en determinadas condiciones basta por sí sólo para poder revelar el diagnóstico de sífilis.

Sin ninguna duda, la comunicación que en 1923 hizo el profesor Greco al Congreso de Estrasburgo, ha intensificado la investigación en ese sentido y es por eso que el prurito, acompañado o no de dermatosis, es mejor estudiado en sus relaciones con la sífilis en las nuevas publicaciones que aparecen, como la obra de E. Schulmann, que le dedica un capítulo, y la más reciente, la *Nouvelle Pratique Dermatologique*, en donde las ideas argentinas están citadas y comentadas.

Schulmann, en la obra mencionada, dice: « En apoyo de esa concepción de un prurito sifilítico monosintomático sobre la cual nuestra opinión no está hecha, señaló un trabajo muy reciente de Charmoniloff. Este dermatólogo ruso ha tratado siete enfermos, seis mujeres y un hombre, atacados por prurito tenaz y rebelde, en los cuales ha encontrado datos anamnésicos, clínicos o serológicos de sífilis antigua y latente. La curación ha sido obtenida en todos los casos, mientras que un testigo en el cual la sífilis no había sido puesta en evidencia, no beneficiaba de ningún alivio. »

Schulmann, de la escuela de Milian, por el párrafo transcrip-

to, parecería dudar de la existencia de un prurito sífilítico monosintomático, pero se cuida de rechazarlo, y eso se debe sin duda, no solamente al ejemplo que cita del autor ruso, sino que en su obra, él mismo afirma en la página 75 que el *prurito tabético* sobre el cual antes ya llamó la atención Milian « es uno de los numerosos signos clásicos, que hoy día sirven para poner en evidencia la enfermedad de Duchenne de Boulogne, y sobre todo para despistarla, puesto que muy a menudo es una manifestación precoz de ella » y en la página 76, al hablar del prurito acompañado de liquenificación, el mismo autor dice: « Pujol ha demostrado en una observación el excelente efecto del 606. Nosotros hemos podido poner fin a un prurito espantoso que databa de siete meses y que había necesitado el empleo diario de morfina; el neosalvarsán detuvo el prurito con la tercera inyección de 0.45 g. atenuándose simultáneamente varios dolores fulgurantes transtorácicos. Los felices efectos del tratamiento persistieron y el paciente, después de dos series arsenobenzólicas, pareció verdaderamente transformado. Es imposible en el caso de Pujol y en el nuestro, no atribuir el éxito terapéutico a las medicaciones específicas y negar la acción del treponema en la génesis del prurito. »

Como se ve por los casos que él mismo cita, hay falta de lógica y cierta contradicción en Schulmann en la apreciación de hechos clínicos evidentes, en favor de la existencia de un prurito sífilítico monosintomático y es indudable que dicho síntoma ha pasado inadvertido a las demás escuelas dermatológicas, pero que todos pueden comprobar perfectamente siguiendo la sintomatología tan claramente expuesta por el profesor Greco y que nosotros comprobamos casi a diario.

El tema ha sido descuidado también entre nosotros, por lo menos en lo referente a publicaciones. Un discípulo del profesor Greco, el doctor Fernández, presentó recientemente una comunicación a la Sociedad de dermatología y sifilografía de la Asociación médica argentina (Sesión de octubre 3 de 1936) con el título *El prurito como signo de sífilis. Nota terapéutica*, expre-

sando en la discusión — no en el texto de la comunicación — que « respecto a los caracteres del prurito sífilítico y sobre todo lo que se refiere a su exacerbación nocturna, los conceptos emitidos son una transcripción del trabajo del profesor Greco ». Es así como la presente tesis, llena una verdadera necesidad para actualizar en la publicaciones un síntoma tan importante y que para nosotros es un hecho corriente.

Con lo expuesto, la ausencia de otros signos de lúes como antecedentes personales o hereditarios, negatividad de las reacciones biológicas, ausencia de estigmas, o de manifestaciones viscerales, etc., y la sola existencia del prurito con o sin dermatosis pero con los caracteres que han podido darle valor patognómico de sífilis, es una realidad que permite afirmar que *existe un prurito sífilítico monosintomático*.

La observación personal y la de otros autores, de muchos casos en los cuales el prurito con sus caracteres va además acompañado de otros síntomas que se evidencian por los datos positivos recogidos en la anamnesis de los enfermos o familiares, en las reacciones biológicas también positivas, en la existencia de estigmas específicos y en casos cuyo diagnóstico puede afirmarse sin esperar la comprobación del tratamiento, no hacen al relacionarlos con aquellos en que la enfermedad está reducida exclusivamente al síntoma subjetivo y las posibles reacciones cutáneas más que servir de comprobación para asegurar la posibilidad de que el prurito pueda constituir el único signo revelador de sífilis adquirida o hereditaria.

Con respecto a la sífilis hereditaria, hemos tenido ocasión de comprobar en enfermos pruritógenos otros signos de heredo-sífilis: paladar ojival, macro y microdontismo, anisodontismo, tubérculos de Carabelli, etc. En niños con estrófulo en los cuales las reacciones serológicas han dado generalmente resultado negativo, haciendo las mismas investigaciones en las madres, a veces los resultados han sido distintos. En los adultos hemos comprobado que una discreta eosinofilia es un signo bastante constante en enfermos pruritógenos y esa eosinofilia

en los casos en que se encontró, no se ha debido a otras causas, que siempre fueron tenidas en cuenta para no asignarle papel indebido.

No podemos referirnos, por ahora, al líquido céfalo-raquídeo en estos enfermos, pues las dificultades que presenta su estudio no han pedido ser evitadas sino en un reducido número de casos por la negativa de los enfermos o de sus familiares a aceptar la punción raquídea por afecciones como el prurito o dermatosis pruriginosas a las cuales generalmente no le asignan importancia como para arriesgarse a lo que creen puede ser una exploración que les implique algún peligro. Desde el punto de vista estrictamente científico, el análisis del líquido céfalo-raquídeo es sin duda siempre de interés, pero aun así, se sabe que a veces no aclara el diagnóstico de sífilis nerviosa; por sus posibles inconvenientes no debemos considerarlo como un procedimiento ordinario de diagnóstico, máxime cuando el enfermo le teme y porque el médico tiene a mano en el tratamiento de prueba un método práctico y bien aceptado por los pacientes para despistar la sífilis.

V

PATOGENIA

En este capítulo sólo nos referiremos al papel de la sífilis o heredo-sífilis como enfermedad que puede actuar directa o indirectamente, por su agente o por las alteraciones orgánicas o humorales que puede determinar.

La observación de enfermos con prurito resultante de la actividad de la sífilis puede explicarnos que el mecanismo patogénico no debe ser uniforme. Hay casos de prurito localizados bilateral o unilateralmente; otros donde es regional, es decir, sistematizado a una o más regiones del cuerpo y también puede presentarse generalizado. Forzosamente en estos casos debe admitirse una localización de foco en los centros nerviosos, en

los cuales la clínica enseña que la sífilis tiene preferencia selectiva. Al afectar los centros nerviosos de la vida de relación, lo hace también sobre los centros pruritógenos, cuya existencia según el profesor Greco y otros, debemos admitir si queremos explicarnos las experiencias realizadas sobre las vías de conducción de la sensación pruriginosa. Los centros pruritógenos pueden alterarse por lesiones provocadas por el virus sifilítico o ser excitados por sustancias capaces de producir prurito. En los enfermos con prurito localizado y sistematizado o regionales, como ya hemos afirmado, deben de admitirse por lo tardía que es a menudo la desaparición del síntoma cuando se hace el tratamiento antilúético, la existencia de alteraciones focales, aun cuando fueran mínimas, de esos centros pruritógenos. No puede excluirse que las vías de conducción de la sensación prurítica puedan también estar alterados, lo que no es fácil establecer.

Si la sífilis además produce alteraciones viscerales, especialmente en órganos antitóxicos o eliminadores; hígado, riñón, páncreas, intestino, que funcionando deficientemente pueden dejar en el organismo sustancias tóxicas pruritógenas circulantes y determinan estados albuminúricos, glicosúricos, uricémicos, ictericos, indicanúricos; en estos casos el prurito tiende a ser generalizado, a disminuir o aumentar según determinados regímenes alimenticios y como esos estados pueden producirse por otra etiología que no sea la luética, el diagnóstico diferencial etiológico puede resultar difícil. Por ello tiene gran valor la exacerbación vespéral o nocturna y la cronicidad del prurito para orientarse hacia su origen luético, que el tratamiento de prueba podrá confirmar.

La sífilis llega a determinar igualmente alteraciones del sistema nervioso de la vida vegetativa y de las glándulas endócrinas cuyas disfunciones pueden dejar sustancias circulantes pruritógenas. De ahí la importancia del factor humoral, de su mayor alcalinidad o acidez, etc. Sabemos además que el factor humoral endógeno puede actuar directamente sobre la epider-

mis, que es en el organismo la que acusa al exterior la sensación de prurito. Sin embargo, en el caso del prurito síntoma de sífilis, no bastaría la alteración epidérmica para provocarlo, pues las eflorescencias o elementos eruptivos de la sífilis no son de por sí pruritógenos, ni siquiera dolorosas, salvo localizaciones determinadas, lo que quiere decir que la intervención del sistema nervioso (centros pruritógenos) es indispensable para acusar el prurito, como lo es la de los centros doloríficos para acusar el dolor.

Es en la heredo-sífilis o en la adquirida no tratada o insuficientemente tratada, donde la infección treponémica puede determinar una serie de lesiones o trastornos funcionales de los que no suele salvarse un solo órgano de la economía.

Así es evidente en la heredo-sífilis que determina la existencia de un terreno especial con modificaciones anatómicas y alteraciones en el funcionamiento de los órganos fuera de las lesiones específicas propiamente dichas.

« Las principales manifestaciones de esos diversos órdenes de trastornos debidos a la heredo-sífilis, apartando bien entendido los accidentes conocidos y clásicos — escriben J. Nicola y J. Gaté en la *Encyclopedie Médico Chirurgicale*, — son los siguientes: el despertar de la infección heredo-sifilítica que parecía extinguida y que no era sino latente; la sensibilización de ciertos órganos que se convierten en el organismo en puntos más expuestos que otros, no solamente a las localizaciones específicas treponémicas, sino a infecciones banales; las meoprugias, de las que se encuentran numerosos ejemplos en la patología de los centros nerviosos, de los riñones, del corazón, de los vasos, del aparato respiratorio, del aparato digestivo, de las glándulas endócrinas, de las glándulas genitales, de la sangre, etc.; las alteraciones del tejido conjuntivo terminando en las esclerosis, y las alteraciones del tejido elástico, particularmente sensible al treponema (Letulle) susceptibles de disminuir la resistencia de ciertos conductos y de traer dilataciones de los bronquios, de las arterias, de los tubos uriníferos, etc.; el pre-

dominio marcado de las lesiones de ciertos aparatos y en puntos determinados de estos aparatos; las debilidades orgánicas y glandulares; las insuficiencias funcionales, no solamente de las glándulas endócrinas sino de las vísceras más importantes, centros nerviosos en primer lugar; los trastornos de la nutrición más o menos profundos y también de la inteligencia, de la energía, de la actividad y de la fecundidad que resultan; a veces lo mismo la aparición mal explicada de ciertos estados diatésicos, de un temperamento mórbido, que dominarán la constitución del individuo y le imprimirán su marca sobre todas sus enfermedades.»

Se comprenderá entonces cómo teniendo un campo de acción tan grande la infección sifilítica pueda tan a menudo intervenir directa o indirectamente como causa etiológica en la patogenia y mecanismo fisiopatológico del prurito.

VI

TRATAMIENTO

Entre las condiciones que debe reunir el prurito para ser debido a la sífilis, hemos dicho anteriormente, citando la opinión del doctor Greco. « que no debe desaparecer ni atenuarse, sino con la medicación antisifilítica... » y sobre este aspecto hay que insistir en esta parte del trabajo en la cual deben quedar sentadas algunas normas que es indispensable tener en cuenta para su terapéutica.

Entramos, pues, en el dominio del tratamiento de la sífilis, que es tan amplio, pero para nuestro objeto, podemos concretar ya que sólo nos interesa curar enfermos cuya infección o heredo infección está evidenciada la mayoría de las veces, por un solo síntoma a cuya mejoría o desaparición debemos tender en primer término. Tratándose de posibles lesiones del sistema nervioso o viscerales las causantes del prurito, no siempre el

éxito coronará nuestros esfuerzos. Basta recordar que en enfermedades sobre cuya etiología sífilítica no se hace ninguna objeción, como el tabes, la parálisis general y el aneurisma, el tratamiento específico no determina constantemente la curación de los enfermos, siendo a pesar de todo el único que se debe hacer como base de una buena terapia.

Teniendo en cuenta la patogenia más probable y a la que nos hemos referido antes, es necesario actuar contra lesiones o trastornos funcionales de órganos y aparatos a los cuales hay que hacer llegar los medicamentos. Para que éstos puedan ejercer su actividad terapéutica con más eficacia debemos utilizar como vía de administración aquella que los incorpore al organismo sin que sufran transformaciones o que sean mínimas y para lograr tal objeto en general será preferible la vía endovenosa en primer término, no haciendo uso de ella cuando ofrezca inconvenientes, como sucede en los niños de corta edad y algunas veces en la mujer, donde no siempre es posible, con facilidad y reiteradamente, practicar la punción venosa. En esos casos nos podrá ser útil, aun a riesgo de no tener los mismos resultados, otras vías de administración: intramuscular, sub-cutánea, cutánea y bucal.

En cuanto a los medicamentos a usar contamos con los tres principales que han sido denominados «específicos»: el mercurio y sus derivados, y sales, los arsenicales orgánicos y el bismuto. Podrán ser útiles también otros agentes terapéuticos de uso en el tratamiento de la sífilis, el iodo y los ioduros que se asocian a algunos de los citados. El valor de esos medicamentos específicos han sido ya analizados por el profesor Greco, lo que nos evitará repeticiones, sobre todo porque frecuentemente al tratar el prurito debemos recurrir a los tratamientos de prueba.

Nuestra experiencia de ocho años, habiendo tratado muchos enfermos con prurito por sífilis, nos permite afirmar que es con el mercurio, que se han obtenido los mejores resultados. Fournier, refiriéndose al mercurio ha, dicho: «si se quiere reservar

el nombre de específico a cualquier remedio que ejerce sobre una enfermedad o sobre un síntoma dado, una acción propia particular, directa, *sí, el mercurio es un remedio específico* ». En el prurito, según nuestras observaciones, el mercurio es un remedio específico. No encontrándose los enfermos pruríticos en la situación de los sífilíticos con lesión primaria, o con manifestaciones secundarias que es necesario hacer desaparecer lo más inmediatamente posible y por ser medicamentos que necesitan para ser eliminados un perfecto estado de los emunctorios y además la mayor integridad del sistema vascular, cosa difícil en sífilis adquirida o hereditaria en que el síntoma prurito se manifiesta, deberá evitarse la medicación arsenical por lo menos en las series iniciales y en cuanto al bismuto no tiene aplicación sino cuando el tratamiento mercurial puede estar contraindicado; el bismuto, por otra parte, no se puede administrar más que por la vía intramuscular, que como anteriormente hemos dicho no es la preferida, y para los preparados de bismuto deben señalarse los mismos inconvenientes anotados para los arsenicales.

Con los compuestos mercuriales solubles es con los que vamos a contar, y en primer término, con el bicianuro de mercurio. Con este medicamento que se debe administrar por vía endovenosa, podemos llegar a actuar en tejidos de difícil irrigación o con disposición especial de los vasos. Por otra parte, además de ser una medicación específica activísima, permite, y en esto difiere de otras sales, hacer el tratamiento antisifilítico con la menor cantidad de remedio, lo que no es indiferente para el organismo. La dosis a emplear estará subordinada a las condiciones especiales del enfermo: sexo, edad, peso, estado de nutrición, funcionamiento de su emunctorio renal etc., y a dicha dosis terapéutica no convendrá llegar sino después de haber comenzado a actuar con dosis mínimas, es decir, con la cuarta o quinta y aun décima parte de la que estará indicada como dosis media. De acuerdo con la posología del mercurio de administrar 0.0002 gr. de mercurio metálico por kilo de peso deter-

minada por el profesor Greco con el empleo del bicianuro de mercurio por vía endovenosa equivalentes a unos 0.00025 gr. de sal, podemos llegar a inyectar diariamente, sin inconvenientes 0.015 gr. o sea 1 centigramo y $\frac{1}{2}$ de bicianuro de mercurio en un adulto, llegando en cada cura a un total de 0.25 gr. a 0.40 gr., separando cada cura de la siguiente con un período de reposo por lo menos igual en el tiempo al de tratamiento.

No hay que pensar que en una primera o segunda cura, vamos a obtener éxito terapéutico seguro. En este síntoma de sífilis que tratamos, como sucede también con otros de la misma enfermedad, su desaparición demanda a veces tratamientos insistentes, bien dirigidos, y efectuados personalmente por el médico, que deberá observar continuamente los efectos del medicamento en el organismo del enfermo, las reacciones favorables o de intolerancia que puedan producirse, las indicaciones de aumento o disminución de la dosis, el mayor o menor espaciamiento de las mismas. Tratar a sifilíticos no es tan simple como muchos lo creen y no es una simple función mecánica que pueda ser desempeñada por personas que no estén capacitadas por una buena práctica en sifiloterapia para hacerlo. Es un deber investigar con cuidado la dosis terapéutica tolerable y útil, ya sea la dosis diaria como la total de una cura. Siempre hay que comenzar por las dosis mínimas, repetirlas, ir aumentándolas lentamente y con una gran paciencia se conseguirá la buena tolerancia del enfermo al remedio que administrado con cautela no le ocasionará accidentes tóxicos que, cuando se producen, se suman a los inconvenientes de la enfermedad y crean el pesimismo, que los hace abandonar un tratamiento que bien llevado hubiera producido la curación de la afección.

Otras sales mercuriales, lo mismo que la salvarsanoterapia, bismutoterapia, auroterapia y zincoterapia, son medicaciones que por distintas vías podrán llegar también a ser algunas veces eficaces en el tratamiento del prurito sifilítico. La mayor inseguridad en la acción terapéutica y otros inconvenientes de las mismas, aconsejan no usarlas sino por excepción teniendo

en cuenta las directivas que se indican en las publicaciones y trabajos que se enumeran en la bibliografía de éste, que hemos consultado.

VII

HISTORIAS CLÍNICAS

Nº 1. — Consultorio de la Cátedra, enero de 1936. H. P., 29 años argentino, casado, empleado.

Antecedentes hereditarios y familiares: El padre murió a los 61 años de edad de una afección hepática (fué alcoholista inveterado) presentó, según los datos suministrados por el enfermo, el cuadro de una cirrosis con ascitis que requirió varias punciones. La madre vive, es sana, tiene 57 años. Tiene 8 hermanos todos vivos y sanos.

Antecedentes personales: No ha padecido ninguna enfermedad, ni las de la infancia; niega venéreas. No tiene hijos, pues pone en práctica procedimientos anticoncepcionales.

Enfermedad actual: Desde hace 10 años se encuentra incomodado por un prurito localizado en la región poplíteo del lado derecho. El prurito ha sido desde esa época constante, pues diariamente, durante los 10 años, ha sentido picazón. No ha habido lapsos asintomáticos. Si consideramos su horario, dicho síntoma siempre lo ha percibido al mediodía y más intensamente durante la noche; en escasas ocasiones no podía eludir la necesidad de rascarse.

Examen objetivo: La piel de la región poplíteo del lado derecho presenta una placa alargada en el sentido vertical, de forma rectangular, de bordes netos pero ligeramente irregulares. Tiene 12 centímetros de largo por unos 8 de ancho. La coloración es rosada y ligeramente pigmentada.

En cuanto al aspecto de la placa y los elementos eruptivos que la constituyen, se trata de una zona intensamente liquenificada; espesamiento y ligera induración al tacto, exageración de los relieves y de las depresiones normales; aspectos papuliformes irregulares con ligera infiltración. Dentro de esa placa se observan también zonas de aspecto casi normal, algunas excoraciones y descamación que se pone en evidencia al pasar la cureta. Toda la región enferma está desprovista de pelos.

Examen clínico general: Todo normal en los distintos aparatos y órganos: en la boca se comprobó la existencia de un tubérculo de Carabelli.

Investigación de laboratorio : Orina normal, las reacciones de Wasserman y de Khan dieron resultado negativo. Numeración de glóbulos rojos normal y la fórmula leucocitaria también normal. La glucemia y el dosaje de urea en sangre de 0.95 y 0.34 respectivamente.

Diagnóstico clínico : Prurito crónico, localizado y sistematizado de la región poplíteo derecha : neurodermitis.

Tratamiento : A pesar de carecer de antecedentes hereditarios de sífilis, de no haber sido esa afección tampoco adquirida, por la cronicidad del prurito, la exacerbación nocturna, y dando también un valor en este caso, a la existencia del tubérculo de Carabelli, sometimos al enfermo al tratamiento específico de prueba con bicianuro de mercurio siguiendo las normas y directivas aconsejadas por el profesor Greco que se observan en el servicio.

Evolución : A los cuatro meses del tratamiento de prueba, que en ese período de tiempo consistió en dos curas : de 0.20 gr. en total la primera, un reposo de veinte días y luego la segunda de 0.30 gr. y el reposo correspondiente, ya se observaron signos de mejoría. El prurito no solamente disminuyó en su intensidad, sino que llegó a no ser percibido algunos días ; los síntomas objetivos de la piel mejoraron también, pues se comprobó un menor grado de liquenificación, ausencia de excoraciones y aparición de pelos.

A la cuarta cura el prurito había desaparecido completamente (9 meses después de iniciado el tratamiento) y el aspecto de la piel de la región poplíteo derecha era normal.

El enfermo continuó su tratamiento siempre con series de bicianuro de mercurio de 0.20 a 0.30 gr. por cura, con período de reposo, en algunos de los cuales se le agregó yoduro de potasio por vía bucal. En la actualidad se encuentra sano y se le sigue vigilando y tratando.

Nº 2 — Consultorio de la Cátedra — febrero de 1937. I. M. 23 años, argentina, soltera, se ocupa en sus quehaceres domésticos.

Antecedentes hereditarios y familiares : Padre muerto a los 52 años de miocarditis crónica. Fue posible averiguar que entre sus antecedentes figuran un chancro que tuvo en su juventud. La reacción de Wasserman que se le hizo durante la enfermedad que lo llevó a la muerte, dió resultado negativo. La madre vive y es sana. No se consiguió hacerle la reacción de Wasserman. Ha tenido abortos. Dos hijos murieron en la primera infancia. Actualmente tiene dos hermanos que son sanos.

Antecedentes personales : No recuerda haber tenido ninguna enfermedad anterior.

Enfermedad actual : Desde hace unos quince años se queja de un prurito interno que se localiza en las caras laterales del cuello y antebrazos (prurito localizado y simétrico), más intenso durante la noche y en ese largo tiempo sólo ha notado algunos períodos de relativa calma, con disminución pero no con desaparición del síntoma subjetivo. Ha consultado a varios médicos, que la sometieron a diversos tratamientos generales y locales, pero sin resultado.

Estado actual : En las caras laterales del cuello y en la de extensión de ambos antebrazos, la piel presenta un aspecto anormal. Es de color eritematoso que se aclara a la vitropresión ; los relieves y las depresiones normales están exageradas ; se notan excoriaciones y en diversas zonas fina decamación ; a la palpación se percibe ligero aumento del espesor normal y también bastante infiltración.

Examen clínico general : Nada digno de mención, después del examen de los otros aparatos y órganos, salvo algunos síntomas que nos llamaron la atención y que revelaron en esta enferma, la existencia de un psiquismo anormal, lo que también nos fué confirmado por los familiares que siempre notaron en ella, desde los primeros años de vida y mucho antes de su afección cutánea y de su prurito, evidentes estados de alteración psíquica : carácter violento, inconducta, reacciones inmotivadas y exageradas a la más mínima contrariedad.

Investigación de laboratorio : Todas las efectuadas en orina y sangre dieron resultados negativos para poder precisar la etiología y hacer el diagnóstico correspondiente. El examen de materias fecales reveló la no existencia de parásitos o de huevos.

Diagnóstico clínico : Prurito crónico, sistematizado, regional y bilateral de caras laterales del cuello y caras de extensión de ambos antebrazos : neurodermitis.

Tratamiento : Por las mismas causas que en el caso anterior, sumados en éste algunos antecedentes hereditarios y los síntomas de psiquismo anormal — sifilipsiquismo de Greco — se le sometió al tratamiento específico de prueba.

Durante un año se le hicieron cuatro curas con bicianuro de mercurio de 0.30 gr. en total cada una y habiendo hecho uso como dosis máxima diaria la de 0.01 gr. y separados por períodos de reposo de treinta a cuarenta día. Al cabo de ese tiempo, el estado de la enferma era el siguiente : total desaparición del prurito en el cuello y aspecto casi normal de la piel, en la que sólo se observa una ligera discromía ; acentuada mejoría en el prurito en ambos antebrazos, menos espesamiento de la piel así como menor induración y mucho menos acentuados los signos dermatológicos del cuadro de la neuro-

dermitis en esas regiones. Desde hace 6 meses no presenta crisis nerviosas; según la enferma, ella se encuentra muy contenta y los familiares han notado una gran modificación en sentido favorable en el carácter. Esta enferma sigue en tratamiento.

Nº 3 — De nuestra clientela privada, año 1935. J. S., argentino, de 40 años de edad, soltero, empleado y que se domicilia en esta ciudad.

Antecedentes hereditarios : Sin importancia. Del minucioso interrogatorio que le hicimos buscando lúes en sus ascendientes, no obtuvimos ningún dato positivo.

Antecedentes personales : Sólo las enfermedades de la infancia y blenorragia a los 17 años, que le fué tratada por un médico especialista durante 8 meses. No es alcoholista ; no fuma. Mueve diariamente su vientre.

Enfermedad actual : Comenzó en el año 1932; cuando concurrió a nuestro consultorio llevaba 3 años de evolución. El síntoma de su afección era un prurito en la región anal que en un principio, a pesar de molestarlo, lo podía calmar con baños tibios y algunas aplicaciones locales de pomada que le prescribieron. Pero el prurito se le fue sistematizando y después de seis o siete meses ya no le calmaba ni con los baños ni medicaciones locales. Varios médicos a los cuales consultó, lo sometieron a diversos tratamientos pero sin mayor resultado, pues salvo períodos de breves mejorías, el prurito volvía y cada vez con mayor intensidad, y con franca exacerbación nocturna.

En el año 1934 aceptó un nuevo tratamiento que le indicaron, y que consistió en algunas aplicaciones de radioterapia que se le hicieron en la Capital Federal. Después de ese tratamiento mejoró, pero muy poco tiempo después, a principios de 1935, el síntoma adquirió la intensidad de épocas anteriores y el enfermo se decidió a consultarnos.

Estado actual (febrero de 1935) : Examinada la región del ano y vecindad, presentaba los siguientes síntomas : la coloración de la mucosa era casi grisácea, los pliegues espesados y a la palpación ligera induración, la piel vecina con algunas excoriaciones y eritematosa. No tenía hemorroides.

Examen clínico general : No se comprobó nada de anormal.

Investigaciones de laboratorio : Reacciones de Wasserman y de Khan : negativas ; fórmula leucocitaria normal, investigación de parásitos en materias fecales : negativa. La orina normal.

Diagnóstico : No encontramos en este caso ninguna causa que justi-

ficara el prurito anal : hemorroides, parasitosis, constipación, fisuras del ano, afecciones de recto, fístulas, etc. Teniendo en cuenta la cronicidad y rebeldía del prurito y su exacerbación nocturna, y a pesar de no haber comprobado ningún antecedente hereditario de sífilis, de no haber sido adquirida esa afección y de la negatividad de las reacciones biológicas, resolvimos hacerle tratamiento específico de prueba con bicianuro de mercurio y el resultado fué sumamente favorable, pues a los tres o cuatro meses de su iniciación el prurito disminuyó de intensidad y después de dos años de tratamiento el enfermo curó completamente, lo que nos permitió ratificar el diagnóstico de *prurito anal sífilítico* (monosintomático) en el cual pensamos a los pocos meses de iniciado el tratamiento de prueba.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- GRECO, *Le prurit dans la syphilis*, en *Deuxième Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de Langue Française*, Strasbourg 25, 26, 27 juillet 1923; *La Semana Médica*, agosto 16 de 1923; *Libro del homenaje al profesor doctor Luis Güemes*, 1923.
- *¿Tengo yo sífilis?*, 2ª edición, 1922 y traducción francesa *Ai-je la Syphilis?*, 1923.
 - *Sifilipsiquismo (Síndromas neuropsíquicos de la sífilis)*, comunicación al 2º Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía de Montevideo, de octubre 9 al 16 de 1921; en *La Semana Médica*, 1921 y en *El Odontólogo*, nº 22 al 24, octubre-diciembre de 1921.
 - *El tratamiento de prueba en la sífilis*, en *Revista de la Asociación Médica Argentina*, tomo 49, 1936; y en *Boletín de la Sociedad de Dermatología y Sifilografía de la Asociación Médica Argentina*, volumen II, página 57, 1937.
 - *Valeur des voies d'introduction des médicaments dans le traitement de la syphilis*, en *Deuxième Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de Langue Française*, página 499, Strasbourg 25, 26, 27 juillet 1923, y en *La Semana Médica*, septiembre 6 de 1923.
 - *Proflaxis antivenérea (Sífilis y blenorragia)*, en *Actas de la 1ª Conferencia Nacional de Asistencia Social*, noviembre 20 al 25 de 1932; *La Semana Médica*, marzo 15 y 22 de 1934.
 - *Traitement Médicamenteux de la Syphilis (Principes ou Concepts basiques)*, en *Deliberations Congressus Dermatologorum Internationalis*, Budapest, y en castellano en *La Semana Médica*, junio 18 de 1936, y *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Plata*, tomo I, 1937.
 - *Consideraciones sobre el tratamiento y prevención de la sífilis*. Conferen-

cia pronunciada el 12 de agosto de 1936 en el aula magna del Hospital Nacional de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, en *La Semana Médica*, junio 10 de 1937, y en *Intercambio Universitario*, publicación de la Universidad Nacional de La Plata, 1937.

FERRAND, *Encyclopedie Medico-Chirurgicale, Dermatologie*, 1936.

MARGAROT, *La Fisiopatología del prurito*, en *Notas prácticas de actualidades médicas*, n^{os} 101 y 102, 1931.

PAUTRIER, *Bulletin de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1935.

DEZSO-KENEDY, *Nuove ricerche sulla genesi locale del prurito sperimentale. La sostanza pruriginosa, Sostanza « P »*, en *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, volumen 77, fasc. 1^o de febrero de 1936.

HUET, *La nouvelle pratique Dermatologique*, tomo V, 1936.

HUDELO, *Prurits et prurigos*, en *La Pratique Medicale illustrée*, 1931.

BROCQ, *Précis-Atlas de Pratique Dermatologique*, 1921.

LAIGNEL LAVASTINE, *Pathologie du sympathique*, tomo I, 1924.

SCHULMANN, *Etudes cliniques de syphiligraphie*, 1932.

CHARMONILOFF, *Roussky Vestnik Dermatologuie*, 1929, y en *Archives de Dermatologie*, septiembre, 1929.

FERNÁNDEZ, *El prurito como signo de sífilis*, en *Revista de la Asociación Médica Argentina*, febrero 1937; *Boletín de la Sociedad de Dermatología y Sifilografía de la Asociación Médica Argentina*, volumen II, y discusión páginas 196 a 198, marzo 31 de 1937.

ABSTRACT

Etiological and symptomatological relations of pruritus with syphilis
by professor suplente doctor Ernesto L. Othaz.

In various chapters which deal with the subject, the author study the influence of syphilis in the etiology of pruritus in patients whose dermatosis is exclusively evidenced by this symptom, thus also in the pruritogenous patients who present besides objective signs in the skin.

In order that one can establish a diagnosis of pruritus by syphilis, it is necessary that the symptom meet certain conditions to which professor Greco referred in his work *The pruritus in Syphilis*, in the Second Congress of french dermatologists and syphilologists in july of 1923.

In the chapter dedicated to pathogenesis the author establishes how syphilis acting on various apparatus and organs is a causative agent of pruritus. In all pruritogenous patients in whom the pruritus by its characteristics can be attributed to syphilis, the specific test treatment is a measure which should not be forgotten and which will permit to affirm the diagnosis.