

y no de las erupciones zosteriformes) es único; sus recidivas son excepcionales, cualquiera que sea su asiento; la frecuencia del zoster presenta recrudescencias estacionales análogas á las que se observan en las enfermedades infecciosas; además, en algunos casos parece transmitirse por contagio. Estos caracteres prueban que el zona no es una erupción común de origen neuropático, sino una enfermedad específica: fundándose en ellos, L. Landouzy incluye el zoster entre las enfermedades infecciosas.

La naturaleza del agente patógeno del zona es desconocida, á pesar de las investigaciones bacteriológicas de Pfeiffer, Boinet, etc.; pero la inmunidad, que confiere un primer ataque de zona, obliga á admitir un agente específico de esta afección.

PRONÓSTICO. — El zona no es grave en sus formas regulares; una vez que desaparece la erupción, no queda más rastro que unas cicatrices, persistentes por lo general, y el enfermo no tiene que temer otro ataque.

No obstante, varias complicaciones pueden sobrevenir en el curso de la dermatopatía ó después de ella, convirtiéndola en un mal serio y aun de los más temibles. Tales son: los trastornos oculares y cerebrales que acompañan al zona oftálmico; la gangrena y las hemorragias del sitio de las ampollas; las neuralgias persistentes y rebeldes, que suelen suceder al zona, cualquiera que sea su asiento, y las amiotrofias. Estas complicaciones pueden sobrevenir, sin que nada las haga prever, en el curso ó después del zona más benigno en la apariencia. Por eso no se puede pronosticar con seguridad sobre este mal, y menos cuando se presenta en individuos viejos ó caquéticos, ó cuando al mismo tiempo hay otros casos de forma maligna y grave.

DIAGNÓSTICO. — Es fácil el del zona; el limitarse á un lado, el tener su asiento en los sitios de distribución de un nervio, los dolores neurálgicos, los caracteres de las vesículas y su marcha rápida no dejan lugar á duda. Esta existe cuando están reducidos á su minimum los granos y aparecen solamente uno ó dos grupos de ellos, no reproduciendo, por tanto, el trayecto de un nervio, y además, no presentan todos sus caracteres, como ocurre en las zonas abortadas. Entonces puede creerse que se trata de una placa eritematosa sin importancia, y hay que observar atentamente la lesión, tener en cuenta las neuralgias y su persistencia, para evitar el error.

El zona oftálmico puede confundirse con la *erisipela* de la cara. Se distingue de ella por su limitación á una mitad de la frente, la menor intensidad de los fenómenos febriles y la agrupación de las vesículas en líneas verticales, que corresponden al trayecto de los filetes nerviosos.

El herpes llamado *febril* se distingue del zoster por su asiento en ambos lados de los labios, por la facilidad con que recidiva en ciertos individuos y por su relación con alguna enfermedad infecciosa bien definida ó con algún trastorno general de la salud.

El punto capital del diagnóstico del zoster, no es reconocer que se trata de unas placas de herpes en relación topográfica y patogénica con un filete ó un tronco nervioso, sino averiguar si esta dermatosis es debida á la enfermedad específica é infecciosa llamada zoster, ó á una lesión más profunda y duradera del sistema nervioso (*erupciones zosteriformes*).

En primer lugar, es fácil distinguir del zoster el herpes neurálgico recidi-

vante, ó mejor, *herpes recidivante*, el cual presenta una ó, rara vez, dos placas de herpes pequeñas, que se hallan siempre en la misma región, en dos puntos simétricos, van ó no precedidas de dolor neurálgico, que suele ser intenso y cede al aparecer los granos. Estos evolucionan como los grupos de zoster, jamás dejan cicatrices y no recidivan.

Es más difícil diagnosticar las erupciones de forma herpética, que sobrevienen en el transcurso de las enfermedades de los centros nerviosos ó de los nervios periféricos. La existencia anterior de trastornos nerviosos, en cuyos detalles no nos es posible entrar aquí, y cuya naturaleza ha podido ser demostrada (tabes dorsal, mielitis crónica, mal de Pott, etc.), hace creer que la erupción de forma de zona no es más que un pseudo-zoster de origen central. Las recidivas frecuentes, en los sitios atacados ó en los próximos, confirman el diagnóstico. Por el contrario, una erupción zosteriana puede ser el primer síntoma de una lesión del sistema nervioso central, haciendo el papel de dermatosis indicadora. El estudio completo de las diversas funciones nerviosas (motilidad, sensibilidad, reflectividad, etc.) y el examen detenido del cráneo y raquis son indispensables cuando un enfermo presenta una dermatosis con los caracteres clínicos del zoster.

En las neuritis periféricas, se observan también lesiones cutáneas parecidas al zona; pero las placas de herpes se presentan de un modo irregular, no cíclico, se manifiestan en una parte limitada de la distribución de un nervio ó se esparcen irregularmente por los sitios que corresponden á muchos troncos nerviosos y van acompañadas de trastornos sensitivos muy ostensibles y de otras alteraciones cutáneas tróficas ó vaso-motoras.

TRATAMIENTO. — La terapéutica local del zoster debe ser tan sencillo como sea posible. La mayor parte de las aplicaciones locales irritantes, astringentes, etc., á las cuales se recurre para facilitar la curación de los granos, solo consiguen agravarlos y exagerar las cicatrices, cuyo desarrollo se trataba de impedir. Casi siempre las aplicaciones, en grande escala, de polvos aisladores (almidón, talco, etc.) y de almidón hidrófilo son el mejor medio reparador de las lesiones. Antes de la ruptura de las vesículas, un baño de colodion elástico, de acetona ó de vaselina bórica protege la piel contra las irritaciones exteriores; pero en este caso, no deben usarse los tópicos líquidos ni las cataplasmas, porque casi siempre dan lugar á úlceras rebeldes.

Los dolores neurálgicos reclaman el empleo de calmantes adecuados, particularmente la quinina y aconitina, y si son violentos, las inyecciones hipodérmicas de morfina.

Las complicaciones oculares del zona oftálmico son sometidas á los tratamientos que prescriben los oftalmólogos. Las paresias y atrofas musculares deben ser combatidas por la electricidad.

BIBLIOGRAFÍA: H. Leroux, Art. Zona du *Dict. encycl. des sciences méd.*, 5^e série, t. III, p. 936. (Bibliographie complète.)—Kaposi, Bemerkungen über die jüngste Zoster-Epidemie und zur Ätiologie des Zoster; *Wiener medic. Wochenschr.*, 1889, n^o 25-26, p. 953 et 993. Ueber Atypischen Zoster gangrenosus und Zoster hystericus; *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1889, n^o 4, p. 561.—Comby, Le zona chez les enfants; *Rev. mens. des malad. de l'enf.*, 1889, p. 487. Weis, Ueber epidemischen Zoster; *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1890, n^o 4-5, p. 609.—Lemonnier, Cas de zona suivis de tuberculose, *Bullet. Soc. franç. de Dermat.*, 1890, p. 135.

XI

Líquén.

La afección conocida con el nombre de líquén plano, ó mejor, líquén de Wilson, constituye hoy, por su frecuencia y caracteres bien definidos, el tipo más perfecto del grupo (en otros tiempos, muy extenso) de las dermatosis llamadas líquén; es decir, de las lesiones caracterizadas sólo por la existencia de pápulas persistentes. Las afecciones que merecen ser conservadas en este grupo se mencionarán al tratar del diagnóstico del líquén de Wilson.

LÍQUEN DE WILSON

DEFINICIÓN. — Se llama líquén de Wilson á una afección en que existen pápulas cutáneas, persistentes, pequeñas, de forma especial, agudas, aisladas ó acumuladas en escudos, que aparecen en brotes sucesivos y van acompañadas de gran picor y también de lesiones análogas en las mucosas.

DESCRIPCIÓN. — El tamaño mayor de las pápulas del líquén de Wilson es el de un grano de mijo ó de una cabeza de alfiler; su color es rojo al principio ó un poco moreno más tarde; un brillo particular aparece en ellas; su forma es redonda ó poligonal, por causa de los pliegues normales de la piel que las limitan; su centro es liso, lo que ha hecho que Wilson dé á la afección el nombre de líquén plano, ó más bien, algo umbilicado, como si se hubiese pinchado con una aguja; sin embargo, algunas veces está algo saliente, lo que demuestra que es defectuoso el nombre de líquén plano; su consistencia es grande.

Las pápulas pueden estar aisladas y sin guardar orden alguno; otras veces se presentan en líneas ó en bandas, más ó menos largas, recordando el trayecto de un nervio, ó bien se agrupan en placas de tamaño variable. Estas se hallan formadas por un número variable de elementos, cuyos contornos poligonales y depresiones del centro se reconocen con una lente. En ciertos casos, los grupos ocupan mucha superficie y se elevan sobre la piel, formando una placa gruesa, gris ó morena, cubierta de escamas epidérmicas adherentes y duras (líquén córneo); entonces los grupos son poco numerosos, se limitan á una región y duran mucho tiempo.

Cuando las pápulas tienden á desaparecer, mengua su elevación, al mismo tiempo que su color se hace más obscuro y queda en último término una mancha morena.

El líquén de Wilson puede ocupar toda la superficie cutánea; pero aparece, sobre todo, en la cara dorsal de los antebrazos, muñecas, cara externa de las piernas y alrededor de la pélvis.

Con frecuencia coexisten lesiones de las mucosas, particularmente de la bucal, en forma de placas blancas sobre la lengua y en la de series arborescentes de puntos brillantes, sobre la cara interna de los carrillos y algunas ve-

ces sobre la parte mucosa de los labios. Análogas lesiones se ven en la mucosa vaginal y en el glande.

El picor, que casi siempre acompaña y aun precede á las lesiones cutáneas, es grande por punto general, quita el sueño, provoca trastornos de nutrición y accidentes nerviosos, cuyo desarrollo es favorecido por un estado neuropático frecuente en los enfermos de líquén.

La duración de éste es siempre larga; se cuenta por meses en la forma común, y por años, en la forma córnea. Algunos brotes de líquén siguen apareciendo de nuevo, en tanto que no desaparecen los antiguos elementos eruptivos; pero si se consigue que éstos se curen, es muy excepcional la recidiva.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — La lesión inicial del líquén de Wilson es una infiltración de las partes superficiales del dermis por células embrionarias, á la cual se agrega la hiperplasia de la epidermis. La depresión central de las pápulas es debida, según los trabajos de Török, á la presencia de un conducto glandular (por lo general, un conducto sudoríparo), que impide á esta parte céntrica y á la periférica el dejarse elevar por el dermis alterado; en las pápulas voluminosas, esta depresión es originada por las alteraciones regresivas que sufre el cuerpo papilar, á consecuencia de la hiperplasia epidérmica.

ETIOLOGÍA. — El líquén de Wilson es más frecuente en el hombre que en la mujer; aparece por regla general en los individuos de veinte á cuarenta años. Los enfermos de este mal, en su mayor número, son nerviosos y algunos son verdaderos histéricos.

Pueden preceder, casi inmediatamente, á la erupción diversas causas, entre las cuales figuran en primer término, las emociones y otros padecimientos de orden psíquico.

DIAGNÓSTICO. — Los caracteres del líquén de Wilson son muy perceptibles y no dejan dudar.

Las *sifilides papulosas* de pequeños granos se distinguen por la carencia de brillo especial en la superficie, su contorno bien redondo, la falta de umbilicación central y de picor, el tamaño menor de las pápulas y su menor dureza.

El líquén córneo puede ser confundido con el *eczema córneo*; pero difiere de él por la persistencia de los granos en un punto y por la falta de otras alteraciones eczematosas en el resto de la superficie cutánea.

Las otras afecciones, conocidas con el nombre de líquén, presentan sólo una remota analogía con el líquén de Wilson; el polimorfismo de sus lesiones, constituídas por vesículas como por pápulas, la ausencia de verdadera induración y la marcha distinta permiten conocerlas siempre.

Las placas de *eczema liquenoides* (que son las que los antiguos autores describen al tratar del líquén, y á las cuales E. Vidal llama *liquen simple crónico*) difieren del líquén de Wilson por su extensión, forma irregular, mayor tamaño y falta de reflejo brillante en la superficie.

El líquén agrio de los antiguos, líquén polimorfo feroz de E. Vidal, descrito aquí con el nombre de *prurigo de Hebra*, está caracterizado por su larga duración, sus recidivas incesantes y el polimorfismo de las lesiones.

La afección descrita y denominada por Hebra *liquen de los escrofulosos*, y que las investigaciones de Jacobi hacen que se considere como sintomática de una infección tuberculosa muy atenuada, tiene su asiento en el tronco, pre-

senta una mezcla de pustulillas y de pápulas pequeñas, cubiertas ó no de escamas, produce poco picor, dura muchos meses y va acompañada de manifestaciones escrófulo-tuberculosas graves en los ganglios y en los huesos.

En el *lichen ruber* de Hebra, llamado *lichen ruber acuminatus* por Kaposi, se ven, según éste, pápulas que aparecen en brotes agudos, después se multiplican, de modo que en el transcurso de algunos meses cubren de placas rojas, escamosas y grieteadas toda la superficie cutánea. La terminación fatal es constante en este caso. Este tipo se observa muy rara vez, y hasta ahora no se ha visto en Francia.

TRATAMIENTO.—El único medicamento interno que tiene acción eficaz contra el líquen de Wilson es el arsénico, cuyas dosis deben elevarse y sostenerse tanto como permita la tolerancia del enfermo. Hay casos que se resisten á la curación, y á los cuales conviene exclusivamente el tratamiento externo (que en los otros puede asociarse á la cura arsenical), que consiste en el uso de pomadas de ácido pirogálico, emplasto de Vigo y glicerolado tartárico de E. Vidal.

BIBLIOGRAFÍA: Lavergne, Contribution à l'étude du lichen planus; Th. de Paris, 1884.—G. Thibierge, Des lésions de la muqueuse buccale dans le lichen plan; *Annales de Dermat.*, 1885, p. 65.—Unna, Sur la question du lichen; *idem*, 1886, p. 585.—Hallopeau, Du lichen plan et particulièrement de sa forme atrophique; *Union médic.*, 1887, t. I, p. 717, 729, 742.—Kaposi, Hallopeau, H. v. Hebra, etc.; De la constitution du groupe lichen; *C. R. du Congrès internat. de Dermat. de 1889*, p. 16.—Török, Anatomie du lichen planus; *idem*, p. 739.—Brocq et Jacquet, Du Lichen circumscriptus des anciens auteurs ou lichen simplex de E. Vidal; *Annales de Dermat.*, 1891, p. 97 et 193.—E. Vidal, Du lichen simplex aigu et chronique; *Bull. de la Soc. franç. de Dermat.*, 1891, p. 215.—Jacobi, Nature tuberculeuse du lichen scrofulosorum, *Société allemande de Dermat.*, 1891 (in *Mercredi médical*, 1891, p. 505).

XII

Pénfigo.

El nombre de *pénfigo* ha sido empleado durante mucho tiempo como sinónimo de afección ampollosa; pero su significación es hoy más restringida, y se reserva el nombre de pénfigo á las afecciones, bastante mal determinadas en su mayor parte, que resultan después de eliminar todas las erupciones penfigoides.

Erupciones penfigoides.—Hebra y Kaposi han separado del pénfigo los casos que antes se llamaban pénfigo agudo benigno ó pénfigo de pequeñas vesículas, y los han incluido en el *eritema polimorfo*, del que constituyen la variedad vesiculosa. Los casos descritos todavía en estos últimos años con el nombre de pénfigo agudo grave, caracterizados por fenómenos generales intensos, que producen la muerte, y en los que Baduzzi y Spillmann han observado microbios, parecen pertenecer á la misma serie en la que representan las formas más graves.

Hay que separar también del pénfigo las *erupciones vesiculosas* que se desarrollan en el curso de las *intoxicaciones* ó por el empleo terapéutico de diversas sustancias, como el ioduro potásico, y rara vez la antipirina, etc.

En cuanto al pénfigo leproso y al sífilítico, que deben llamarse *leprides* y *sifilides vesiculosas*, ya han sido descritos con las lesiones cutáneas de la lepra y de la sífilis, bastando aquí indicar que el mayor número de casos designados con el nombre de pénfigo sífilítico no están caracterizados en realidad por ampollas, sino por pápulas en las que se levanta la epidermis, tomando aspecto análogo al que sigue á la rotura de una ampolla.

Duhring y después Brocq han separado del pénfigo, y han dado el primero el incorrecto nombre de *dermatitis herpetiforme*, y el segundo el más exacto, pero demasiado complejo, de *dermatitis polimorfa pruriginosa de brotes sucesivos*, á una afección caracterizada por el desarrollo de placas rojas, redondas y ligeramente elevadas ó por relieves vesiculosos, más ó menos anchos y salientes, cuya erupción se verifica por brotes de duración é intensidad variables, subintrantes ó con intervalos irregulares y escalonados en un espacio de uno á muchos años, siendo cada brote precedido ó acompañado de sensaciones desagradables de prurito ó de verdadero dolor en las regiones donde recae. Por larga que sea la enfermedad, no se altera el estado general. La dermatitis herpetiforme se observa de ordinario en sujetos nerviosos y sucede algunas veces á emociones violentas.

También hay que separar del pénfigo ciertas *dermatoneurosis vesiculosas*, que se observan en el curso de lesiones orgánicas de los centros nerviosos ó de los nervios periféricos (pénfigo zoster de algunos autores). En este mismo grupo se incluye la erupción llamada pénfigo de las histéricas, caracterizado por vesículas que, por lo común, suceden á los ataques de histerismo, si bien los casos de esta clase son raros, y hasta en muchos de los que han sido publicados hay motivo, por la forma y los caracteres de las vesículas, para sospechar alguna superchería de los enfermos.

PÉNFIGO.—Se sigue dando el nombre de pénfigo á cierto número de afecciones, de las que las más principales y mejor conocidas son las que siguen:

1.º Pénfigo agudo epidémico de los recién nacidos.—Esta afección está caracterizada por un ligero estado febril y por el desarrollo de ampollas de variable tamaño, cuya rotura va seguida de la formación de costras amarillentas ó de una superficie roja que queda descubierta, se seca y se restaura poco á poco. Las ampollas están diseminadas por el cuello, la cara y los miembros, respetan las regiones palmar y plantar y son de ordinario poco numerosas. La afección se desarrolla en forma epidémica, invade las inclusas y casas de maternidad y ataca lo mismo á los niños bien nutridos que á los mal cuidados y atrépsicos; es inoculable y, según Almquist, se debe á un diplococo muy análogo al estafilococo piógeno áureo, pero que no tiene propiedades piógenas como éste.

2.º Pénfigo simple crónico.—Se debe describir con este nombre una afección crónica que principia de un modo insidioso, y se caracteriza por la formación de ampollas de varios tamaños, que en los primeros períodos de la enfermedad producen costras finas y luego costras más gruesas, las cuales se reúnen constituyendo placas redondas que cubren las úlceras, pudiendo terminar su evolución en cicatrices. El pénfigo por lo común, va acompañado de intenso prurito, á veces muy vivo, y sus elementos se extienden sucesivamente por la mayor parte de la superficie cutánea y hasta por la mucosa bucal. La

enfermedad dura mucho tiempo, va acompañada, con más ó menos rapidez, de un estado caquéctico y de complicaciones viscerales y termina casi siempre por la muerte.

Esta afección es rara, y no puede admitirse que exista sino después de haber eliminado toda la serie de afecciones penfigoides y suele presentar, en la evolución de sus elementos eruptivos, caracteres algo especiales, á los que se ha concedido importancia, quizás exagerada, y que han servido para individualizar dos tipos de pénfigo: el foliáceo y el vegetante.

3.º Pénfigo foliáceo. — Este tipo ha sido estudiado, sobre todo, por el profesor Hardy y consiste en una erupción de ampollas, esencialmente transitorias, pues son muy pronto reemplazadas por una escama ó costra delgada, debajo de la que está exulcerada la piel. Otros elementos semejantes se desarrollan sucesivamente en distintas regiones, acompañados á veces de elementos simplemente ampollosos.

Hay que distinguir del pénfigo foliáceo ciertos casos en que se ve sobrevenir, después del pénfigo, una descamación general de los tegumentos, semejante á la que puede observarse en la fase última de todas las grandes dermatosis y á la que Bazin ha dado el nombre de herpétide maligna exfoliatriz.

4.º Pénfigo vegetante. — J. Neumann ha designado con este nombre casos de pénfigo en los que á la rotura de las ampollas sigue el desarrollo de elevaciones fungosas y vegetantes más ó menos considerables. Estos elementos aparecen, sobre todo, en los pliegues de las grandes articulaciones y en particular en la región génito-crural.

El tratamiento del pénfigo consiste en el empleo de pomadas y de linimentos un poco antisépticos y suavizantes, ó de polvos absorbentes; además se recurrirá á la medicación tónico-reconstituyente.

BIBLIOGRAFÍA: Roeser, Du pemphigus chez les nouveau-nés; Th. de Paris, 1876.—L. Brocq, De la dermatite herpétiforme de Duhring; *Annales de Dermat.*, 1888, p. 1, 65, 133.—Neumann Crocker, etc., Discussion sur le pemphigus et les dermatites bulleuses complexes ou multiformes; *C. R. du Congrès internat. de Dermat. de Paris*, 1889, p. 81.—Mosler, Ueber Pemphigus chronicus malignus; *Deutsche med. Woch.*, 1890, p. 1.—Athanassio, Des troubles trophiques dans l'hystérie; Th. de Paris, 1889-1890.—P. de Michele, Contributo alla ricerca dei microorganismi nel pemphigo chronico; *Giorn. Ital. d. ma. lat. vener. e d. pelle*, 1891, p. 19.—Almquist, Pemphigus neonatorum, bacteriologisch und epidemiologist beleuchtet; *Zeitsch. f. Hyg.*, 1891, x, 2.

XIII

Vitiligo.

DEFINICIÓN. — Con el nombre de vitiligo (de *vitulus*, becerro, piel manchada como la del becerro) solo deben describirse las modificaciones accidentales de la pigmentación cutánea, caracterizadas por la desaparición y acumulación simultáneas y anormales del pigmento en regiones inmediatas de la piel, esto es, por una mezcla de acromia y de hipereromia.

El vitiligo difiere, por lo tanto, de la leucodermia, en que la desaparición

del pigmento en ciertas zonas cutáneas coincide con la pigmentación normal de la piel inmediata.

DESCRIPCIÓN. — Las placas blancas ó acrómicas son de extensión bastante variable; por término medio, tienen el tamaño de media peseta; su forma es en general redonda, algunas veces irregular, sinuosa y se encuentran irregularmente repartidas en número distinto, según los casos, sobre una superficie de color grisáceo ó parduzco, y aun á veces casi negro, cuya superficie hipererómica es de variable extensión, de forma irregular, y se halla limitada por un borde claro ó bien se confunde insensiblemente con la piel normal.

Puede residir el vitiligo en diferentes partes del cuerpo, pero, con preferencia, en los carrillos, cerca de la boca, los órganos genitales y el dorso de las manos, siendo frecuente que guarde simetría. Cuando se halla en una región cubierta de pelos (piel de cráneo, barba), se ponen estos descoloridos y á veces se caen en los sitios donde la piel ha perdido su pigmento.

No produce el vitiligo modificación alguna de la superficie cutánea ni dolor; sólo coincide á veces con algún trastorno de la sensibilidad, bastante á menudo con anestesia ó hiperestesia más ó menos intensas, y con más frecuencia aún con modificaciones de la secreción sudoral.

Ya desarrollado, tiende el vitiligo generalmente á extenderse y puede invadir gran parte de la superficie cutánea.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Las alteraciones cutáneas del vitiligo consisten exclusivamente en irregularidad de la distribución del pigmento; faltan las granulaciones pigmentarias en las capas epidérmicas profundas y en las zonas blancas, pero hay abundancia excesiva de las mismas granulaciones en las partes de color obscuro.

Leloir, Dejerine, Schwimmer y Kopp han visto además que, en los nervios correspondientes á las partes discrómicas de los tegumentos, hay neuritis parénquimatosa.

ETIOLOGÍA. — El vitiligo se desarrolla, ó dicho con más exactitud, parece desarrollarse á veces sin causas apreciables, en sujetos jóvenes en buen estado de salud; pero lo común es que acompañe á alguna alteración más ó menos manifiesta del sistema nervioso; así es que, con frecuencia, se le encuentra en los locos, se observa después de neuralgias rebeldes, y suele coincidir con la esclerodermia y con la pseudo-tiña de origen nervioso. Se conocen algunos casos que se presentaron en el curso de la tabes, de la siringomielia y del bocio exoftálmico. Todos estos hechos son bastante frecuentes para que el vitiligo deba ser considerado como una verdadera dermato-neurosis indicadora de otros males, y para que su reconocimiento exija siempre atento examen del enfermo, en busca de la posible existencia de una neuropatía causal.

DIAGNÓSTICO. — Los caracteres del vitiligo son bastante claros para que casi no sea posible la confusión con otras afecciones acompañadas de trastornos de la pigmentación; sin embargo, un examen poco atento ha podido inducir á pensar que se trataba de la enfermedad de Addison ó de la pitiriasis versicolor.

La lepra trofoneurótica se presta más á que se caiga en error, pero las alteraciones de la pigmentación no se limitan tan bien en ésta, no hay hipereromia alrededor de las manchas acrómicas y los trastornos de la sensibilidad son mucho mayores.