



N.º 2877

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

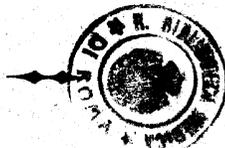
# PSORIASIS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ENRIQUE GUATELLI



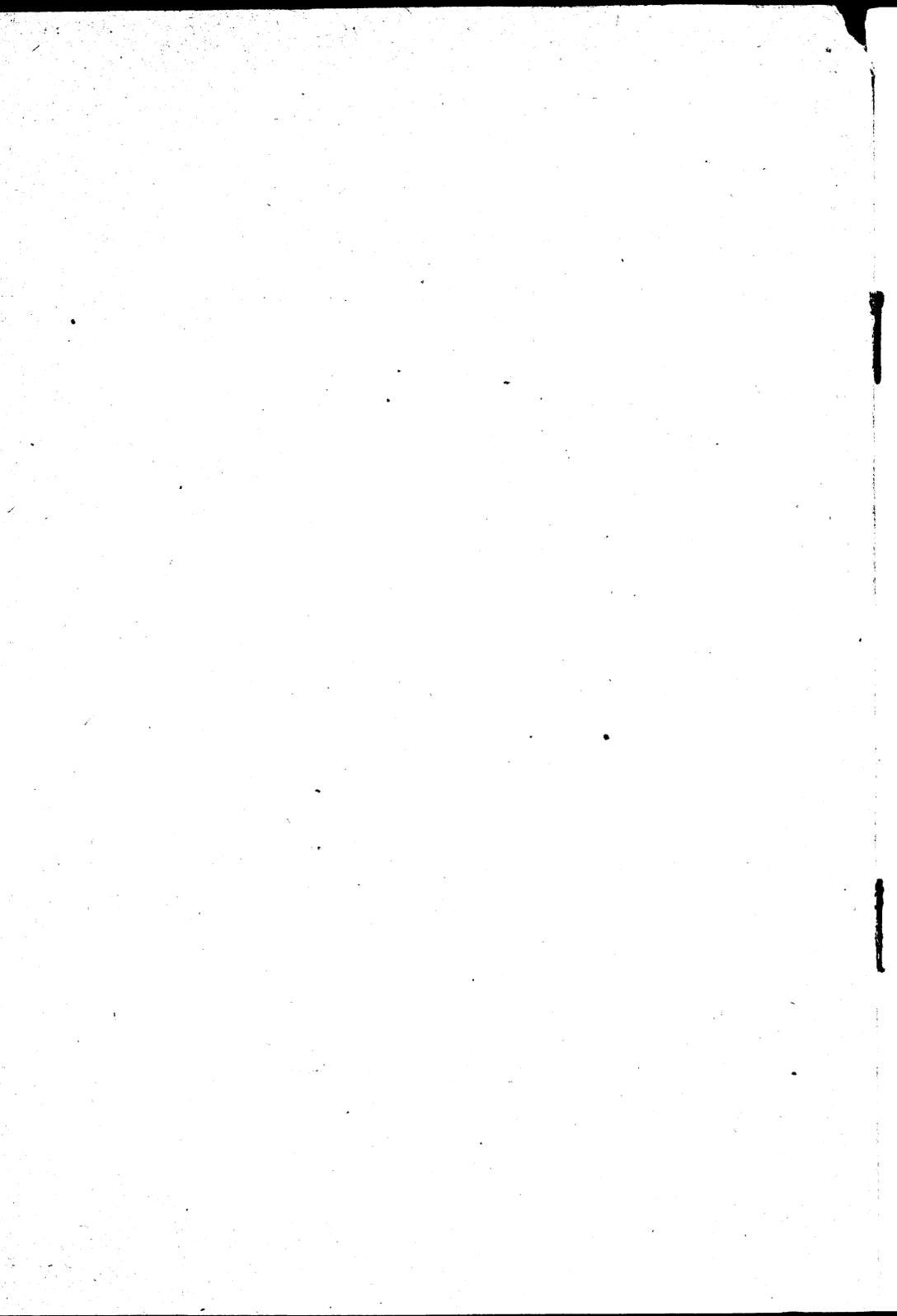
BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

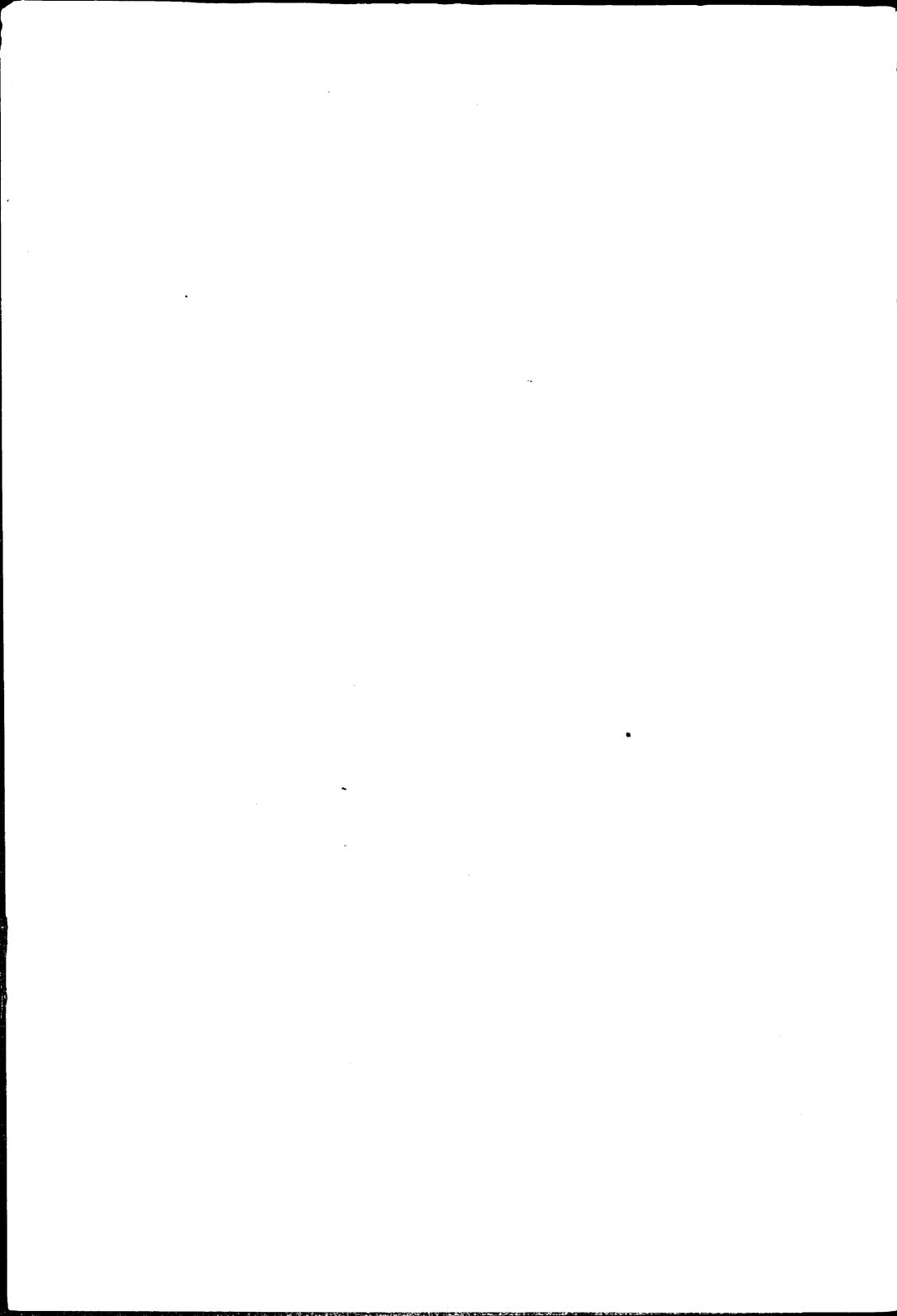
845 - Junín - 863

1914

*Min. B. 4519*



PSORIASIS



Año 1914

N.º 2877

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# PSORIASIS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ENRIQUE GUATELLI



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 — Junín — 863

1914

La Facultad no se hace solidaria de las  
opiniones vertidas en las tesis.

*Artículo 162 del R. de la F*

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Presidente

DR. D. LUIS GÜEMES

### Vice-Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

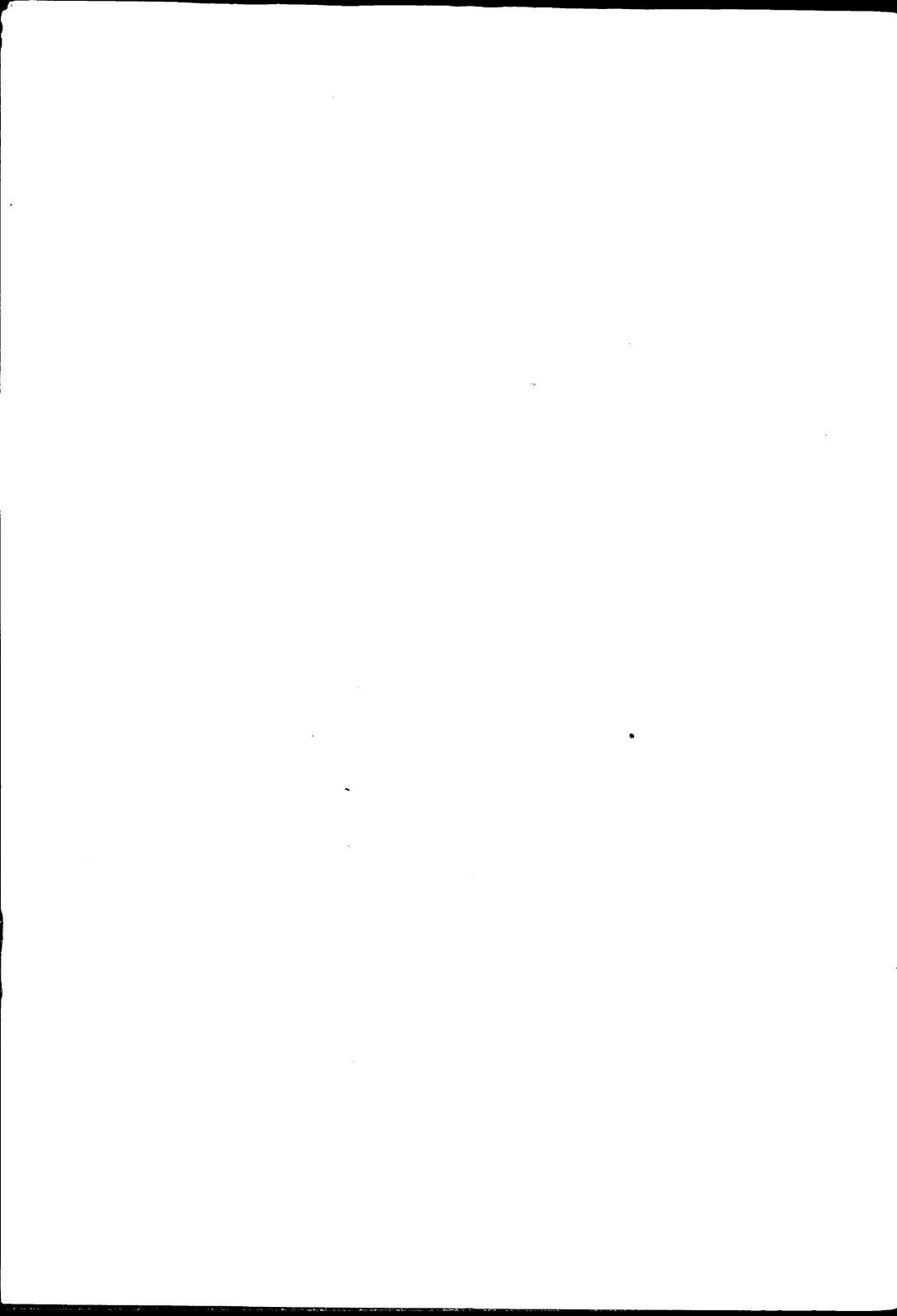
### Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » EUFEMIO URALLES
3. » » PEDRO N. ARATA
4. » » ROBERTO WERNICKE
5. » » PEDRO LAGLEYZE
6. » » JOSÉ PENNA
7. » » LUIS GÜEMES
8. » » ELISEO CANTÓN
9. » » ENRIQUE BAZTERRICA
10. » » ANTONIO C. GANDOLFO
11. » » DANIEL J. CRANWELL
12. » » HORACIO G. PIÑERO
13. » » JUAN A. BOERI
14. » » ANGEL GALLARDO
15. » » CARLOS MALBRAN
16. » » M. HERRERA VEGAS
17. » » ANGEL M. CENTENO
18. » » DIÓGENES DECOUD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » FRANCISCO A. SICARDI
21. » » DESIDERIO F. DAVEL
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO

### Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

» » G. ARAOZ ALFARO



# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

## ACADEMIA DE MEDICINA

### **Miembros Honorarios**

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

## **Decano**

DR. D. LUIS GÜEMES

## **Vice Decano**

DR. D. PEDRO LACAVERA

## **Consejeros**

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)

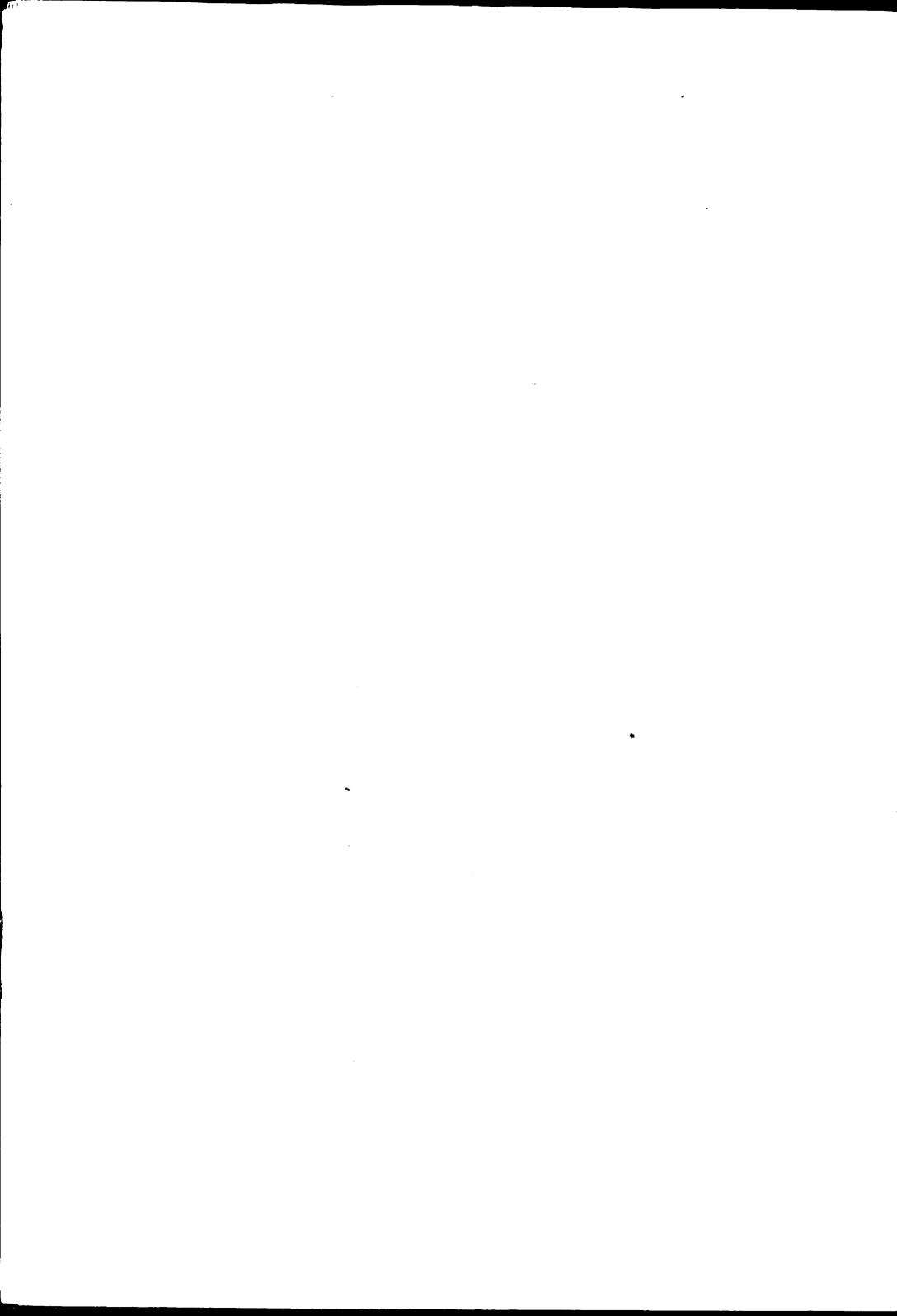
- » » FRANCISCO SICARDI
- » » TELÉMAGO SUSINI
- » » NICASIO ETCHEPAREBORDA
- » » EDUARDO OBEJERO
- » » LUIS GÜEMES
- » » ENRIQUE BAZTERRICA
- » » JUAN A. BOERI (suplente)
- » » ENRIQUE ZÁRATE
- » » PEDRO LACAVERA
- » » ELISEO CANTÓN
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » DOMINGO CABRED
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » JOSÉ ARCE
- » » ABEL AYERZA

## **Secretarios**

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)

---



# ESCUELA DE MEDICINA

---

## PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

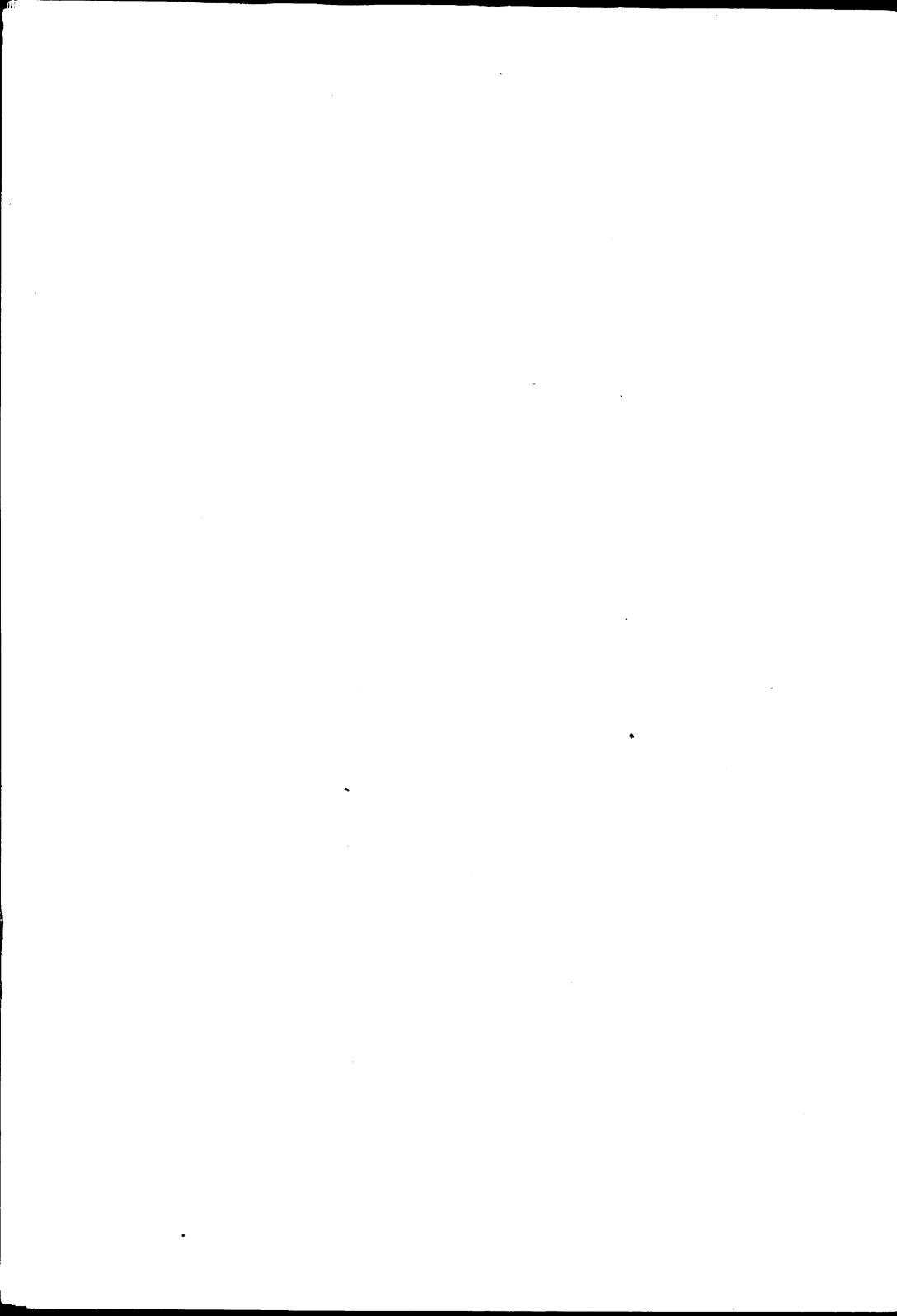
» J. T. BACA

» J. Z. ARCE

» P. N. ARATA

» F. DE VEYGA

» ELISEO CANTÓN



## ESCUELA DE MEDICINA

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos Titulares</b>
Zoología Médica .....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica .....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva .....	» RICARDO S. GÓMEZ
	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU (interino)
	» JOSÉ ARCE (interino)
Química Médica .....	» ATANASIO QUIROGA
Histología .....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica .....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana .....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología .....	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica .....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada ...	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica .....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica .....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapia .....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa .....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria .....	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica .	» BALDOMERO SOMMER
	» Génito-urinarias .....
Toxicología Experimental .....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica .....	» JOSÉ PENNA
	» Oto-rino-laringológica .....
Patología Interna .....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica .....	» PASCUAL PALMA
	» Oftalmológica .....
» Quirúrgica .....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica .....	» LUIS GÜEMES
» Médica .....	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica .....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica .....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica .....	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO VIÑAS
» Neurológica .....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica .....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica .....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica .....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica .....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal .....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica .....	» ENRIQUE BAZTERRICA



## PROFESORES EXTRAORDINARIOS

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos extraordinarios</b>
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GRENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	} JUAN CARLOS DELFINO » LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermatog. Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	} JOSÉ R. SEMPRUN » MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	
	» JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA

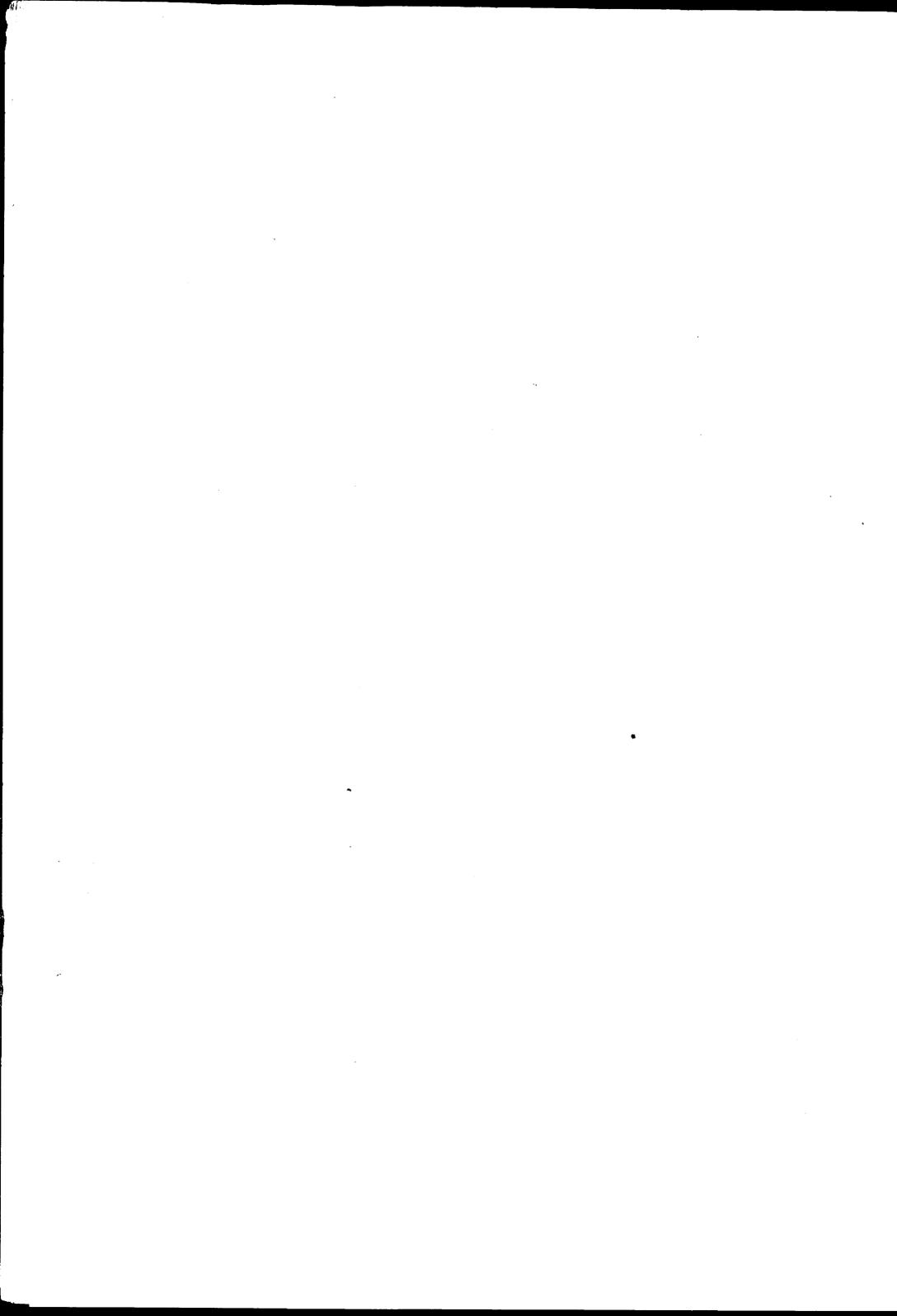


## ESCUELA DE MEDICINA

### Asignaturas

### Catedráticos sustitutos

Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU (en ejer.)
Zoología médica.....	» GUILLERMO SEEBER
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Fisiología general y humana..	» FRANK L. SOLER
Higiene Médica.....	» FELIPE JUSTO
	» MANUEL V. CARBONELL
Semiología.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Topográfica.....	» CARLOS R. CIRIO
Anat. Patológica.....	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Materia Médica y Terapia....	» JOSÉ MORENO
Medicina Operatoria.....	» PEDRO CHUTRO
Patología externa.....	» CARLOS ROBERTSON
Clinica Dermat. <sup>a</sup> Sifilográfica.	» NICOLÁS V. GRECO
	» PEDRO L. BALIÑA
» Génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
	» JOAQUIN NIN POSADAS
Clinica Epidemiológica.....	» FERNANDO R. TORRES
Patología interna.....	» PEDRO LABAQUI
	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
Clinica Oftalmológica.....	» ENRIQUE DEMARIA
	» ADOLFO NOCETI
» oto-rino-laringológica..	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE (en ejetc.)
» Quirúrgica.....	» ARMANDO MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» ROBERTO SOLÉ
	» LUIS AGOTE
	» JUAN JOSÉ VITÓN
» Médica.....	» PABLO MORSALINE
	» RAFAEL BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» M. R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» MANUEL A. SANTAS
» Pediátrica.....	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» JAIME SALVADOR
» Ginecológica.....	» TORIBIO PICCARDO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ (en ejerc.)
	» ALBERTO PERALTA RAMOS »
» Obstétrica.....	» FAUSTINO J. TRONGÉ
	» JUAN B. GONZALEZ
	» JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
Medicina Legal.....	» JOAQUIN V. GNECCO



## ESCUELA DE FARMACIA

---

### Asignaturas

### Catedráticos titulares

Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica.....	JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

### Asignaturas

### Catedráticos sustitutos

Técnica farmacéutica.....	» PASCUAL CORTI
	» RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas .....	DR. OSCAR MIALOCK (en ejerc.)
Física farmacéutica.....	» TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica .....	» PEDRO J. MÉSIGOS
Química analítica .....	» JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica.....	» ANGEL SABATINI



## ESCUELA DE PARTERAS

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. MIGUEL ZULO'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	
	DR. FANOR VELARDE

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	
	> J. C. LLAMES MASSINI

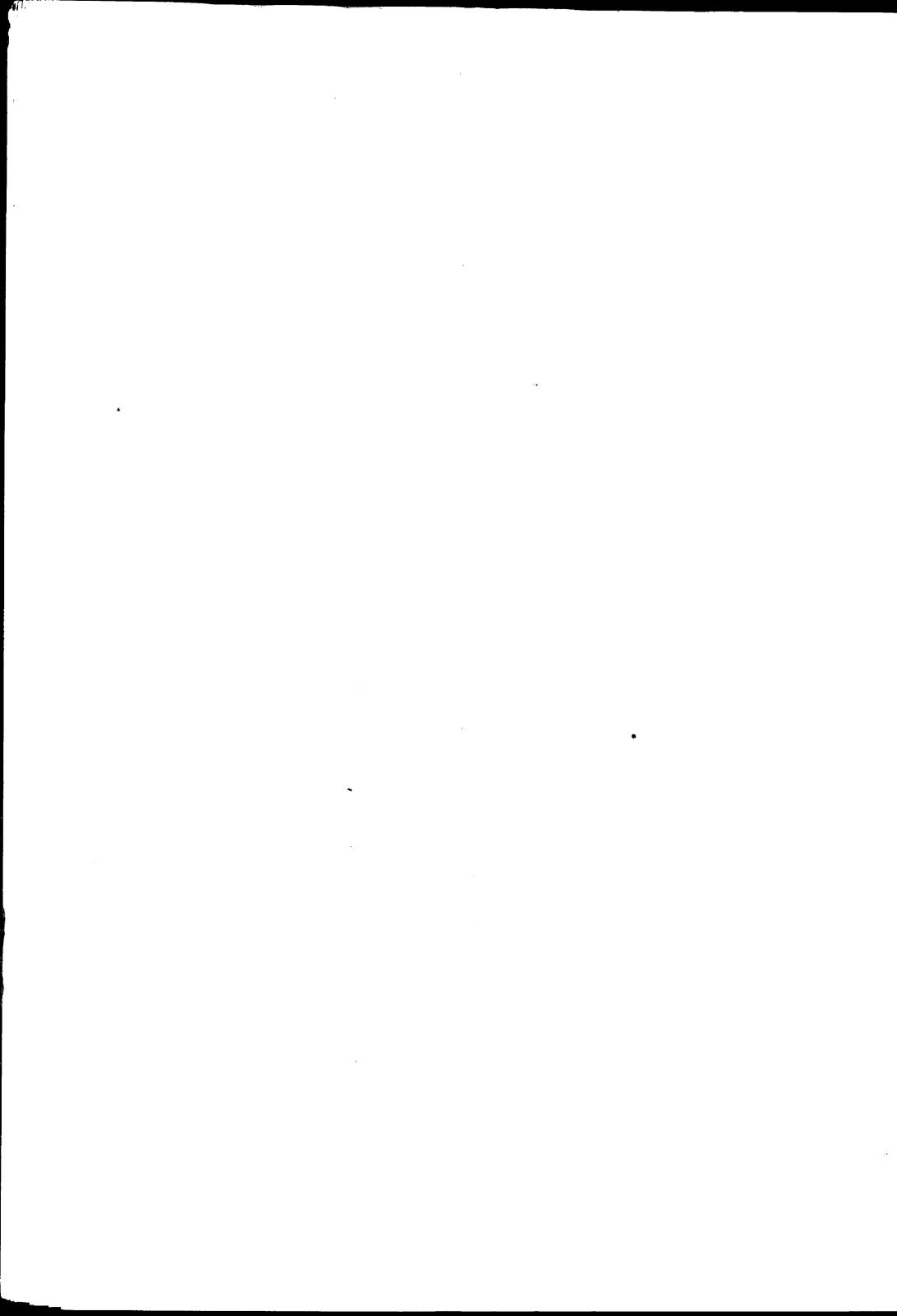
## ESCUELA DE ODONTOLOGIA

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
1 <sup>er</sup> año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 <sup>o</sup> año.....	> LEON PEREYRA
3 <sup>er</sup> año.....	> N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO GUARDO

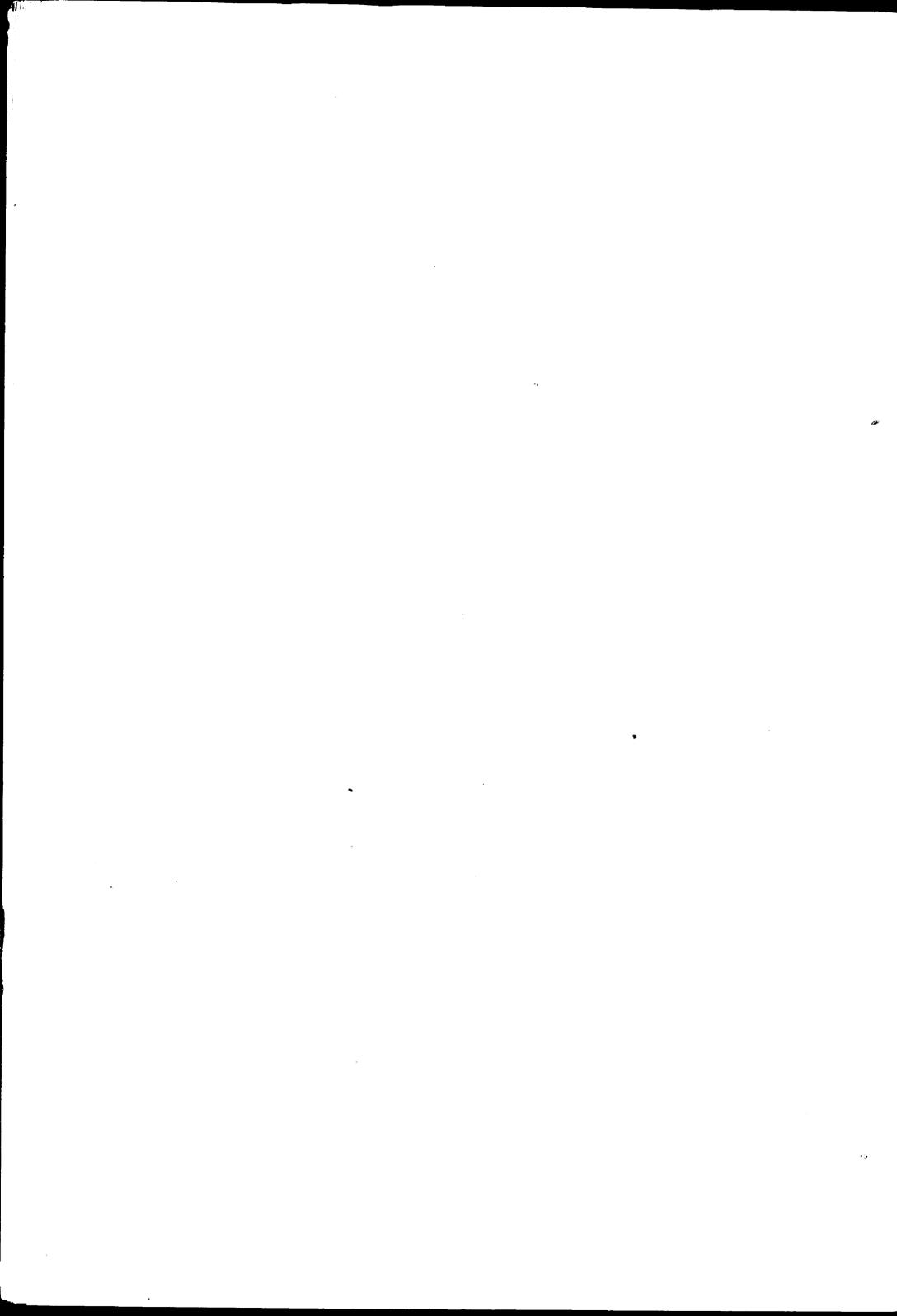
**Asignaturas: Catedrático sustituto**

DR. ALEJANDRO CABANNE

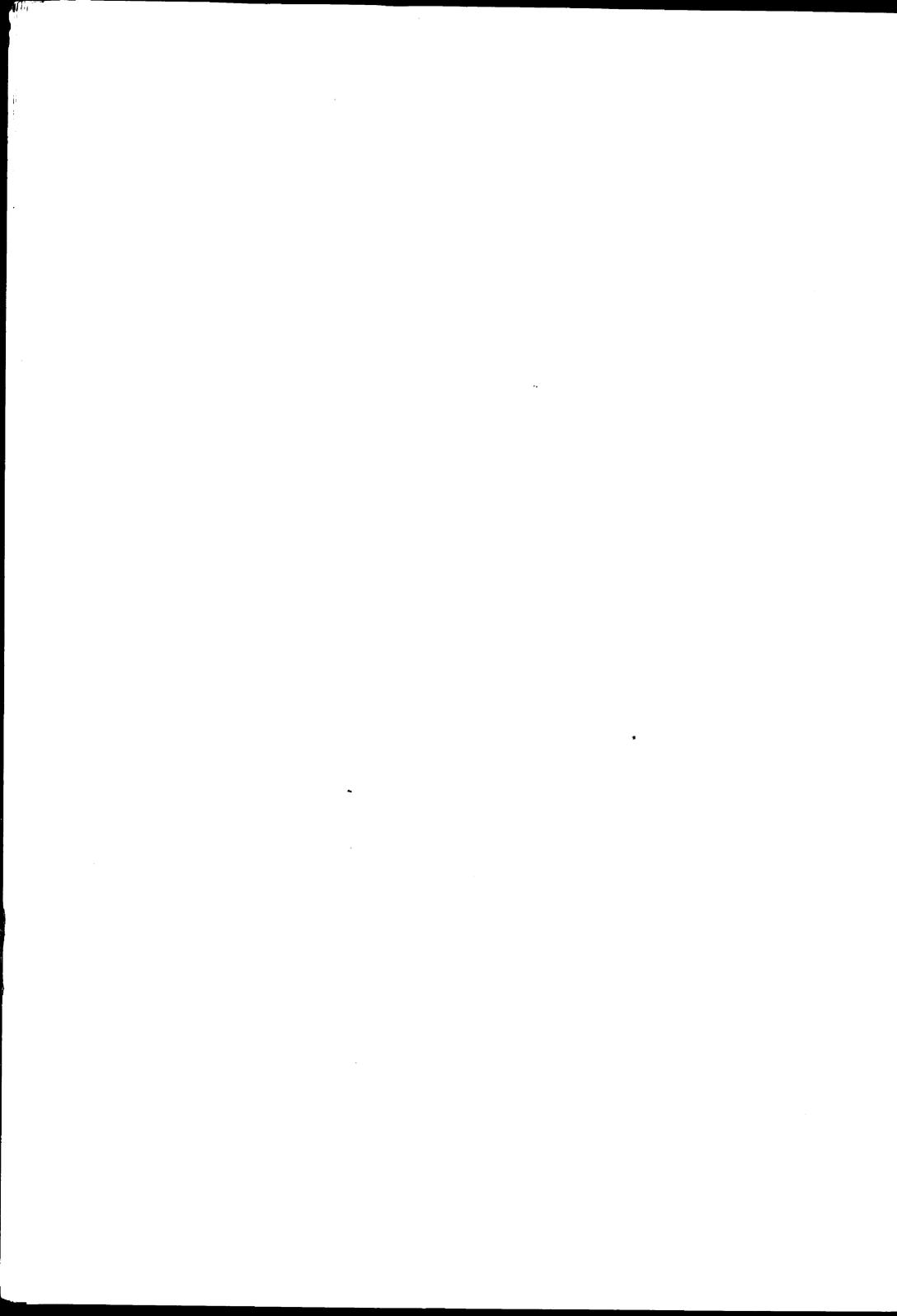


PADRINO DE TESIS

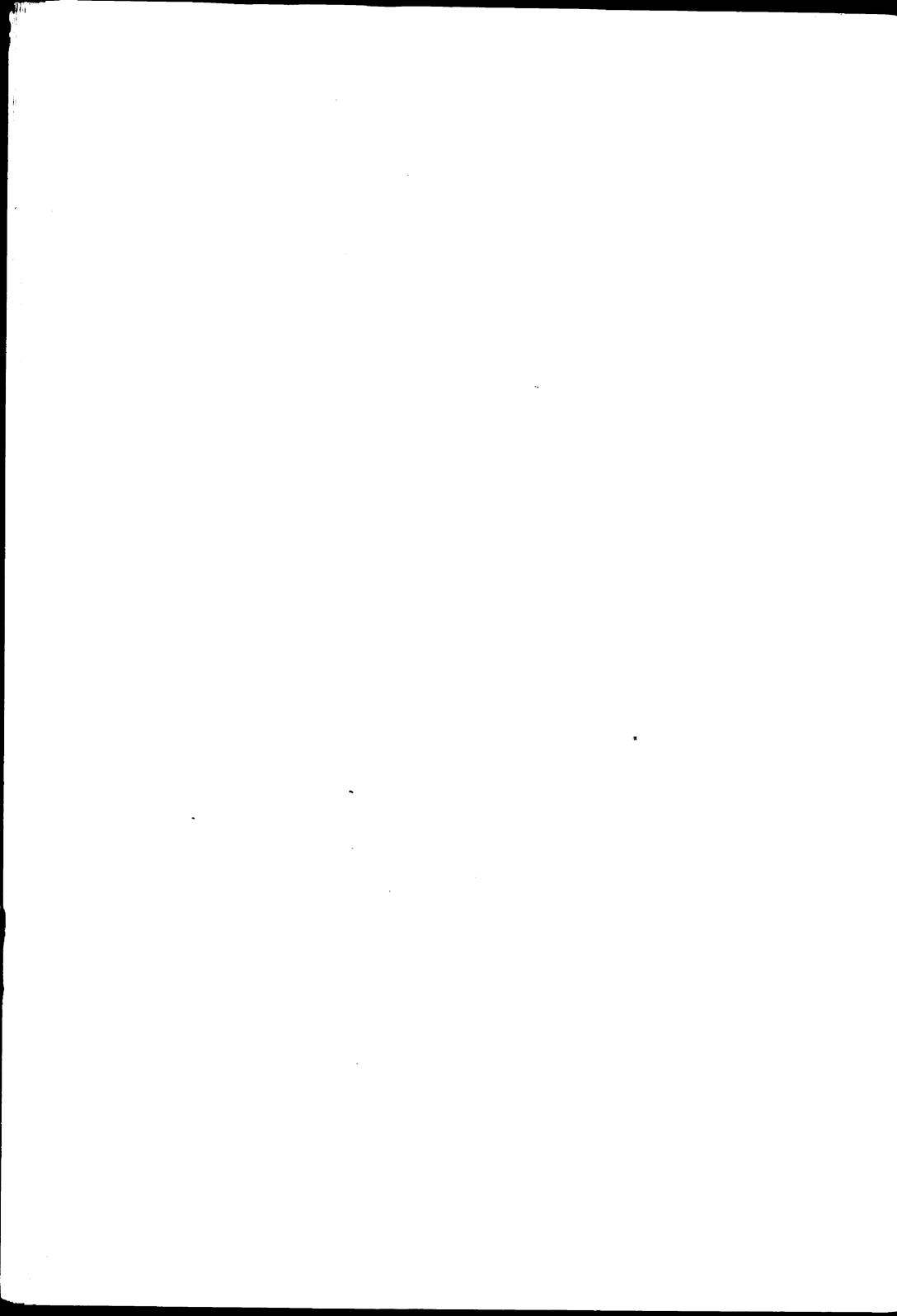
Doctor BALDOMERO SOMMER



A LA MEMORIA DE MIS PADRES

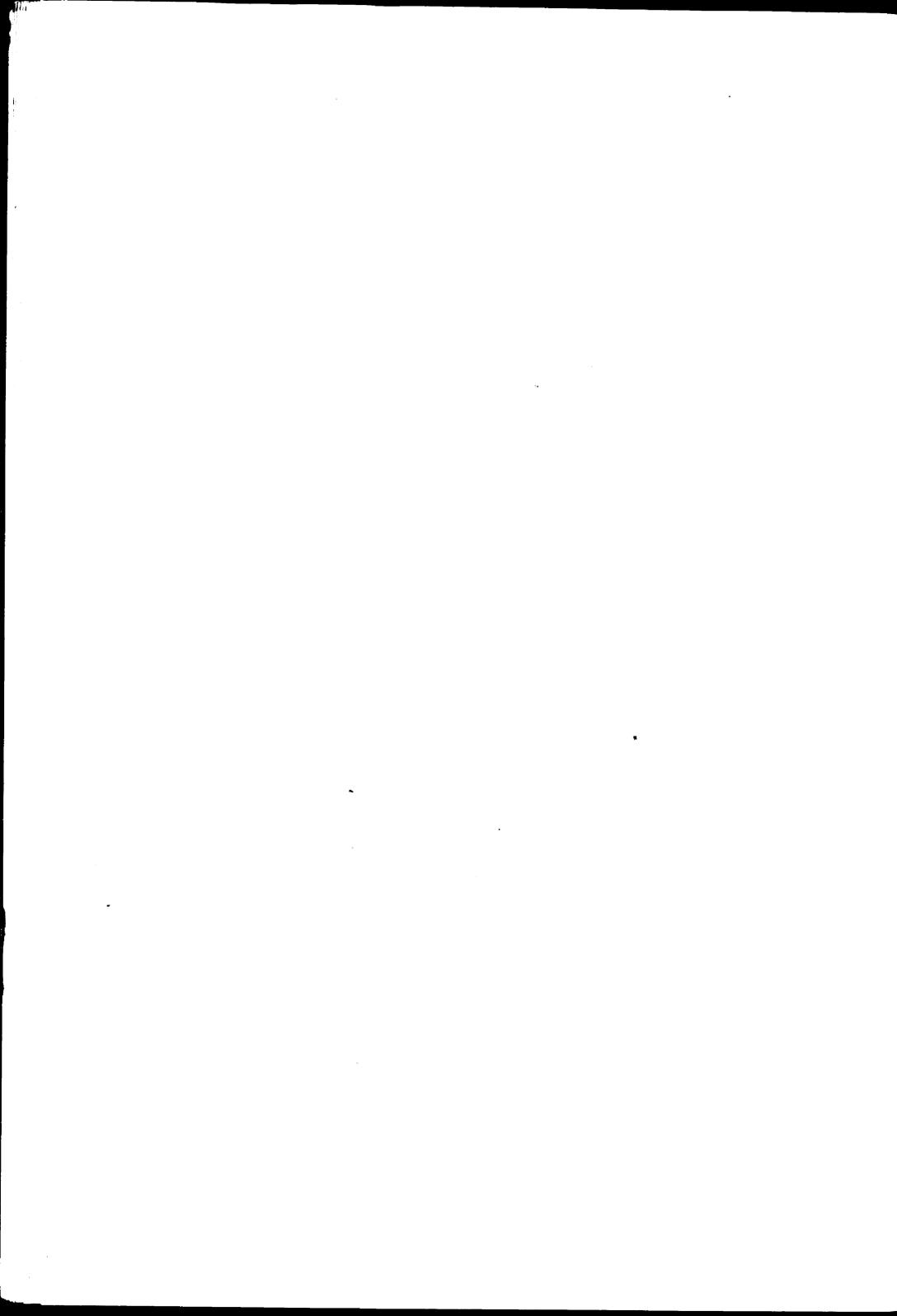


A MIS HERMANOS



A MIS SOBRINOS

A MIS AMIGOS



SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Elevo á vuestro esclarecido criterio, esta modesta «Contribución al estudio del tratamiento de la psoriasis», como prueba final, reglamentaria, para optar al doctorado en medicina.

He creído que, agregar á ese capítulo aún muy oscuro de la dermatología, algunas observaciones personales que por sí solas constituyen la base de la tesis, resultaría interesante y útil á la especialidad; interesante, porque es un tema que á fuer de ser antiguo es siempre nuevo por los múltiples aspectos que ofrece á la investigación, y útil porque satisface uno de los fines primordiales de la ciencia médica: la curación ó alivio de los males que afligen á la humanidad.

Aunque la psoriasis ha sido clasificada como una der-

matosis superficial, y, como casi todas las enfermedades de esa especialidad, no constituye una amenaza para la vida del enfermo, no deja de preocupar seriamente á los que la padecen, cuando no ocasiona, como sucede en los neurópatas y en los etílicos, graves perturbaciones.

Pero bastaría el sufrimiento psíquico, en forma de preocupación constante, que he observado en muchos atacados de psoriasis, cuyos caracteres de cronicidad é incurabilidad no ignoran los pacientes, para justificar el tema de esta tesis y cuantos esfuerzos se hagan en ese sentido.

Séame permitido al abandonar estas aulas, expresar al doctor Baldomero Sommer, mi gratitud por el alto honor que me dispensa con su apoyo moral como padrino de tesis.

Al Dr. J. Torres Zárata, del Hospital Francés, bajo cuya dirección realicé mis observaciones, mi más íntimo reconocimiento.

---

## HISTORIA

Galeno, fué el primero que empleó la palabra psoriasis para designar un estado escamoso de los párpados y del escroto.

En el siglo XV, Paul d'Egine la llamó psora y se confundía con la lepra.

En el siglo XIX, Willan usa la palabra psoriasis para designar una dermatosis diferente de la lepra.

Alibert, que se puede considerar como el verdadero fundador de la dermatología francesa, ha descrito la psoriasis en el grupo de las dermatosis con dos variedades que son: el herpes furfuráceo y el herpes escamoso liquenoide.

Cazenave, comprobó la psoriasis alternando con el reumatismo. Los excesos y afecciones morales, según este autor, eran capaces de provocarla.

Bazin, clasifica la psoriasis en el grupo de las enfermedades herpéticas, donde la causa es hereditaria y formando parte de un grupo de enfermedades que se reemplazan mutuamente: las diátesis.

Gaucher, sostenedor de la diátesis, ha dicho que la economía no es solamente obstaculizada por la penetración de agentes externos, sino también por productos de desasimilación cuando se desvían de su tipo normal ó su eliminación es imperfecta é insuficiente. Es esta una autointoxicación general del organismo que constituyen las diátesis.

Desde el punto de vista fisiológico las glándulas cutáneas y las glándulas renales son órganos del mismo orden; cuando están enfermos todos los órganos de la economía pueden ser perturbados en su funcionamiento de las materias extractivas azoadas; lo cual nos permite explicar las frecuentes metástasis en las enfermedades de la piel.

Tenneson, funda la etiología de la psoriasis en una malformación embrionaria de la piel y del sistema nervioso central.

Todos los médicos admiten la malformación del esqueleto, de los centros nerviosos y de la piel. La dermatosis es para Tenneson la expresión de una malformación del sistema nervioso. En los enfermos de psoriasis se encuen-

tran frecuentemente artropatías, artralgias, trofoneurosis, etc.

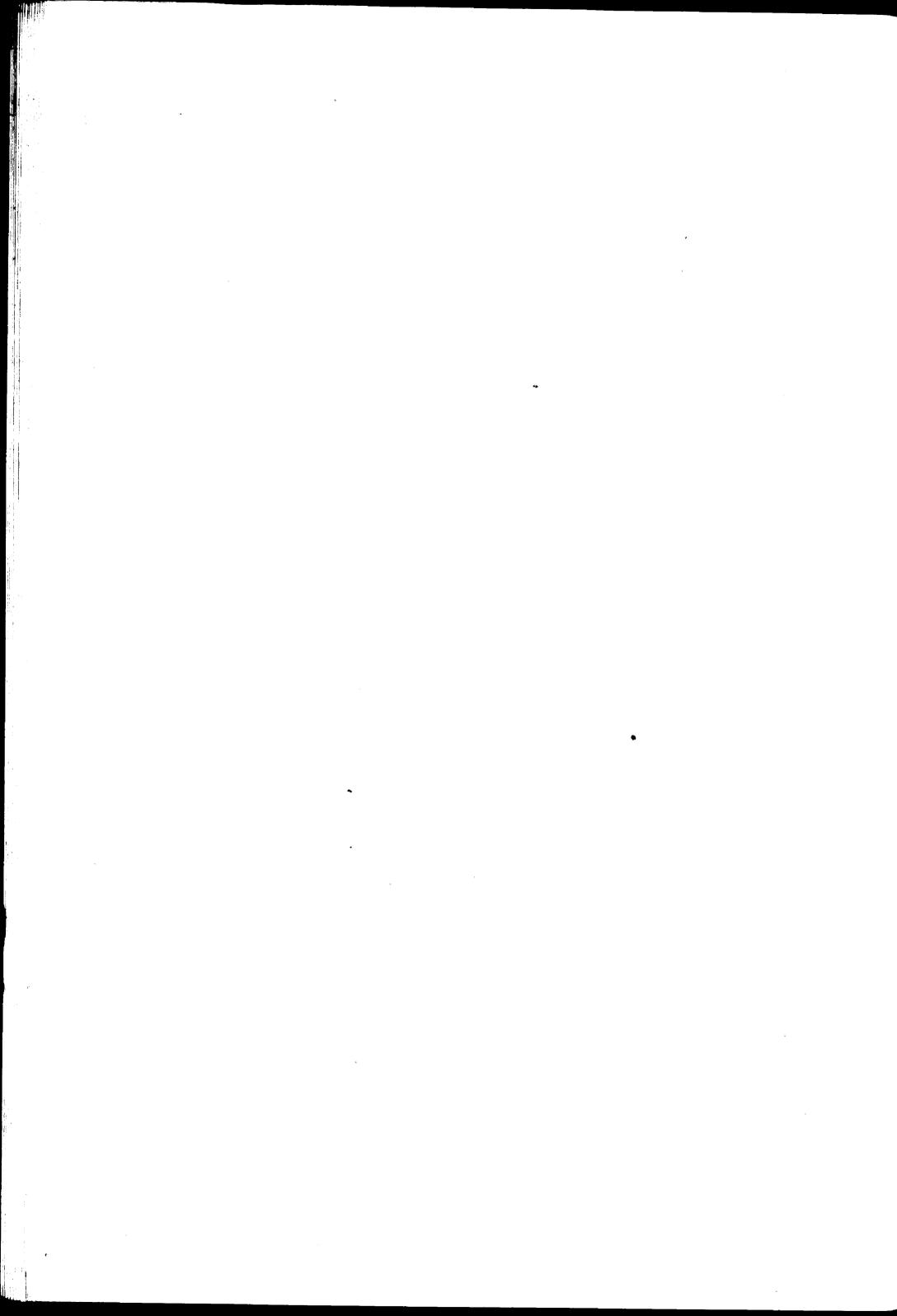
Los primeros dermatólogos habían hecho de la psoriasis una enfermedad local, y algunos la consideraron como resultado de la acción de un parásito.

E. Lang, el año 1878 ha descrito un hongo que designó con el nombre de epidermidophiton como agente provocador de la psoriasis.

M. Brocq, ha investigado los diferentes coeficientes urológicos sin lograr establecer una fórmula urinaria característica de la psoriasis.

Aunque es verdad que los pacientes afectados de esta dermatosis presentan una desviación nutritiva que puede variar según los casos.

---



## ETIOLOGÍA

Es notorio que la ciencia no ha logrado aún determinar el agente ó causa de la afección cutánea denominada psoriasis, y, á pesar de la preferente atención que los dermatólogos le prestaron y le prestan, auxiliados por sus múltiples medios de investigación, debemos confesar con sentimiento que aún vivimos en el siglo de Willan.

La psoriasis es una afección de la piel, muy molesta para el paciente, por la ineficacia de los distintos tratamientos que se han puesto en uso.

Es una enfermedad de todas las edades, ataca más frecuentemente á los adultos, que á los niños; sin embargo no todos los autores están conformes con relación al factor de la edad, algunos lo niegan diciendo que la psoriasis es tan frecuente en los adultos, como en la niñez.

La herencia parece jugar un rol importante en la transmisión de esta enfermedad, si bien es cierto que muchas

veces no es posible constatar su existencia porque el paciente ignora los antecedentes de sus antepasados.

Hay dermatólogos que niegan en absoluto el papel que la herencia puede desempeñar en esta enfermedad.

Algunos autores han creído encontrar hechos de contagio; existen en verdad un cierto número de observaciones, que se dicen fidedignas; pero puede decirse sin titubear que ninguna es satisfactoria.

Unna, ha descripto un caso, de tres niños, de una familia, que se contagiaron á consecuencia de haber ingresado una sirvienta que padecía de psoriasis.

En el caso descripto por G. Janvier, en favor del contagio en dos cónyuges, la psoriasis del marido databa de la edad de ocho años; los dos dormían en el mismo lecho. El marido tuvo un nuevo ataque y varios meses más tarde la mujer presentó anchas placas de psoriasis en el codo y en la rodilla.

Algunos autores creyeron que se trataba de una enfermedad infecciosa, pero por los microorganismos que se hallaron se ha podido demostrar que nada tenían que ver con la psoriasis.

La teoría parasitaria está fundada en los trabajos de Eduardo Lang, quien en el año 1879 descubrió elementos fungoides en las eflorescencias de la psoriasis.

Empleó una técnica especial para descubrir esta va-

riedad de hongo al que designó con el nombre de epidermidophiton, y sostuvo que era el agente productor de esta enfermedad.

En apoyo de esta teoría, se citan las experiencias de las inoculaciones, que han tenido más méritos que los casos dudosos de contagios.

Lassar, ha obtenido en el conejo friccionando la piel, previamente afeitada, con escamas de psoriasis, una erupción análoga.

Hallopeau, cita la experiencia de Destot, quién se inoculó en el brazo derecho un fragmento de una placa de psoriasis; al segundo y tercer día aparecieron pápulas en la región del codo; y, ocho días más tarde, se cubrieron de escamas furfuráceas típicas.

De ser exactas estas experiencias darían un argumento decisivo en favor de la teoría parasitaria.

Pero debemos decir que no conocemos la etiología de la psoriasis y, los medios de que disponemos para investigarla, han quedado hasta hoy puramente empíricos; son casi los mismos que eran al principio del siglo último.

La figuración de la psoriasis, sus manchas escamosas, redondas, que se ensanchan excéntricamente mientras que su centro se cura, algunas veces espontáneamente, esta figuración, ha podido hacer creer á los dermatólogos el origen parasitario de esta enfermedad.

Es necesario decir que la anatomía patológica de sus lesiones podría apoyar un poco esta opinión, pues la escama costra de la psoriasis está constituída por una série de sufusiones leucocitarias entre estratificaciones de epidermis keratenizado. Pero nada de esto ha venido hasta el presente á apoyar esta hipótesis.

---

## DEFINICION Y PATOGENIA

La psoriasis es una dermatosis de la piel, generalmente crónica, caracterizada por la producción de pápulas que tienen en su superficie numerosas escamas brillantes, de dimensiones variables; éstas se desprenden fácilmente por el raspado.

Muchas son las formas de psoriasis: existe la psoriasis guttata, numular, anular, serpiginosa, geográfica, estriada, verrugosa ú ostrácea, etc.

En cuanto á su localización ella tiene preferencia por los sitios donde hay roces, como ser el codo y la rodilla. Existe también en el cuero cabelludo, y puede extenderse á todo el cuerpo.

Existen además síntomas subjetivos tales como: el insomnio, prurito, dolores articulares, reumatismales, etc.

Mucho tiempo hace se ha supuesto que esta enfermedad tiene vinculaciones estrechas con la gota y con el

reumatismo crónico, pero hasta ahora poco ó nada se ha adelantado sobre este punto.

Se ha observado la erupción psoriásica después de una emoción fuerte, de un modo particular en los histéricos y en los epilépticos; entonces se ha pensado en atribuirle una causa nerviosa.

En los neurópatas, donde se ha observado la psoriasis, han presentado á nivel de las placas, poca sensibilidad al contacto y á la temperatura; entonces se ha considerado al sistema nervioso como el intermediario de esta erupción artrítica, ligada algunas veces á neuralgias, gastralgias y jaquecas.

Boudillon, la ha considerado como una afección puramente nerviosa, distrófica de la piel; caracterizada por una hipertrofia de la epidermis con insuficiencia de su eliminación en puntos variables de la superficie externa: un verdadero cambio de la keratinización.

Buoffe, cree que es una trofoneurosis, que tiene su asiento en los centros nerviosos, alterando especialmente el gran simpático; enfermedad que sobreviene bajo la influencia de una desviación profunda de la nutrición, la cual afecta las funciones de la piel.

Me inclino más por la opinión de Brocq, quién sostiene que el sistema nervioso crea una predisposición mórbida por mala nutrición de los epitelios externos, y, hace

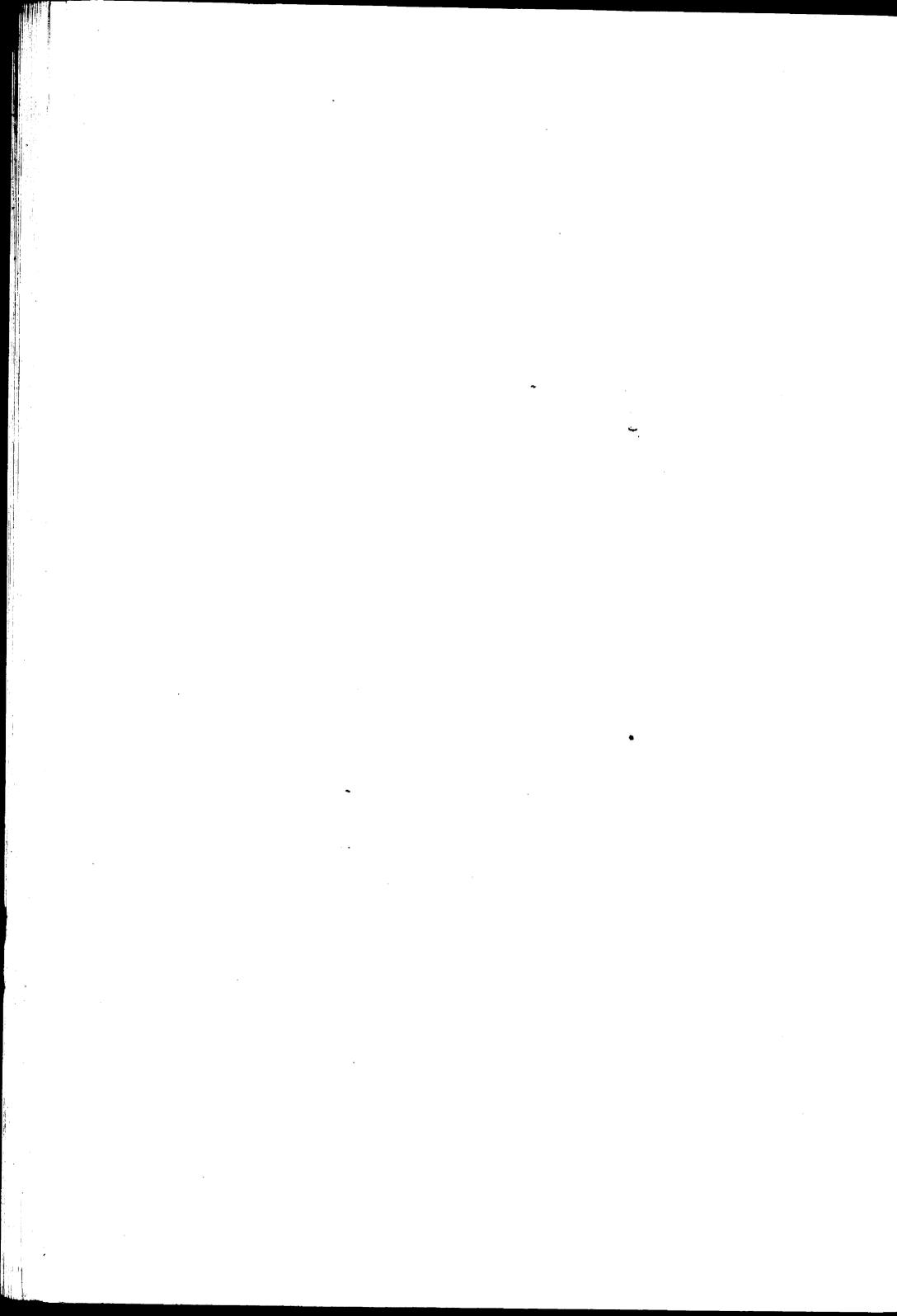
á la piel más accesible para adquirir esta enfermedad.

Por otra parte, la psoriasis se observa en todas las edades, y hay infinidad de sujetos sanos y robustos atacados de esta dermatosis sin tener la menor afección nerviosa personal ó hereditaria.

Considerando la psoriasis como enfermedad primitiva, el sujeto no está exento de alteración nerviosa ó cambio de caracter por la repercusión que tiene sobre su ánimo al verse recidivar esta afección ó quedar estacionaria.

En fin, la existencia posible de numerosas artropatías concomitantes con la psoriasis permite, quizá, atribuirle á disturbios nerviosos centrales ó periféricos, de origen, de naturaleza y de mecanismo indeterminados. Pero en definitiva y como se desprende de lo dicho, ignoramos aún lo que es la psoriasis.

---



## ANATOMIA PATOLÓGICA

Las lesiones deben ser estudiadas en las diferentes capas de la piel. Se encuentran según Bosellini, focos de infiltración alrededor de las glándulas y de los folículos; estos focos están constituídos por células, que él reconoce como leucocitos en pequeña cantidad y numerosos mastzellen.

En la capa subyacente á las papilas, los vasos están dilatados, y se constata en su perifería una infiltración de elementos mononucleares y de mastzellen; los endotelios están espesados y hacen saliencia en la luz de los vasos.

Las papilas están edematizadas; se presentan en un corte como una superficie clara por debajo de la epidermis.

Ellas se encuentran tumefactas; alcanza desde tres á catorce veces el volumen de sus dimensiones normales; á veces muy considerable; pueden producirse al mismo

tiempo extravasaciones sanguíneas; la infiltración se nota especialmente en el trayecto de los vasos dilatados.

A nivel de los pelos, se constata la disociación de la vaina interna y un desarrollo considerable de la capa granulosa: su punto de implantación en la piel toma el aspecto de un embudo lleno de láminas córneas.

En la epidermis las lesiones más importantes ocupan las partes subyacentes á las papilas: el cuerpo mucoso está muy adelgazado, y en ciertos lugares reducido á dos ó tres capas de células; de allí el aspecto rojizo de las placas y la facilidad con que se provoca un derrame sanguíneo.

Las células basales han perdida en parte ó en su totalidad su pigmento.

En los puntos que corresponden á los vértices papilares, su disposición, su dirección y su modo de implantación están modificados.

Los intersticios de las células espinosas están agrandados y sus prolongaciones, destruidos.

Los espacios intercelulares de la capa mucosa encierran una porción de leucocitos en forma de cuña, cuyo vértice está enclavado en la capa mucosa y la base corresponde á la capa córnea.

Los elementos que unos consideran como fibras espirales emanando del dermis, han suscitado opiniones diver-

gentes en cuanto á su interpretación: para algunos representan fibras protoplasmáticas distintas de las precedentes; para otros son fibras elásticas; y por último hay quien los cree productos artificiales que se hallan aumentados en los focos de psoriasis.

En la capa granulosa los núcleos son pequeños y laminares; las células están igualmente más aplanadas que en el estado normal.

Campana, ha constatado que el stratum lucidum está á menudo espesado.

La querato-hialina y después la eleidina desaparecen (Munro).

La capa córnea está muy espesada; sus células están dispuestas en láminas superpuestas tanto más delgadas cuanto más superficiales son.

Las células basales de la capa córnea están incompletamente queratinizadas; conservan sus núcleos; las células córneas ya no se eliminan como en el estado normal, se acumulan formando grandes masas, y el aire exterior, al penetrar en ella, le da un color plateado.

En el periodo de estado de la enfermedad se encuentran al mismo tiempo algunas escamas en vía de disociación y otras en vía de formación; la querato-hialina falta en las primeras, pero se encontraría en exceso en las segundas (Unna).

La lesión más original de la psoriasis está constituida por la presencia en los intersticios de la capa córnea, de pequeños conglomerados leucocitarios, aplanados, que se encuentran desde el período inicial del proceso. Este conjunto original se elimina con la capa córnea superficial, pero, en la subyacente aparece otro conjunto que se eliminará también, y así se producirá hasta el fin de las placas de psoriasis.

A menudo, las escamas se acumulan en la superficie; se encuentran entonces conjuntos leucocitarios múltiples, separados por láminas córneas; se pueden contar hasta diez, superpuestas regularmente.

En los casos inveterados el tejido conjuntivo dérmico se altera profundamente; sus trabéculas fibrosas aumentan de espesor; las paredes de sus vasos se espesan igualmente; y se forma una esclerosis secundaria con formación conjuntiva; según Unna, se hallan, á menudo, micrococos en las capas profundas del dermis.

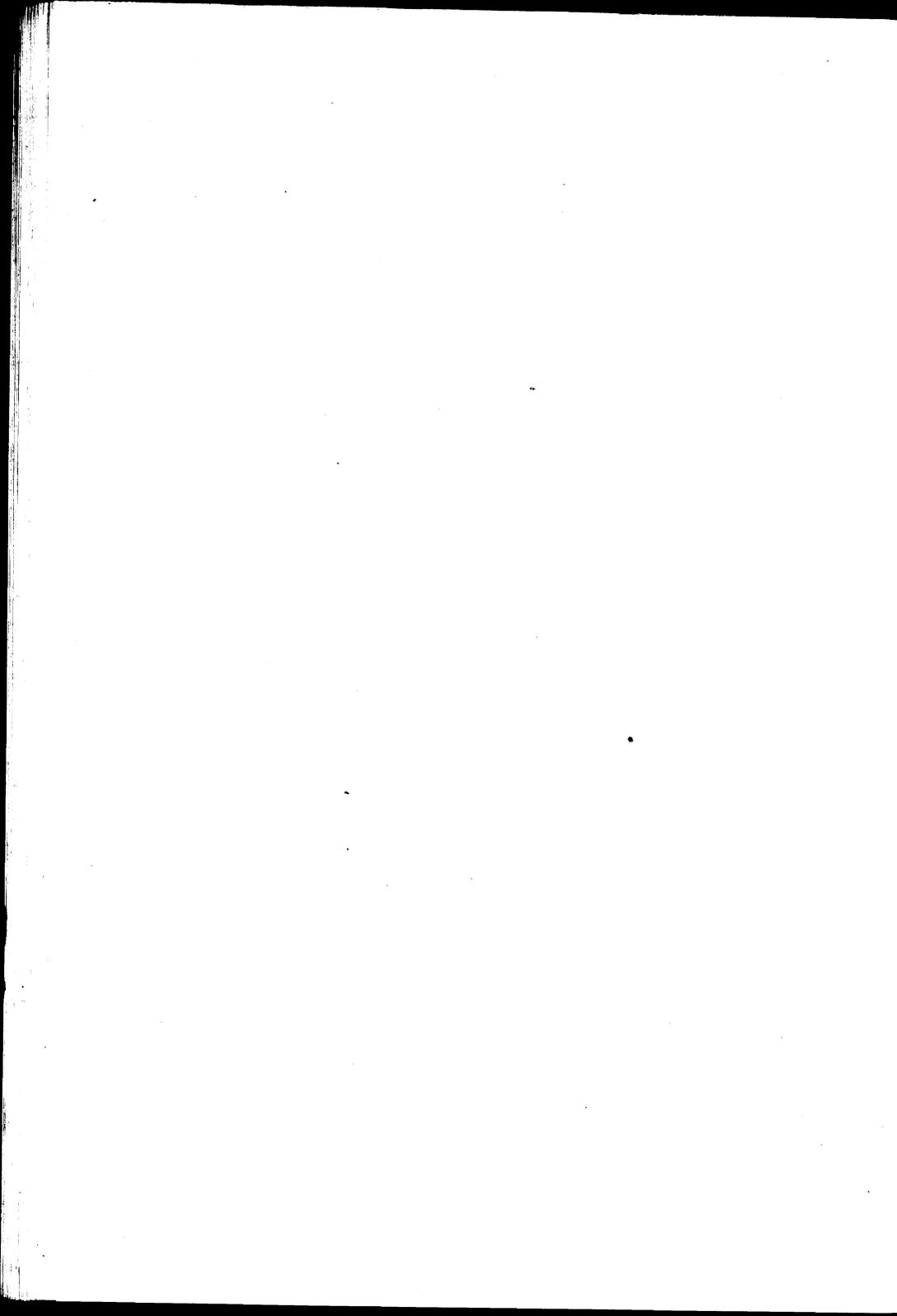
En la sangre ha notado Canon, en algunos casos raros, eosinofilia que puede ser atribuida á las substancias tóxicas aplicadas sobre la piel del enfermo.

Y otros dermatólogos observaron una leucocitosis que pasaba de 10.000 glóbulos blancos por milímetros cúbicos, acompañada de una polinucleosis que llegaba á veces

hasta 80 %, pudiendo ella sola existir aún no habiendo mucha leucocitosis.

Los nervios que fueron estudiados por varios autores han sido encontrados normales, así como también las glándulas de la piel.





## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la psoriasis, cuando se presenta en forma de placas aisladas ó localizadas, no ofrece mayores dificultades: se hace, habitualmente, por el llamado «golpe de uña» sobre una escama, la cual, después de arrancada, deja al descubierto una superficie que presenta un punteado hemorrágico: esta última se ratifica por medio de la vista.

Si comprobamos que se trata de una lesión circumscripta á un punto determinado, habremos caracterizado los elementos primordiales y ostensibles de la psoriasis.

Presenta dificultad en las formas difusas ó generalizadas por su analogía con el eczema escamoso, la pitiriasis rubia y el líquen ruber.

La psoriasis limitada al cuero cabelludo puede ser confundida con el eczema escamoso, la seborrea, el favus, el herpes tonsurante y el lupus eritematoso.

La psoriasis anular hay que diferenciarla de la sífilis anular, del lupus serpiginoso y del eczema marginado.

La psoriasis en forma de pápulas escamosas hay que diferenciarla de la sífilis en forma de pápulas del segundo período.

El líquen córneo hipertrófico presenta escamas adherentes gruesas y un prurito intenso que lo diferencia de la psoriasis.

La pitiriasis rosada de Gibert puede confundirse con la psoriasis á primera vista, pero falta el golpe de uña.

El lupus eritematoso presenta escamas pero son más grises y se prolongan en los orificios del dermis.

La sífilis, en sus distintos períodos, puede simular todas las formas de la psoriasis; pero, los antecedentes suministrados por el enfermo, la infiltración más marcada de las lesiones, la tendencia á formar círculos con pigmentaciones centrales, permitirán á menudo reconocerla, aunque el diagnóstico no es siempre fácil.

En general, se diferenciará de las demás afecciones, por la localización, por ser poco infiltrada, por las escamas finas, por el punteado hemorrágico y por la falta de prurito.

---

## TRATAMIENTO

Los tratamientos usados para la curación de la psoriasis son numerosos, por tratarse de una enfermedad incurable, y porque el origen de su causa se ignora; pero marchando en el terreno de la investigación, debe llegar un día en que esta dermatosis sea curable.

La experiencia desde hace siglos, ha demostrado la acción tópica notable de los alquitranes y de sus derivados pirogenados sobre las lesiones cutáneas que constituyen, en la mayoría de los casos, toda la enfermedad, pero esta acción es á menudo incompleta y nunca es durable.

Y si se busca cuales son los tratamientos seguidos por los psoriásicos, es siempre el tratamiento por el aceite de cade, ácido pirogálico, crisofánico, la crisarobina, etc.

Actualmente se prefieren los tópicos fijos, á las pomadas; este tratamiento consiste en aplicar sobre la placa,

préviamente escamada, una capa de una solución compuesta de 10 gramos de ácido crisofánico en 90 gramos de cloroformo; se deja secar y luego se recubre con una capa de traumaticina.

Puede mezclarse la traumaticina al ácido crisofánico, entonces se hacen embrocaciones sobre las placas desca-  
madas con la mezcla siguiente:

Rp.

Ácido crisofánico.....	} aa 10 gramos
Gutapercha.....	
Cloroformo.....	80 »

Una fórmula muy usada es:

Rp.

Crisarobina.....	1 gramo
Traumaticina.....	10 gramos

Ravoghi, de Cincinnati, en el Journal of. cutaneous Diseases de Nueva York dice haber abandonado el uso de la crisarobina, del paragalol, y del alquitrán por la molestia que al enfermo producen, y los ha sustituido, en los casos de psoriasis corriente, con una pomada de precipitado blanco, con la cual obtiene los mejores resultados.

He aquí su fórmula:

Rp.

Precipitado blanco mercurial....	33 á 60 centigramos
Subcarbonato de bismuto.....	} aa 2 gramos.
Óxido de cinc.....	
Fenol.....	4 centigramos
Vaselina . . . . .	30 gramos

El objeto que se proponen estos tratamientos, es producir la caída de las escamas y hacer desaparecer la hiperemia de las placas.

En el estado actual de las cosas, la psoriasis aparece, pues, como incurable.

En estas condiciones, se ha buscado mucho qué medicación interna podría hacerla desaparecer.

Se ha dicho que el régimen estrictamente vegetariano, sin huevos, ni leche, ni manteca, podría dar resultado. Se han prescrito mil veces numerosas supresiones alimenticias sin justificar con una demostración cualquiera la razón de las prohibiciones aconsejadas.

Hace cincuenta años, se hacía de la psoriasis una manifestación de herpetismo, y como el arsénico era la medicación que se decía eficaz en esta diátesis, fué aconsejado entonces el licor de Fowler.

Danlos ensayó contra la psoriasis el cacodilato de soda á dosis máximas con algunos resultados.

El Dr. Sabouraud dice del tratamiento por el Enesol lo siguiente: He obtenido en algunos casos un resultado inesperado con el Enesol en el tratamiento interno de la psoriasis, y el objeto de este trabajo es indicarlo.

Es por azar que he observado la acción del medicamento, y hé aquí como:

Hace cuatro años, vino á verme un enfermo de nacionalidad argentina, que presentaba, principalmente sobre las piernas, manchas de psoriasis, rojas, extremadamente refractarias á todo tratamiento. Este enfermo había contraído antes la sífilis y quería á todo precio que su psoriasis fuera sífilítica. No obstante mis negativas, me parecía mal convencerlo de lo contrario. Sucedió además, que el tratamiento puramente externo que había aconsejado, no obtuvo resultado y que el enfermo volvió á su país. En Buenos Aires se dirigió á su médico, que creyó en las lesiones sífilíticas y las trató con inyecciones de enesol. Muy pronto, todas sus lesiones desaparecieron, y fué así dos veces seguidas. Es lo que me contó el enfermo cuando me volvió á ver un año más tarde, más convencido que nunca del origen sífilítico de su psoriasis, de la cual presentaba algunas lesiones nuevas.

No creí al origen sífilítico de su psoriasis, pero pro-

metí verificar sobre otros casos la acción antipsoriana posible del Enesol.

A la reflexión, los casos de mejoría de la psoriasis con el cacodilato de soda á altas dosis, señalados por Danlos, y algunos casos de mejoría de psoriasis con curas mercuriales, me habían vuelto á la memoria que el Enesol es un salicilarseniato de mercurio, es decir, un arsénico orgánico como el cacodilato y un compuesto mercurial. Su acción se ligaba, pues, á hechos ya observados; también el primer psoriásico que vino á verme recibió de mí para su médico una carta aconsejándole ensayar las inyecciones de enesol.

Era un matarife de la vecindad, hombre de gran talla, muy grueso, alcohólico, cubierto de amplios discos de psoriasis roja, tratado sin resultadõ por todos los métodos usuales.

Lo ví dos meses más tarde, después de veinte inyecciones de 0,3 centigramos. Su erupción estaba transformada. Se le veía aún, pero estaba de un color rosa muy pálido, apenas visibles; las lesiones no hacían ningún relieve sobre la piel vecina y su descamación había desaparecido.

He visto este enfermo un año más tarde, no curado aún; pero había hallado la fórmula de su tratamiento: «ahora, me dijo, nada de pomada, de unguento y de aceite de Cade; cuando mi psoriasis me fastidia, me hago practicar

algunas inyecciones y estoy bien por seis meses». No está ahí la curación de la psoriasis; pero si los psoriásicos podrían decir todos la misma cosa, ¡cómo hallarían mejorada su suerte!

Después he sometido ó he hecho someter una docena de psoriasis al mismo tratamiento. Nueve sobre doce casos han sacado gran provecho. Y, cosa notable son las psoriasis rojas, las más intratables por los medios externos habituales, que me han parecido beneficiar más. Sobre casi todos, el beneficio ha sido evidente y la mejoría indiscutible tal, que varios no habrán obtenido semejante beneficio.

Las dosis deben fijarse. No he prescrito ó administrado el enesol á sus dosis máximas (0 gramos 03 centigramos) sino cada dos ó tres días. Queda ver si más fuerte dosis ó más acercada darían resultados mejores.

Al punto á que han llegado mis investigaciones, no estoy autorizado á deducir; pero puedo preguntar á los colegas que leerán estas líneas se aseguren si sus enfermos psoriásicos no beneficiarán del salicilarseniato de mercurio como han beneficiado los míos y si es cierto manifestarlo.

Si sus resultados confirmaran los míos, serán ya un beneficio inapreciable para los enfermos reemplazarles la aplicación casi permanente de pomadas nauseas-

bundas con inyecciones intramusculares casi indoloras.

No me queda sino desear de no haber caído sobre una serie clínica, feliz por el azar. Será, en todo caso, una cosa fácil establecer por aquellos colegas que tienen en su servicio un cierto número de camas ocupadas por psoriásicos á perpetuidad.

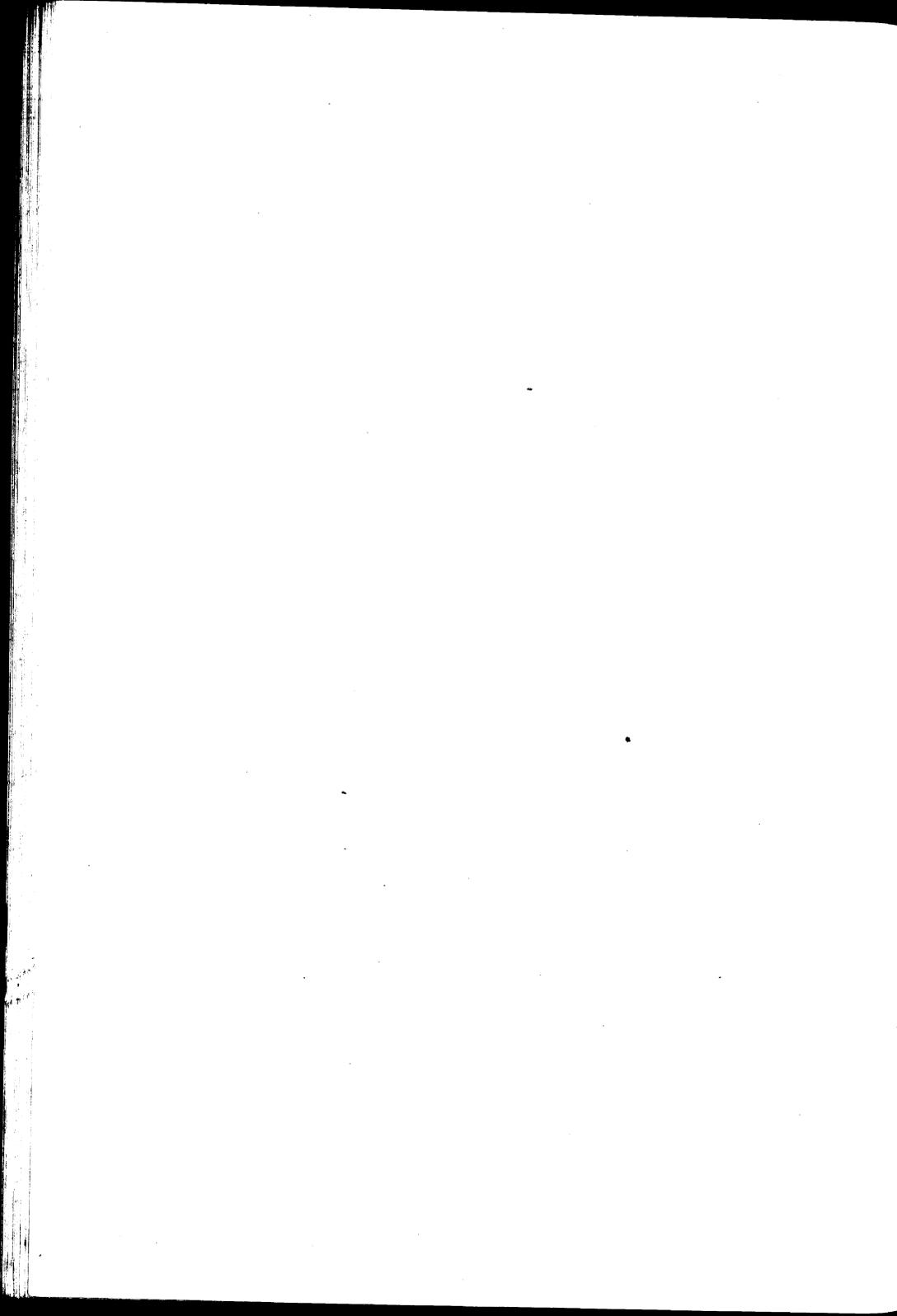
Contestando á las preguntas del gran dermatólogo, diré lo siguiente: Las observaciones clínicas que he realizado en el consultorio del Hospital Francés, bajo la dirección del Dr. J. Torres Zárate, jefe del servicio de Dermatología, demuestran claramente que el tratamiento por el Enesol, hace desaparecer, en la mayoría de los casos, las manifestaciones externas de la enfermedad que trato en este trabajo, y, en consecuencia, puede ser empleado en las afecciones rebeldes de la psoriásis, que no obedecen á ningún tratamiento.

El tratamiento por el Enesol que he realizado, consiste en inyecciones intramusculares en la región glútea, de 2 centímetros cúbicos en serie de 30 inyecciones, aplicando una diariamente; después se deja descansar al enfermo durante quince días, á fin de observar la evolución que ha experimentado la enfermedad, y en caso de que las manifestaciones persistan, se volverá á continuar el tratamiento de las inyecciones con una segunda serie.

---



OBSERVACIONES



## HISTORIAS CLÍNICAS

### Observación I

J. R., 55 años, italiano, casado, obrero.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Antecedentes personales.*—No recuerda ninguna enfermedad de su infancia. Hace más de veinte años que padece de unas lesiones crónicas en la región axilar, que han sido tratadas varias veces por eczema y que siempre han recidivado. No da antecedentes específicos.

*Enfermedad actual.*—Hace dos años y medio que padece de una erupción nueva, que consiste en máculas pápulas, de tamaño diferente que varía entre una cabeza de alfiler y una lenteja.

Existe franca descamación por el raspado y aparece un punteado hemorrágico.

*Estado actual.*—Presenta erupciones máculo-papulosas diseminadas sobre la piel del abdomen y de los miembros superiores é inferiores; elementos bien limitados, rojizos, infiltrados y algo pruriginosos; región dorsal indemne.

En las regiones axilares presenta dos placas anchas de 20 centímetros por 10 de alto.

La placa de la axila izquierda es algo más chica y está formada por una aglomeración de máculas más pequeñas.

La piel de esa región está infiltrada, liquenoide, roja, seca, pruriginosa. Se ven también máculas pigmentadas que son restos de máculas pápulas desaparecidas.

*Diagnóstico.*—*Psoriasis. Guttata.*

*Tratamiento.*—Inyecciones de Enesol, practicadas en la región glútea, intramusculares, en el lugar de elección con todã la técnica que requieren. Practicamos una inyección diaria hasta completar una serie que comprende 30 inyecciones.

Después de la primera serie, se le prescribe un reposo de quince días.

Al enfermo se le dió de alta por haber desaparecido todas las manifestaciones externas.

---

### Observación II

S. L., edad 30 años, rusa, casada.

*Antecedentes hereditarios.*—El abuelo ha padecido de la misma dermatosis, según referencia de la enferma.

La madre ha padecido de una afección crónica de la piel, que la enferma compara con la que ella padece actualmente.

Tiene un hijo, que desde la edad de dos años padece, con alternativas, de la misma afección que la madre.

*Antecedentes personales.*—La enferma tiene desde la niñez una descamación que recidiva con alternativas de períodos más ó menos largos de bienestar; pero dejando siempre su localización en los codos y rodillas.

*Estado actual.*—Presenta la enferma en el cuello y oreja hasta el cuero cabelludo, elementos eruptivos diseminados, que recuerdan á la psoriasis guttata.

Todos los elementos desprenden por el raspado escamas blancas nacaradas. En otras regiones se agrupan para formar placas escamosas.

La oreja izquierda está cubierta de una piel con aspecto eczematoso.

Los antebrazos, hombros, la piel del abdomen y de los miembros inferiores, presentan elementos rojizos y muy descamativos; ya agrupados, ya diseminados, pero siempre con escamas abundantes que resaltan sobre restos de una piel sana, blanca, rosada y de bello rubio.

Hace seis meses hizo tratamiento por el Enesol, y se creyó curada.

Pero esta enferma ha vuelto á consultarnos porque han vuelto á reaparecer las escamas.

*Diagnóstico.*—*Psoriasis.*

*Tratamiento.*—Hemos practicado otra vez las inyecciones de Enesol en la región glútea, y la enferma que hoy lleva 15 inyecciones, se encuentra mejorada en todas sus manifestaciones.

---

### Observación III

A. C., 20 años, española, soltera, obrera.

*Antecedentes hereditarios.*—El padre murió á la edad de 50 años, á consecuencia de una caída, habiendo padecido desde mucho tiempo de psoriasis, que jamás pudo curar, á pesar de haberse tratado constantemente. La madre vive y no padece enfermedad alguna.

*Antecedentes personales.*—En su infancia ha tenido sarampión, que curó bien. Desde la edad de 8 años viene padeciendo de una dermatosis, que aún hoy conserva su localización primera en los codos y las rodillas. La enfermedad se inició sin ninguna molestia y le permitía continuar sus quehaceres ordinarios, sin haberse preocupado de someterse á un tratamiento médico.

Hoy viene á consultarnos porque le molesta verse cubierta de escamas que, con alternativas, recidivan, dejando en el lecho abundante descamación. Es la primera vez que se hace ver por un médico.

Mujer de costumbres sobrias.

El aparato digestivo funciona bien.

*Estado actual.*—Piel blanca. Esqueleto bien conformado. Panículo adiposo bueno. Presenta la enferma á nivel de los codos y rodillas, anchas placas que resaltan sobre el resto de piel normal. Los bordes son delgados, serpiginosos y algo inflamados. En el centro, las placas tienen un aspecto seco, blanquecino, nacarado y algo adherente, pero al raspado con la uña se desprenden escamas abundantes, de dimensiones casi iguales. La enfermedad tiene tendencia á propagarse por los bordes, que no están muy inflamados y desprenden escamas más pequeñas.

*Diagnóstico.*—*Psoriasis.*

*Tratamiento.*—Hemos empleado el mismo tratamiento, por las inyecciones de Enesol en la región glútea, intramusculares en el lugar de elección, con una técnica cuidadosa.

Se han efectuado dos series de 30 inyecciones cada una, con un intervalo de descanso de 15 días. A los 75 días todas las manifestaciones desaparecieron, epidermi-zándose todas las lesiones.

---

#### **Observación IV**

S. C., 37 años, italiana, casada, lavandera.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Antecedentes personales.*—En su infancia ha padecido de algunas fiebres que la enferma no sabe precisar bien.

Menstruó á los catorce años, sus períodos han sido normales.

Ha tenido cuatro hijos sanos, que no presentan ninguna enfermedad de la piel.

Refiere la enferma que hace cinco años le aparecieron unas lesiones en la piel del codo y la rodilla con carácter descamativo. Entonces se decidió á consultar á un médico y las lesiones desaparecieron con una pomada de aceite de cade aplicada localmente y envuelta la región con franela.

La enferma quedó curada por espacio de un año. Habiendo notado que las lesiones volvían con los mismos caracteres de antes, se ha apresurado á consultarnos.

*Estado actual.*—Presenta la enferma una erupción de pápulas diseminadas en los codos y piernas, dejando grandes intervalos de piel sana.

Estos elementos eruptivos son muy poco elevados y desprenden por el raspado francas escamas secas y nacaradas.

El tamaño de cada elemento es comparable con el de una lenteja.

*Diagnóstico.*—*Psoriasis.*

*Tratamiento.*—Se le han practicado veintiuna inyecciones de Enesol intramusculares. Se aplica localmente una pomada de aceite de cade y glicerolado de almidón.

A estas fechas todas las lesiones están en regresión de aspecto casi normal; ha desaparecido la descamación en las pápulas.

Ha continuado con las inyecciones de Enesol hasta que la piel ha recobrado su aspecto normal.

### **Observación V**

M. P., 15 años, argentino, soltero, obrero.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Antecedentes personales.*—En su infancia tuvo sarampión. Desde la edad de los doce años, viene padeciendo de unas lesiones de la piel que conservan su localización en el codo y en las rodillas, con descamación y no recurrió á ningún médico.

*Estado actual.*—Presenta una erupción de pápulas disseminadas en el codo derecho y rodilla, dejando intervalos de piel sana. Estos elementos eruptivos son poco elevados y desprenden por el raspado francas escamas secas y nacaradas; arrancando algunas escamas, deja al descubierto una superficie que presenta un punteado hemorrágico.

El tamaño de cada elemento es igual al de una lenteja.

*Diagnóstico.*—*Psoriasis.*

*Tratamiento.*—Inyecciones de Enesol practicadas en la región glútea, se ha aplicado una série de treinta inyecciones y á los cuarenta y cinco días las manifestaciones externas habían desaparecido.



30780

Buenos Aires, Agosto 1.º de 1914

Nómbrase al señor Consejero Dr. Telémaco Susini, al profesor titular Dr. Maximiliano Aberastury y al profesor suplente Dr. Pedro Baliña, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

L. GÜEMES

*J. A. Gabastou*  
Secretario

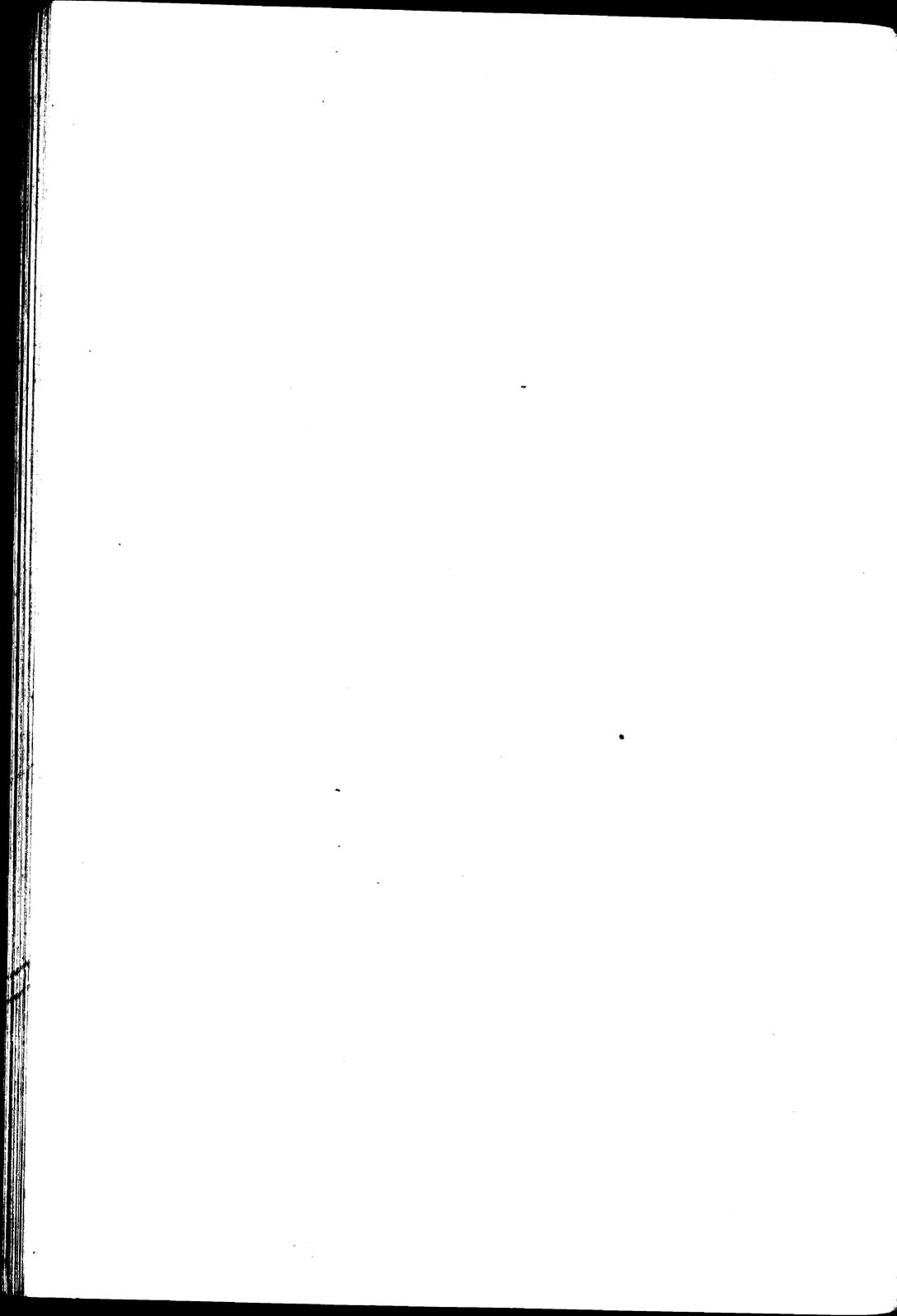
Buenos Aires, Septiembre 2 de 1914

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2877 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

*J. A. Gabastou*  
Secretario

80780



## PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

### I

Evolución de la psoriasis.

*T. Susini.*

### II

Importancia diagnóstica del signo de la hemorragia puntiforme.

*M. Aberastury.*

### III

Peligro de las medicaciones usuales de la psoriasis en las formas congestivas y generalizadas de esta dermatosis.

*P. E. Balña.*

