

## VITILIGO GRAVIDICO

Por el Dr.  
**DIEGO TAYLOR GOROSTIAGA**

Traemos a esta sociedad (1) dos observaciones de vitiligo aparecido en la gravidez, y una de ellas es particularmente interesante por haber alcanzado una intensidad poco común.

El hecho no es nuevo pues ha originado algunas publicaciones (Eires y Bottiroli (14), A. Morel (28), Delmas y Royer (12), Mussio Fournier y colaboradores (29, 30, 31, 32); y son muchos los que admiten agravación del vitiligo con la puerperalidad y la menstruación.

Pero el primero sorprende por la intensidad alcanzada y por aparecer en el embarazo de una mujer con la piel hasta entonces sana. Además su tan discutida etiopatogenia, que no ha puesto aun de acuerdo a los dermatólogos, ha tomado en los últimos tiempos un cauce hacia la endocrinología que permite sacar algunas sugerencias a propósito de observaciones como las que presentamos, de relación indudable con la gestación.

Podría discutirse la posible coincidencia accidental sin influencia recíproca, pero las particularidades del caso no pueden alejar la sugerencia de una vinculación, especialmente si se tiene en cuenta que la gravidez produce hiperpigmentación de la piel y que el vitiligo es una discromía, es decir una anormal distribución del pigmento con zonas acrómicas rodeados de halo hiperpigmentado y si se tiende a admitir la participación endócrina como causa del vitiligo, no debe olvidarse en qué medida se altera el equilibrio endócrino de la mujer gestante.

---

(1) Presentado a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires.

Creemos conveniente traer a una Sociedad como esta un asunto que dé oportunidad de conversar sobre la correlación endócrina de la embarazada en base a lo que la clínica nos va diciendo en su aspecto patológico.

### **1ª Observación.**

Historia Clínica N° 12345 de la Maternidad y Escuela de Parteras de la Plata J. C. argentina, nacida en la ciudad de Junín, 37 años, casada. Profesión q. d., domiciliada en La Plata. VI para.

**Antecedentes familiares y hereditarios:** Padres, hermanos, esposo sin antecedentes específicos y de trastornos en la distribución del pigmento cutáneo.

**Antecedentes personales:** Fisiológicos: menarca a los 13 años, menstruaciones normales tipo 3/28.

Patológicos: sarampión.

Obstétricos: seis partos. El primero, presentación pelviana, extracción, puerperio febril. En el tercero, feto muerto en el trabajo de parto.

Los demás fueron partos normales, fetos vivos, y sanos.

**Embarazo y parto actual:** Evolución normal, parto espontáneo, feto vivo, normal.

**Enfermedad actual:** Se trata de una dermatosis caracterizada por la anormal distribución del pigmento que se hace aparente en el curso del quinto embarazo y alcanza gran intensidad. Después del parto no retrograda, y en una nueva gestación se mantiene con el mismo aspecto adquirido en el embarazo anterior.

### **Descripción de la dermatosis.**

Es llamativo la semejanza con la piel de becerro como denominara tan exactamente Celso (vitellus) a estas discromías.

Se observan extensas zonas acrómicas, como si el pigmento hubiera sido rechazado y se hubiera acumulado en los bordes,

según la expresión de Darier, de manera que sus límites son bien precisos.

La despigmentación es tan intensa que se ha comparado al color del yeso, marfil o leche (doctor Argüelles Casals, (3) ; se localiza en el abdomen abarcándolo en la casi totalidad, de forma circular irregular, y en la parte superior e interna de ambos muslos (figura 1). Presenta otras más pequeñas numu-

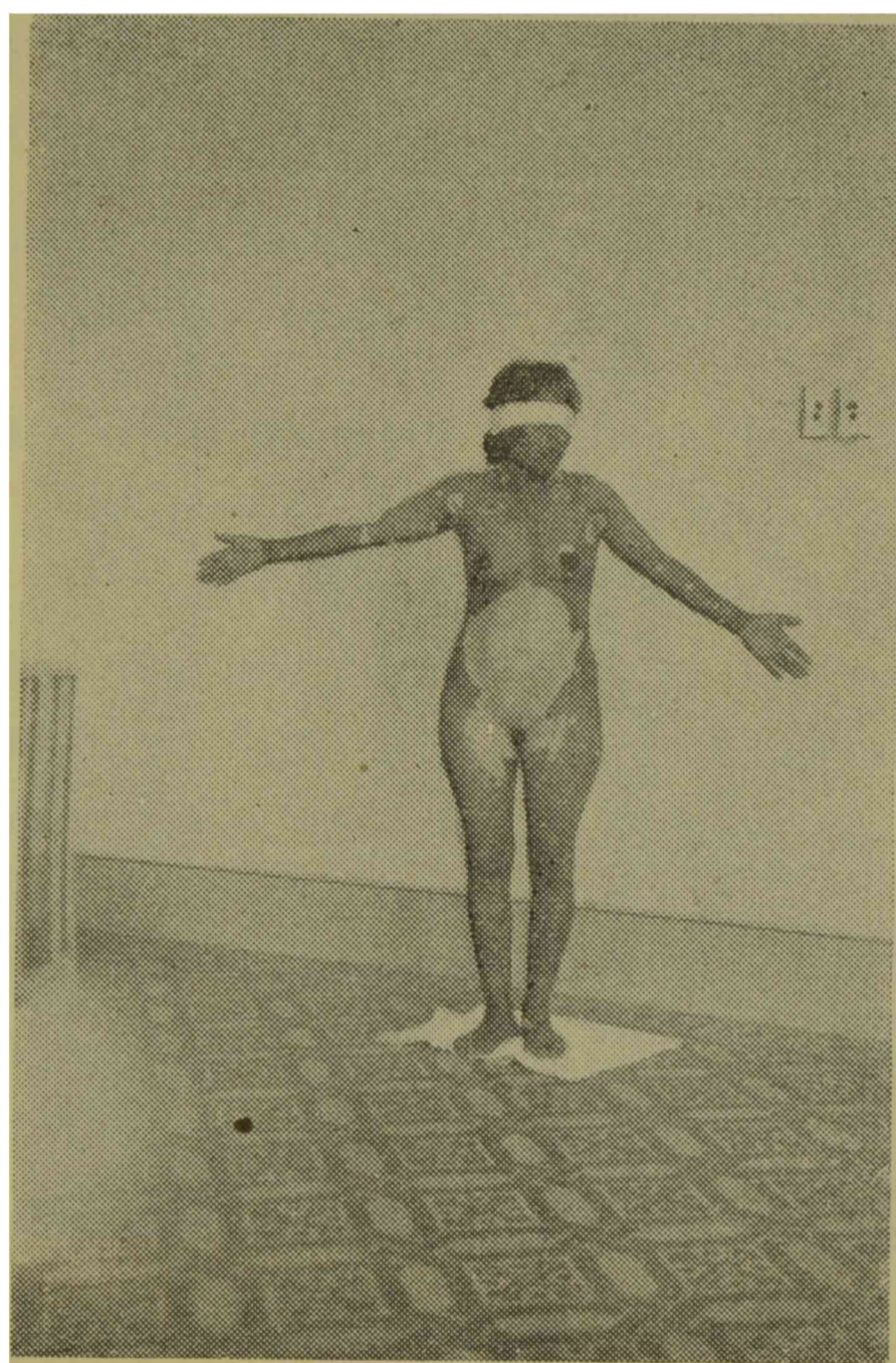


Figura 1

lares, redondas, ovalares, lobuladas, en el cuello, hombros, parte superior del tórax en sus caras anterior y posterior, así como en la parte anterior de los miembros superiores. En los codos las manchas se hacen confluentes, tomando mayor extensión. Se observan escasas en la región poplítea. (figura 2). En el cuero cabelludo mechón de cabello blanco y decoloración de la piel en ese lugar.

En las zonas acrómicas la piel tiene aspecto normal, no hay atrofia, inflamación, ni escamas. No existen alteraciones de la sensibilidad táctil, térmica o dolorosa. No se observan otras dermatosis ni acusan prurito. Estos dos hechos negativos que para algunos completa la fisonomía del vitiligo, han sido

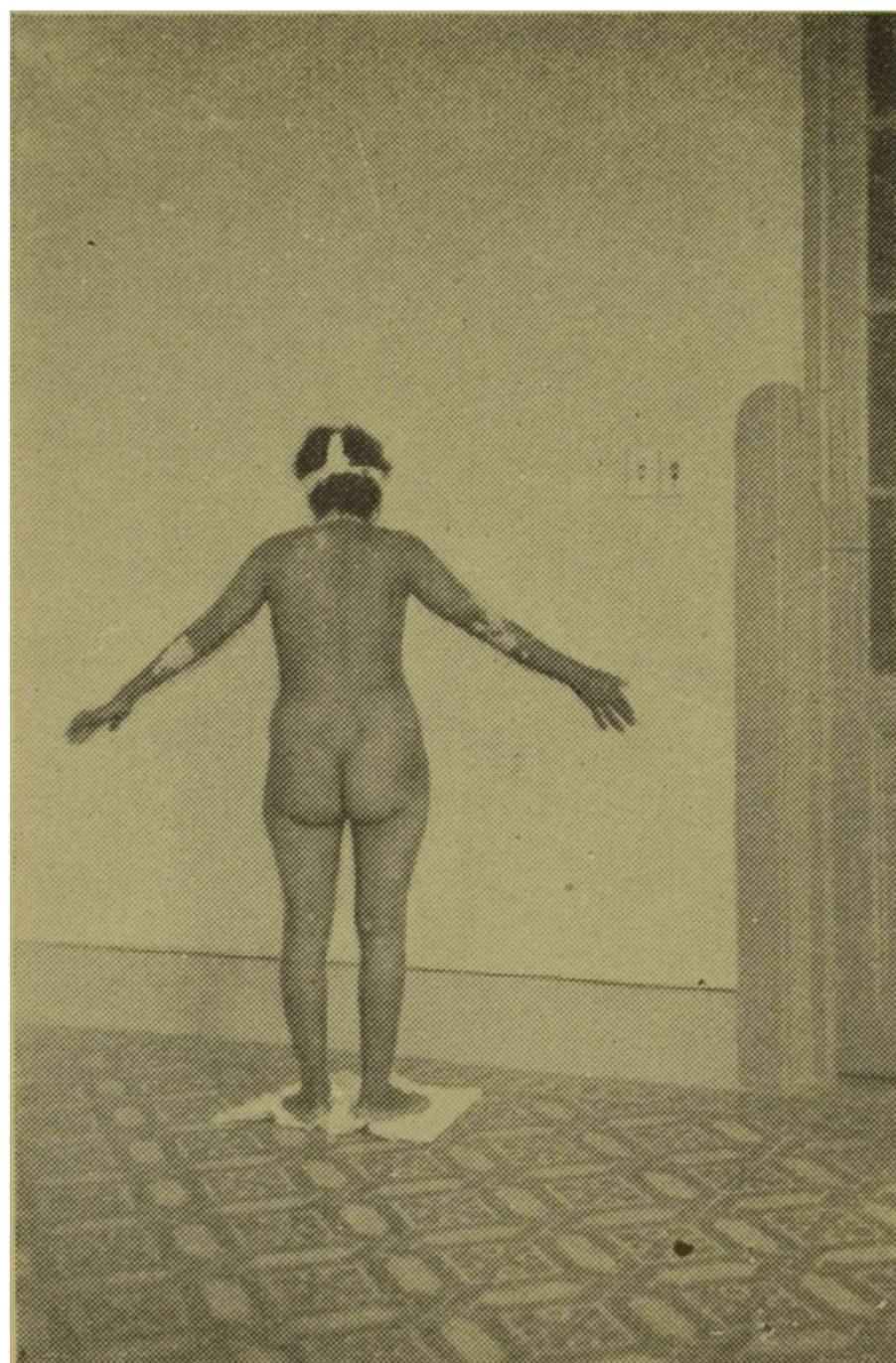


Figura 2

discutidos por Argüelles Casals (2) que los encuentra en el 39 % de los casos observados por él en La Habana y por Sézary que de acuerdo con los clásicos franceses, recalca sobre la posible asociación con la pelagra y la esclerodermia. No hay manchas en las mucosas, dando en este caso la razón a Sézary y a Duruy (2), que opinan es una de las características del vitiligo, hecho que parece no ser tan absoluto en la raza negra (Argüelles Casals (3)).

## **2ª Observación.**

Maternidad del Hospital P. Piñero. Consultorio Externo. Ficha N° 546/1945. N. R. S., 22 años, argentina, domiciliada calle Chilaber 6673. Capital Federal.

**Antecedentes familiares y hereditarios:** Sin importancia.

**Antecedentes personales:** Fisiológicos, menarca a los 12 años, menstruaciones normales tipo 4/28.

Patológicos: coqueluche y sarampión.

Obstétricos: un embarazo anterior y parto normales, feto de sexo masculino de 3200 gr., sano.

**Embarazo y parto actual:** Evolución normal, feto de sexo femenino de 3600 gr., sano.

**Enfermedad actual:** En el curso de la gestación primera, aparecen manchas acrómicas con los caracteres del vitiligo en la región pudenda y nuca, y un mechón blanco en el monte de venus. Las manchas fueron precedidas por prurito. Reacciones de Kahn presuntiva y standard negativas. (prot. 6); índice de Katz  $6\frac{1}{2}$  (prot. 4132): citológico de sangre; rojos 4.300.000, blancos 7.100, polinucleares neut. 69 %, eosin. 3, basóf. 1, linfocitos 23, monocitos 4 (prot. 716). No se toman fotografías porque la dermatosis no es muy intensa y la paciente no consiente en ello.

## **Diagnóstico.**

Se hace por la presencia de zonas cutáneas acrómicas con halo hiperpigmentado y conservación normal de la piel. Su distribución es bilateral, más o menos simétrica; localizada de preferencia en los genitales y regiones vecinas, cara interna de los muslos, dorso de manos, codos, respetando palmas y plantas. Frecuencia mechón de cabello cano.

## **Diagnóstico diferencial.**

Corresponde hacerlo con: la lepra, mal de pinto y enfermedad de Sutton.

*En la lepra*: las manchas son hipocrónicas pero no alcanzan el aspecto de yeso del vitiligo, de bordes menos marcados y pérdida de la sensibilidad termoalgésica.

La prueba de la histamina (E. Escalona (16)), permite descubrir la alteración de la sensibilidad. Para ello se inyecta en la dermis de la zona discrómica una gota de la solución al 1 por mil y otras en la piel normal, y se verá que solamente se forma un halo eritematoso en el segundo caso.

*El mal de pinto*: respeta los sitios de predilección del vitiligo, es decir regiones genitales y peri-genitales, pliegues, cabello-regiones pinto resistentes (Escalona (16)), prefiriendo codos, rodillas y tobillos. La despigmentación no es tan pronunciada.

Producida por el treponema "Carateum", origina la lesión en el sitio por el que penetra. Las lesiones secundarias son manchas rojas azul pizarra o negras, que aparecen alrededor de la lesión primaria; se asocia generalmente, con keratosis folicular y keratosis plantar y palmar, eritema, etc.

Pero en esta etapa no corresponde el diagnóstico diferencial con el vitiligo sino más bien con otras demartosis; liquen plano, eczema, trichofitosis, sífilis, psoriasis. En cambio el terciarismo se manifiesta por manchas acrómicas e hiperpigmentadas que puede conducir al lamentable error, tal como sugiere Lieberthal (25) debe haber ocurrido en Estados Unidos, pues en el sud de ese país se le ha encontrado con frecuencia. Es una enfermedad de los trópicos que ataca especialmnte a los negros, indios y mestizos del Ecuador, Colombia, Venezuela, México y Cuba. Además advierten Sáenz Graú Traina y A. Armentieres (18) que la enfermedad adquiere formas clínicas según los países. En la Argentina no solamente hay que tener presente a las personas provenientes de esos lugares sino que se ha encontrado en las provincias del Noroeste.

Sin embargo hay caracteres distintivos tal como la atrofia de la piel que no se observa en el vitiligo, a veces aparece también adenopatías, lesiones cardiovasculares, hipertensión arterial, alteraciones del líquido céfalo raquídeo, y las pruebas

serológicas de fijación del complemento y de precipitación son positivas. En el vitiligo es más raramente positiva; según Argüelles (2) utilizando de la Meinicke, en el 11 %.

*La enfermedad de Sutton:* para algunos es una forma de vitiligo, son nevus pigmentarios circunscriptos por áreas despigmentadas que se extienden periféricamente.

## I

Se tratan los dos casos que presentamos de discromía cutánea, con caracteres suficientemente precisos como para clasificarla con el diagnóstico de vitiligo. El hecho de que aparece en el embarazo y adquiere en el mismo una intensidad poco frecuente, nos induce también a llamarlo vitiligo gravídico. Atribuyéndole a la luz de estudios recientes una patogenia glandular, con participación fundamental del lóbulo medio de la hipófisis. Teniendo en cuenta la particular jerarquía de la pituitaria en el estado de puerperalidad, alejamos la idea de la mera coincidencia y nos inclinamos a establecer una causalidad que ya ha dado ocasión a otros autores a denominarla así.

Existe ya una lista de dermatosis pigmentarias patogénicamente vinculadas a alteraciones de las gonadas. Mussio Fournier, Piaggio Blanco, y Cervino (32) consideran relacionados a los genitales a las siguientes: Cloasma, vitiligo, síndrome de Bloch (insuficiencia ovárica, melanodermia y molestias psíquicas), síndrome de Alberght (osteítis fibrosa diseminada, áreas de pigmentación y disfunción gonadal). En el cloasma hay que recordar el gravídico, del climaterio (melanodermia climatérica), cloasma uterino (insuficiencia ovárica juvenil) y el de la ovariopatía escleroquística.

El estudio del problema del vitiligo y el embarazo, su posible relación y sugerencias para su tratamiento endócrino nos hace dividir este artículo en los siguientes tópicos:

- a) Relación entre los pigmentos cutáneos y la gestación.
- b) Relación entre los pigmentos cutáneos y la hipófisis.

- b) Relación entre la hipófisis y el vitiligo.
- d) Relación entre los pigmentos cutáneos y el ovario .
- e) Relación entre el ovario y el vitiligo.
- f) Relación entre la hipófisis y la gestación.
- g) Resultados obtenidos con el tratamiento hormonal en el vitiligo.
- h) : Relación entre el vitiligo y la gestación.

a) **Relación entre los pigmentos cutáneos y la gestación.**

La sola referencia del cloasma gravídico, la pigmentación de los senos, línea alba y cicatrices durante la puerperalidad, que constituye uno de sus signos diagnósticos, es suficiente para llamar la atención sobre la posible vinculación con los trastornos de la pigmentación cutánea.

Binet, Verne y Mlle Louxembourg (7) han encontrado en la piel de la gestante aumento de los melanóforos.

Dietel (13) descubrió en el suero de las grávidas una hormona melanófora que disminuye poco después del parto. Observaciones semejantes realizaron Ehrardt, Küstner y Biehl (15), especialmente en el trabajo de parto. Dietel (13) la encontró muy abundante en el suero de las grávidas con gestosis de forma renal.

De la existencia en la gestante de una hormona que actúa sobre la distribución de la melanina de la piel, se ha deducido una serie de reacciones para el diagnóstico del embarazo.

Collin y Drouet (9) en 1933, empleando ranas *Leptodactylus Ocellatus*, a las que inyectan orina de embarazadas del último tercio, así como de glomeronefrosis gravídica y eclámpicas, observaron la reacción melanófora. Estos investigadores son autores de una reacción de la gravidez en la que utilizaban ranas “temporarias” de color claro. Proceden de la siguiente manera: inyectan 3 cc. de orina de la primera micción en el saco linfático dorsal y las colocan en un bocal con agua limpia y sobre fondo blanco a plena luz, a 15° ó 20° de temperatura. Cuando la reacción es positiva se les oscurece la piel dentro de las dos horas. La positividad de la reacción en el embarazo



la atribuye a la hiperfunción del lóbulo posterior de la hipófisis; pero reconoce que no es específica porque la ha encontrado en el hipertiroidismo, hipertensión arterial con estrechamiento del campo visual bitemporal para el rojo, verde y blanco; hemorragias retinianas y tumores de hipófisis.

Konsuloff (24) en 1934, observó que inyectando 2 1/2 cc. de orina de la primera micción de mujer embarazada a ranas “Esculenta” hipofisoprivas, a los veinte minutos se obtiene reacción melanófora.

Binet, Verne y Mlle. Luxembourg (7) en 1934, idearon una reacción análoga valiéndose de la orina de la grávida sobre los melanóforos, de las escamas de un pequeño pez de los pantanos, denominado “*Carassius vulgaris*” Nilss.

#### b) **Relación entre la hipófisis y los pigmentos cutáneos.**

Se ha comprobado que los batracios hipofisoprivos se decoloran y vuelven a colorearse inyectándoles orina de mujer gestante. Collin y Drouet (9), Konsuloff (24).

Vilter (41) sostiene que en el cloasma gravídico existe hiperactividad de la hipófisis. Fruhinshoyz (17) lo hace extensivo al vitiligo.

Speath (40), observó que la inyección de extracto posterior de hipófisis ennegrecía la piel de la rana por la expansión de los melanóforos. Houssay y Ungar (19) en 1925, obtienen el mismo resultado haciendo la inyección en el saco dorsal linfático de la rana. Piensan que la secreción pituitaria es el principal factor regulador del color de la rana; hecho que no lo pueden demostrar de una manera tan absoluta respecto de las suprarrenales y de la epífisis. Observaron que las ranas ciegas así como las hipofisoprivas son más oscuras y no reaccionan a la luz. Sugieren que se produciría un reflejo por vías eectoras directas a los cromatóforos de la piel o por excitación de la hipófisis que aumentaría o disminuiría su secreción, y como consecuencia, la expansión de las células cutáneas estrelladas cargadas de melanina, cuyo pigmento sería susceptible de apelonarse o desplazarse.

Hogben y Winton (20-21) en 1922, descubrieron la hormona melanófera de la hipófisis en el extracto de su lóbulo posterior.

Según Vilter esta hormona excita la actividad de los melanocitos de la dermis de los batracios y aumenta la melanogénesis por cuya razón se cargan de pigmento las células epidérmicas. Para este autor, la hormona melanófera es antagónica del simpático en relación a su posible acción sobre los melanocitos de la piel, siendo la primera excitante y el segundo inhibidor.

Atwell (5) en 1919, Allen (1) en 1920 y Zondek y Krohn (43-44) en 1932, extraen la hormona melanófera de la parte media de la hipófisis del gato. Wolf (42), considera que la “pars intermedia” de la pituitaria es la reguladora de la distribución del pigmento y, que su hormona melanófera ejerce una acción hipertrófica sobre la corteza suprarrenal y aumenta la secreción de adrenalina. Considera asimismo, que las pigmentaciones difusas de la amenorrea y disminorrea debidas a dispituitarismo son la consecuencia de la hiperactividad de la “pars intermedia”.

Pende (35) dice que la hormona extraída de la parte intermedia, (intermedina), es difícilmente separable de la hormona vasopresora y reconoce su acción expansiva sobre los melanocitos y la considera íntimamente ligada a la vida sexual.

No solamente ha sido la “intermedina” bien individualizada sino además, se hizo posible dosarla teniendo presente su acción frente a los eritrocitos de ciertos peces. Así se ha conseguido una medida, *la unidad phoximus*, que es la cantidad más pequeña capaz de hacer aparecer en un animal de esta especie (*Phoximus Loevis*) que no esté en celo, a la hora y media, una mancha roja de 10 mm., en la base de las aletas pectorales y ventrales.

Zondek y Krohn (43-44) utilizando esa unidad consiguieron dosar el contenido de intermedina en las distintas partes de la hipófisis, encontrando en el lóbulo anterior 2857, por gramo de tejido; en la parte posterior 11.904; y en la intermedia (lóbulo medio) 80.000 unidades.

La misma hormona ha sido empleada como test hipofisario dada su extraordinaria sensibilidad. Trendelenburg la considera de 1 por 6 millones.

Las reacciones de gravidez de Collin y Drouet (9), Konsuloff (24), Binet, Verne y Louxembourg (7) utilizando ranas y peces se basan en la descarga de hormona melanófora por la hipófisis durante la gestación.

Hay que agregar el éxito terapéutico en manos de Mussio Fournier y colaboradores (29, 30, 31, 32) del empleo de la hormona melanófora (intermedina) y de la ingestión de hipófisis fresca de vacuno en el tratamiento de las pigmentaciones de la cara y el vitiligo.

Lundstrom, Helen y Bard (26) realizaron en el tiburón la hipofisectomía y observaron que la piel se aclara; y que el hecho también se producía si se extirpaba el lóbulo posterior no así si se extirpaba el anterior. En los hipofisectomizados se conseguía oscurecer la piel inyectándoles extracto de lóbulo posterior. La luz en cambio, no modificaba el color.

Los trabajos de Roth (38) y los de Jores (23) parecen demostrar que en el hombre son las células basófilas, y de éstas las que están más hacia la parte anterior, las productoras de las hormonas melanóforas.

### **c) Relación del vitiligo y la hipófisis.**

El vitiligo se presenta en los síndromes hipofuncionales de la hipófisis como el adiposogenital, caquexia, enanismo, diabetes insípida y en la acromegalia cuando aparecen los síntomas hipofuncionales.

Cushing (10), Davidoff (11), Pende (35), hacen hincapié en que los acromegálicos son morenos, y Marañón (27) dice que nunca vió un acromegálico rubio y que en el síndrome adiposogenital la piel es muy blanca. Wolf (43) cree que la pigmentación del síndrome de Fröhlich es el resultado probable de la alteración primaria de la hipófisis o diencéfalo con deficiencia secundaria de las adrenales, y considera al vitiligo como hipopituitarismo. Bayer (6) observó una rata blanca entre

setenta oscuras, y en ella solamente, el examen de la hipófisis demostró la destrucción parasitaria del lóbulo medio.

Marañón, Richet, Sourel y Netter (27), en 1938, en un trabajo sobre la posible etiopatogenia hipofisaria del vitiligo, se refieren a la hormona descubierta en 1922 por Hogben y Winton (20, 21) extraída del extracto de lóbulo posterior, de la hipófisis, tallo pituitario y pared del ventrículo medio (intermedin) y a su acción pigmentaria sobre la piel decolorada de los batracios hipofisoprivos.

**d) Relación entre el ovario y los pigmentos cutáneos.**

El rol del ovario en la pigmentación de la piel está demostrado (A. Morel (28), aunque la foliculina no tiene acción cromógena, pero es posible que active el fermento que origina el pigmento de los melanóforos, sea actuando sobre el simpático (Pouchet (4), o excitando el lóbulo medio de la hipófisis que respondería con una descarga de “intermedina”.

Rocca (37), cree en base al éxito obtenido con la terapéutica foliculínica en las manchas de la cara de la mujer, que ésta actúa sobre la hipófisis inhibiendo la producción de hormona melanófora.

Jayle y Aubry (22), atribuyen a los trastornos ováricos la menor fertilidad de las mujeres portadoras de vitiligo.

**e) Relación entre la tiroides y el vitiligo.**

Mlle. Morel (28). piensa que el vitiligo gravídico esté condicionado por el hipertiroidismo, originado o agravado por él.

En cambio Delmás y Roger (12), describen un caso observado de vitiligo que atribuyen al hipotiroidismo.

Wolf (42), admite las dos posibilidades y en algunos casos lo condiciona a la enfermedad de Addison.

**f) Relación entre la hipófisis y la gestación.**

Pende (35), dice “... parece bien demostrada la importancia capital de la hipófisis tanto en el desarrollo generativo

(folículo en maduración y tejido seminífero), como en los fenómenos genitales cíclicos que preparan el cuerpo femenino y el útero para el anidamiento del huevo fecundado, la función de atracción sexual con la capa coloreada en la época de celo, la función de parto y de nacimiento del producto de la concepción y, finalmente, la secreción de la leche por las mamas para la nutrición del hijo.

En toda la compleja vida de regulación de la reproducción intervienen cinco hormonas segregadas por la hipófisis: la de maduración folicular y el estro, la luteinizante, la de la coloración de la piel en los animales inferiores, la del parto y la galactogoga''.

El mismo investigador encuentra hiperactividad del lóbulo medio en la gata grávida.

**g) Resultados obtenidos con el tratamiento hormonal en el vitiligo.**

No nos vamos a referir a los tratamientos muy conocidos y de eficacia tan relativa como el empleo del tiosulfato de sodio, cloruro de magnesio al 8 %, ácido p-aminobenzoico, específico luético, tinturas, etc.; nos ocuparemos del empleo de la terapéutica endócrina muy llena de promesa de acuerdo a lo manifestado por Mussio Fournier y su escuela.

Rocca (37), presenta observaciones de franco éxito, con inyecciones locales de foliculina, en manchas pigmentarias de la cara. Lo explica atribuyendo a la foliculina una acción inhibidora sobre la hormona melanófora de la hipófisis.

Mussio Fournier, Cervino y Conti (31), emplean en el tratamiento del vitiligo, la hormona melanófora por boca, intradérmica local y subcutánea; con resultados muy satisfactorios en el 72,7 % de los casos. Obtiene también buenos resultados en sitios alejados del lugar donde se ha inyectado intradérmicamente la hormona melanófora.

Mussio Fournier J. C., Conti O., y Laborde J. C. (32) consiguieron buen resultado con el transporte eléctrico de la hormona melanófora. Se empapa un disco de algodón con dos

ampollas de hipof-melanin, colocándolo sobre la mancha y sobre el mismo el electrodo positivo. Los mismos autores (30) en un caso de vitiligo del cuello aparecidos en coincidencia con los caracteres secundarios (niña de 12 años) emplearon hipófisis fresca de vacuno, administrándola durante 14 meses; constatóndose que el área acrómica se reduce a la mitad, y luego continuaron con el empleo de la hormona melanófora por vía intradérmica, 200 unidades semanales, durante 20 meses, en total 94 inyecciones. Así observaron cómo lo que resta acrómico se torna rosado y comienza a pigmentarse.

Mussio Fournier, Cerviño y Conti hacen las siguientes consideraciones respecto a sus primeros éxitos con la terapia hipofisaria, puede atribuirse: a) A regresión espontánea; b) acción irritativa de naturaleza refleja que actuaría sobre la pigmentación cutánea; c) acción específica de la hormona melanófora.

La primera hipótesis considerada debe ser desechada por el éxito del tratamiento; el segundo porque vió que mejoraba partes inyectadas de las alejadas; y descarta la acción de proteínoterapia inespecífica, por no contenerla el extracto empleado.

#### h) **Relación entre el vitiligo y la gestación.**

La agravación del vitiligo durante la puerperalidad es un hecho admitido.

Fruhinsholz (17) además de aceptar el hecho, lo atribuye a la intervención de la hipófisis.

Jayle y Aubry (22) sostienen que la fecundidad es menor en las mujeres con vitiligo genital que en aquellas que padecen vitiligo abdominal y lo vinculan a trastornos de origen ovárico.

Mlle. Morel (28), ha observado que las portadoras de vitiligo son moderadamente fértiles. Al referirse al embarazo como causa de aparición o agravación del vitiligo, anuncia tres hipótesis sobre el mecanismo de su intervención. a) Como factor responsable o gravante de una desindocrinia. b) Como reactivo de sífilis preexistente. c) Creando una intoxicación

favorable a la aparición del vitiligo. Pero Mlle. Morel (28) concluye insistiendo en el origen luético del vitiligo que la gestación agrava; y aun admitiendo la etiopatogenia endócrina, considera que éste es con frecuencia un estigma de heredolúes.

Argüelles Casals (2) que ha encontrado reacciones serológicas positivas en el 11 % de sus casos de vitiligo, le da gran valor al factor endócrino.

No pretendemos en este artículo referirnos a la tan mentada intervención de la sífilis en la etiología de vitiligo, por otra parte los dermatólogos tienen derechos adquiridos para hablar con mayor autoridad. Pero es indudable que la culpabilidad de las lúes ha disminuído y que se abre el capítulo de la endocrinología con el lóbulo medio de la hipófisis en su primera línea, con grandes posibilidades de explicarnos hechos como el presente, en que su presentación sugiere una vinculación patogénica entre el embarazo y el vitiligo a través de la hipófisis, así parece probarlo los halagadores resultados conseguidos por Mussio Fournier y colaboradores en el empleo de la hormona melanófora segregada por el lóbulo medio de la hipófisis (Hypofmelanin "Senac").

No pretendemos con este trabajo sacar conclusiones absolutas, pero sí deseamos llamar la atención sobre la desviación hacia la patogenia endócrina del vitiligo; lo que daría razón de ser a la denominación de "vitiligo gravídico", ligado a la suerte de la glándula pituitaria en la travesía de nueve meses del embarazo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Allen. — "Science". 1920, 52, 274.
2. Argüelles, Casals, D. — Algunas particularidades del vitiligo en Cuba. "Revista de Medicina Tropical y Parasitología, Bacteriología Clínica y Laboratorio. Habana", 1943, 9, 15.
3. Argüelles Casals, D. — Las lesiones mucosas del vitiligo. "Vida Nueva". La Habana. 1944, 54, 96.
4. Asvadourova Nina. — Recherches sur le formation de quelques cellules pigmentaires et de pigments. Arch. Anatomía. 1913, 15, 153.

5. *Atwell*. — “Science”. 1919, 49, 48.
6. *Bayer, G.* — Hipophyse und Chromatophorenreaktion “Endokrinologie”, 1930, 6, 249.
7. *Binet, L., Verne J. y Mlle. Luxembourg.* — Les mélanocytes de l'écaille du Poisson, Réactif u vitro pour le diagnostique Biologique que de la Grossesse. “Comp. Rend. Soc. Biol., París. 1934, 2, 1241.
9. *Collin, R. y Druet, P. L.* — Presence dans l'urine de certains malades d'un principe mélanóphoro-dilatateur. Son application come test de fonctionnement de l'hipophyse. “Rev. Franc. Endocrimol”, 1933, 11, 161.
10. *Cushing.* — Papers relating to the Pituitary Body. 1932, Illinois.
11. *Davidoff* (citado por Marañón, 26).
12. *Delmas y Roger.* — Vitiligo Gravidique par hypothyroidie. “Journ. Med. francais”, 1908.
13. *Dietel, H.* über *VorKommen.* — Wirkungsweise und Schicksal. “Archiv für Gynäkologie”. 1931, 144, 496.
14. *Eires, E. y Bottioli.* — Vitiligo gravídico, “Revista Argentina de Dermatosifilología”, 1940, 24, 98.
15. *Ehrardt, Küstner y Biehl* (citado por Dietel, 13).
16. *Escalona, E.* — “Vitiligo”, La prensa Médica Mexicana, 1944, 9, 15.
17. *Fruhinsolz* Syndrome hypophysaire et gestation. “Revue Med. de l'Est.”, 1922, mai 25.
18. *Saenz B., Grau Triana G., y Armentiercs A.* — Mal de Pinto en Cuba. “Arch. Dermat. y Syph., 1940, 41, 463.
19. *Houssay, B. y Ungar, I.* — Factores que regulan la pigmentación de la rana leptodactylus. “Revista de la Asociación Médica Argentina”, Soc. de Biol., 1925, 6, 5.
20. *Hogben y Winton.* — “Proceedings of the Royal Society of London”, 1922, 94, 151.
21. *Hogben y Winton.* — “Proceedings of the Royal Society of London”, 1922, 95, 151.
22. *Jayle y Aubry.* — Le vitiligo genital et abdominal chez la femme. “Rev. franc. Obstetrique et Gynecol., 1921, 16.
23. *Jores, A. und Lenssen.* — Ew Sind die Erythrophorenreaktion der Elbitze und die Melanophorenreaktion des Frosches identisch. “Endokrinologie”, 1933, 12, 90.
24. *Konsuloff* Schnellediagnose der Schwangerschaft Durch Die Melanophorenreaktion. “Klin Woch”, 1934, 1, 776.
25. *Liebertahl, E. P.* — Pinta in continental United States. Chicago “The Journ of the American Medical Association”, 1943, 123, 619.
26. *Lundstrom, Helen y Bard.* — “Biol Bull”, 1932, 1, 26.



27. *Marañón, G., Richet, Ch., Sourdel, M., y Netter, H.* — La posible patogenia hipofisaria del vitiligo y de los otros trastornos de la pigmentación huana. “*La Semana Médica*”, 1938, 45, 113.
28. *Morel, Antoinette.* — Contribution a l'étude du vitiligo. Rapports de cette Dyschromie avec la vie génitales de la femme, la puerperalité sonrout. “*Thèse*”, Nancy, 1936.
29. *Mussio, Fournier, J. C., Morato Manaro, J., y Fischer, J. T.* — “*Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo*”, 1936, 21, 8.
30. *Mussio Fournier, J. C., Cerviño, J. M. y Conti, O.* — Hormona melanotrópica y vitiligo. “*Archivos de la Clínica e Instituto de Endocrinología de Montevideo*, 1940, 42, 37.
31. *Mussio Fournier, J. C., Cerviño, J. M. y Conti O.* — Tratamiento del vitiligo con inyecciones locales de hormona melanófora. Dos nuevos casos. “*Archivos de la Clínica e Instituto de Endocrinología de Montevideo*”, 1940, 42, 199.
32. *Mussio Fournier, J. C., Piaggio Blanco, R. y Cerviño, J. M.* — Afecciones cutáneas y perturbaciones gonadales. “*Archivos de la Clínica e Instituto de endocrinología de Montevideo*”, 1940-1942, 2, 26.
- 32b *Mussio Fournier, J. C., Conti, O. y Laborde, J. C.* — “*Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.*”, 1940, 45, 493.
33. *Négre, M. L.* — Mophologie des pigmentophores de la peau des vertébrés et leurs rapports ave les cellules épidermiques. “*Men. Soc. Biol. París*”, 1906, 58, 26.
34. *Owen.* — Anatomy and Physiology of vertebrates. I volumen, 1868.
35. *Pende, N.* — Endocrinología. Milano, 1937, 1.
36. *Pouchet* (cit. Osvadourova, 4.).
37. *Rocca, F.* — Manchas pigmentarias de la cara curadas con foliculina en aplicación local o inyectable. “*Archivos de la Clínica e Instituto de Endocrinología de Montevideo*”, 1940-1942, 2, 48.
39. *Gamna.* — *Minerva Médica*. Año 1934, II, 553, 593.
40. *M. Sebastián Herrador y E. Romero Velazco.* — *Revista Clínica Española*, año 1942, tomo VI, N° 4, pág. 252.
38. *Roth.* — “*Central f. allg. Pathol. und pat Anat.*”, 1932, 54, 234.
39. *Sézary, A. y Duruy, A.* — Vitiligo “*Nouvelle Pratique Dermatologique*”, 1936, 5, 937.
40. *Speath.* (Cit. Mussio Fournier, 29).
41. *Vilter.* — “*Ann. de Ther. Biol.*”, París, 1935, 3, 522.
42. *Wolf, W.* — “*Endocrinología en la práctica moderna*”, 1943, 934.
43. *Zondek, B. und Krohn, H.* — Hormon der Zwischenlappens der Hypophyse (intermedin). “*Klin Woch*”, 1932, 1, 405.
44. *Zondek, B. und Krohn, H.* — Hormon der Zwischenlappens der Hypophyse (intermedin). Zur Chemie, Darstellung und Biologie des intermedins. “*Klin Woch*”, 1932, 2, 1293.

R E S U M E

*Vitiligo et grossesse.* — D. Taylor Gorostiaga.

L'auteur s'occupe de deux cas de vitiligo présentés pendant la grossesse. L'un d'eux est très intéressant par l'intensité atteinte par la dermatose.

Il met en rapport le vitiligo à l'action de l'hormone mélanophorique du lobe moyen de l'hypophyse et le rapporte avec les modifications endocrines qui apparaissent pendant la gestation.

L'auteur se rapporte à la moderne orientation thérapeutique selon les études du Mssio Fournier et son école; et il considère exacte la désignation, pour des observations comme celle-ci, de "vitiligo gravidique".

A B S T R A C T

*Vitiligo and pregnancy.* — D. Taylor Gorostiaga.

The author presents two cases of "vitiligo" during pregnancy. One of them is very interesting, on account of its intensity caused by dermatosis.

He reports "vitiligo" etiopathogenesis to the action of the melanofora hormone of the middle lobe of the hypophysis and he connects it with endocrine modifications in the pregnant woman.

He reports to the modern therapeutic orientation according to Mussio Fournier's studies and school; he considers convenient the definition for observations similar as that which he presents of "gravidic vitiligo".