

Influencia del arsenobensol sobre el carate

Tomado de la revista "Repertorio de Medicina y Cirugía", volumen V, número III de diciembre de 1913

Por el Doctor Rafael María Graiz del Chaparral

Va para tres años que apareció en el REPERTORIO DE MEDICINA Y CIRUGIA, tomo I, página 360, un razonado y concienzudo estudio sobre el carate; en dicha memoria se esfuerza su autor en describir las manchas, coloración y facies de ellas, en señalar los sitios de elección de esas mismas máculas sea que aquel sea reciente o crónico, en indicar que es parasitaria la afección y en pedir se le llame policromía contagiosa.

Los aspergillus, como muy bien lo dice, fueron descubiertos por nuestro ilustre compatriota el señor doctor D. Juan B. Montoya y Flórez, y según datos que he tomado LA PRACTICA MÉDICO QUIRÚRGICA ILUSTRADA, tomo II, página 153, he llegado a la verdadera certeza de que el policromismo del carate es debido a la diversa coloración de los hongos, cuando se expresa así: «Los cultivos (de los aspergillus) se obtienen a 30° sobre gelosa peptonizada al 4 por 100, dando hongos ya violetas, ya azules, ya negros etc., según la variedad del carate.»

En cuanto a la descripción clínica, clasificación, etiología y diagnóstico, estoy de acuerdo con el autor del artículo del REPERTORIO. Lamento, sí, separarme en el tratamiento.

En efecto, advierto allí una verdadera intoxicación (?) por el yoduro de sodio, el mercurio y el arsénico, tratamiento interno que divide en tres periodos que pueden repetirse hasta el infinito, o como él dice, «cuantas veces sea necesario.»

En mi práctica he empleado la tintura de yodo mitigada, en aplicación local, en los casos recientes, sin mayores ventajas.

La tintura por su acción antiséptica disminuye la pululación de los hongos, facilita la descamación y quizá evite el contacto con la luz, a la cual tanto temen otros.

Al interior creo debe administrarse el mercurio y el arsenobenzol combinados.

Hé aquí dos observaciones que dan alguna luz sobre el particular:

1.a N.N., hombre de treinta y dos años, atacado de tabes dorsalis. Presenta máculas de policromía contagiosa, diseminadas en todo el cuerpo; hipercrómicas en el tórax, miembros y espaldas, con descamaciones en las regiones expuestas a repetidos frotos: codos, nalgas y rodillas.

Con ocasión de sus antecedentes específicos y de que las manifestaciones tabéticas del periodo de estado, es decir, las alteraciones de sensibilidad y motilidad progresaban, ensayé el tratamiento mercurial bajo forma de inyecciones de 0,02 centigramos diarios de biyoduro de hidrargirio por diez días, época en la cual sobrevino una estomatitis por eliminación de esta droga, que me obligó a suspender la medicación.

Después de dos meses vi nuevamente al enfermo y encontré que las alteraciones tabéticas no habían

cedido en grado alguno, pero que el carate había perdido todo su dominio en la persona de este paciente.

2.a R.N., mujer, quince años de edad. Se presentó a mi consulta el doce de abril del presente año, con ocasión de su primera manifestación específica.

Presentaba además una serie de manchas policromas; hipercrómicas en las partes descubiertas: en la mano izquierda y en los pies tenía escamas imbricadas superpuestas que le daban un aspecto repugnante.

Al día siguiente, previa administración de un purgante salino la víspera, le apliqué una inyección intravenosa de 606, 0,30 centigramos, y el resto se le incorporó a la lanolina para que se hiciera aplicaciones externas sobre el chancro vulvar. Este curó rápidamente. Al carate se le miró con indiferencia.

Tres meses después se presentí en mi consultorio nuevamente para manifestarme que estaba muy satisfecha porque su carate había desaparecido.

En efecto, no le queda más señal que una pequeña mancha, bastante pálida, sobre el pómulo izquierdo, que creo ceda a una corta cura hidrargírica.

Debido a los resultados que he obtenido en estos casos y otros muchos con solo el tratamiento local, puedo decir:

1.o. *Que la tintura de yodo mitigada, en aplicación externa, podrá dar resultados más como anti-séptico que como antídoto del carate.*

2.o. *Que el mercurio, en inyecciones, por pequeños periodos, da buenos resultados.*

3.o. *Que el Arsenobenzol en inyección intravenosa puede ser el específico del carate, y*

4.o. *Que por ahora deben emplearse arsenobenzol y mercurio combinados mientras nuevos tratamientos perfeccionen la materia.*

COMENTARIO

Edgar Olmos, MD *

En el *Repertorio de Medicina y Cirugía* el doctor Rafael María Grazt de Chaparral, Tolima, comenta que la enfermedad llamada carate es producida por aspergillus y fue descubierta por el doctor Juan B. Montoya y Flores. Hongo policrómico que produce varios colores y recomienda tratamiento con arsenobenzol. El entonces director de la revista «*Repertorio de Medicina y Cirugía*» estuvo de acuerdo en la descripción clínica, clasificación, etiología y diagnóstico, pero se separa del concepto del autor en el tratamiento, recomendando mercurio en inyecciones y la tintura de yodo en forma tópica.

El libro de dermatología del profesor J. Darien, jefe de dermatología del Hospital San Luis de París publicado en 1928, llama al carate como mal de pinto considerándolo como una epidermomicosis que aparece en

la América tropical: Colombia, Venezuela, Brasil y Cuba. Descrita por el doctor Alibert, esta enfermedad se caracteriza por grandes manchas que toman cara y cuello, existiendo variedades rojas, amarillas, violetas, negras y blancas. Todas van a terminar en color blanco con olor fétido. Es importante recalcar que el famoso dermatólogo francés habla del médico colombiano Montoya y Florez que culpa al hongo aspergillus y otros tipos de hongos como monilia, trichophyton y epidermophyton.

En 1879 los doctores Josué Gómez y Juan Bautista Montoya y Flores en sus tesis de grado comentaron la enfermedad. El sabio Mutis describió la afección como si fuera un tipo de lepra; el doctor Manuel Plata Azuero decía que era una enfermedad parasitaria y el padre Juan Rivero en 1720 en pacientes de la Sierra Nevada del Cocuy, decía que era una enfermedad sucia y asquerosa igual que la lepra, con manchas azules y blancas que da horror al verlos, llamada por los indígenas «Purururu».

* Jefe del Servicio de Dermatología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José.

El agente causal del carate fue identificado en Cuba en 1938 por los doctores Saenz-Triana y Armenteros. Es el *treponema carateum*. Quiero resaltar la importancia del doctor Rafael Grazt de Chaparral, Tolima, al escribir y publicar en la revista más importante de la medicina en esa época y la importancia del doctor Montoya y Flores que pensó en la aspergilosis como agente casual. Hoy se sabe que el carate es una infección producida por el *treponema carateum* siendo una enfermedad endémica no venérea con tres fases:

Etapa primaria: siete a diez días después de la inoculación, que comienza con una pápula roja que en dos

meses se convierte en placa eritematosa. Reacción de Wasserman positiva.

Etapa secundaria: después de cinco meses de infección, las placas eritematosas se vuelven escamosas semejando a una psoriasis.

Etapa tardía discrónimica: desaparecen las coloraciones iniciales y deja manchas despigmentadas parecidas al vitiligo. Su etiología es una espiroqueta de la familia del *treponema carateum* y su transmisión es desconocida. El tratamiento de elección es la penicilina benzatímica (dos millones cuatrocientas mil unidades).

