2898

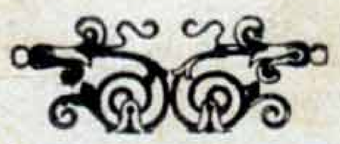
UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCION
AL
ESTUDIO DE LOS TRATAMIENTOS
DE LA
PSORIASIS

TESIS INAUGURAL PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

RICARDO LOPEZ



BUENOS AIRES
Estab. Tipog. de A. Monkes, Lima 456
1896

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las Tesis.
(Art. 162 del Reglamento de la Facultad.)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DOCTOR D. LEOPOLDO MONTES DE OCA

Vice-Decano

DOCTOR D. PEDRO MALLO

Académicos Titulares

DOCTOR D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » PEDRO MALLO
» » JOSÉ M. ASTIGUETA
» » JACOB DE T. PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNÁNDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LACREYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES

Académicos honorarios

DOCTOR D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENCO
» » EDUALDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI

Secretario Titular

DOCTOR D. LUIS M. ACUÑA

Pro-Secretario

DOCTOR D. ZENÓN AGUILAR

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares	
Anatomía descriptiva	Doctor	Jnan José Naon.
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce.
Histología teórica práctica	»	Rodolfo de Gainza
Fisiología general y humana	»	José M. Astigueta.
Higiene pública y privada	»	Melitón G. del Solar.
Patología general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernike.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Patología externa	»	Obdulio Hernandez.
Patologia interna	»	José Penna.
Anatomia patológica	»	Telémaco Susini.
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y su Clinica	»	Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y su Clinica	»	Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y su Clínica	»	Pedro Lagleyze
Enfermedades neruiosas y su Clinica	»	José M. Ramos Mejia.
Enfermedades nentales y su Clíníca	»	Domingo Cabred. B. Solari (interino).
Clinica Quirúrgica	Dres.	Julian Aguilar, Antonio C. Gandolfo.
Clinica Médica	» »	Eufemio Uballes Luis Güemes. Gregorio N. Chaves.
Obstetricia y su Clinica	Doctor	Samnel A. Molina.
Medicina legal	»	Eduardo M. Perez.
Química aplicada á la Medicina	Dres.	Pedro N. Arata. Atanasio Quiroga.
Fisica médica	Doctor	Jaime R. Costa.
Zoologia médica	»	Eliseo Canton.
Toxicologia	»	Juan B. Señorans.
Enfermedades venéreas y dermatologia	»	Baldomero Sommer.
Laringologia, otologia, rinologia	»	Eduardo Obejero.
Farmacia teórica	»	Juan A. Boeri.
Farmacia práctica	»	J. Manuel Irizar.
Botánica médica	»	Adolfo Mujica.
Obstetricia para alumnas parteras	»	Juan R. Fernandez
Odontologia	»	Nicasio Etchepareborda.

Asignaturas	Catedraticos Sustitutos	
Anatomia descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero.
Anatomia topográfica	»	Avelino Gutierrez.
Histologia teórico-práctica	»	Vacante.
Fisiologia general y humana	»	Pedro J. Coronado
Higiene pública y privada	Dres.	Enrique Revilla. Ricardo Schatz.
Patologia general y ejercicios clinicos	Doctor	Gregorio Araoz Alfaro.
Materia Médica y Terapéutica	» »	Enrique E. del Arca. Ángél M Centeno. Pascual Palma.
Patologia externa	Doctor	Marcial V. Quiroga.
Patologia interna	Dres.	Cárlos Malbran. José Badía.
Anatomia patológica	Doctor	Alejandro Posadas.
Medicina operatoria	»	Alfredo Lagarde (en ejercicio).
Enfermedades de mujeres y sc Clinica	Dres.	Antonio F. Piñero. Facundo Larguia.
Enfermedades de niños y su Clinica	»	Francisco Barraza. Teófilo A. Moret.
Enfermedades de los ojos y su Clinica	Doctor	José A. Estevez.
Enfermedades nerviosas y sú Clinica	»	Agustin Solari.
Enfermedades mentales y su Clinica	Dres.	Juan B. Justo. Alejandro Castro. Diógenes Decoud. Abel Ayerza.
Clinica Quirúrgica	»	Julio Mendez. Francisco Sicardi (en ejercicio) Luis F. Vila.
Clinica médica	Doctor	Francisco de Veyga.
Obstetricia y sú Clinica	»	Vacante.
Medicina legal	»	Vacante.
Quimica aplicada á la Medicina	»	Maximiliano Aberastury.
Farmacia práctica	»	Wenceslao Tello.
Enfermedades venéreas y dermatologia	»	Enrique Pietranera.
Laringologia, otologia, rinologia	»	Vacante.
Obstetricia para alumnas parteras	»	
Odontologia		

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO

Dr. José Penna

SEÑOR PRESIDENTE.

SEÑORES EXAMINADORES

A fin de terminar mi carrera, presento á vuestra consideracion, este pequeño ensayo, hecho con observaciones propias sin la pretensión de llevar á vuestros vastísimos conocimientos en la ciencia médica nada que encierre una novedad científica.

Consta como vereis este humilde trabajo, denominado «*Contribución al estudio de los tratamientos de la psoriasis*, de tres capítulos.

I Etiología de la enfermedad.

II Concepto y patogénia.

III Tratamiento.

Al despedirme de la facultad en cuyas aulas he recibido los conocimientos que poseo siguiendo paso á paso las ilustrísimas opiniones y los sabios consejos de los profesores y maestros permítaseme hacer presente al Dr. Penna, bajo cuya direccion he llegado hasta la confección de esta tesis, una palabra de reconocimiento, así como también á mi distinguido amigo el Dr. José R. Semprún.

CAPITULO I.

ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD

El estudio de las causas de la psoriasis ha ocupado preferentemente la atencion de los prácticos que se han dedicado á las enfermedades de la piel, ya por ser una afeccion tan molesta para el paciente como por la ineficacia de los distintos tratamientos que se han puesto en uso.

Enfermedad de todas las edades, ataca mas frecuentemente de los 20 á los 40 años, siendo mas rara en la niñez. Hay casos en que ha aparecido esta enfermedad en el primer año de la vida en descen-

dientes de padres afectados de psoriasis inveterada.

La herencia pues parece desempeñar un papel importante en la trasmision de esta enfermedad, si bien es cierto que muchas veces no es posible constatar su existencia ya porque el paciente ignora los antecedentes ó porque éstos mismos no existen.

Hay, sin embargo, autores de nota que niegan en absoluto el papel que la herencia puede desempeñar en este padecimiento.

Algunos creyeron que se trataba de una enfermedad infecciosa, pero los microorganismos que se hallaron, poco ó ningún trabajo dieron para demostrar que nada tenian que ver con la psoriasis.

En general, los sugetos que la padecen son fuertes, bien desarrollados, disfrutando buena salud si se esceptua la enfermedad en cuestion, como son los casos que nos han servido de estudio para esta tesis.

Entran todos ellos también en el grupo de los nerviosos: artríticos ó descendientes de artríticos, llevan consigo esa tara hereditaria que consiste en un vicio de nutricion.

Estas observaciones fueron hechas por Bouffé (de Paris) al Congreso de Medicina de Lion (1894) quien no trepida en lanzar esa opinion afirmando que se-

guramente es debido á una alteracion del sistema (gran simpàtico) y concluyendo por formular una ley de sus observaciones.

El estado moral de los pacientes no es siempre satisfactorio. Su padecimiento les preocupa demasiado á tal punto á veces, que algunos han sido arrastrados al suicidio.

Ahora bien, permítasenos mencionar aquí algunas alteraciones que se observan en la sangre de los psoriàsicos.

Normalmente, haciendo abstracción de los glóbulos rojos, hematoblastos, granulaciones libres, se observa lo siguiente:

1 °. Células linfocitos que provienen de los ganglios en proporcion de 20 o|o.

2 °. Grandes células, grandes glòbulos monocelulares del bazo 6 o|o.

3 °. Glòbulos polinucleares á muy finas granulaciones, 70 o|o.

4 °. Leucocitos de Semmer ò eosinòfilos poco mas ò menos 4 o|o.

Que ocurre pues en la psoriasis? Una *leucositosis* manifiesta por aumento de glóbulos polinucleares; una *eosinofilia*, es decir, aumento de las células de Sem-

mer de 4 á 5 o|o normal á 18 o|o como lo constata Bouffé y otros autores.

Estas alteraciones en la sangre del dermis de los psoriásicos han sido notadas también en otros enfermos de linfodermia perniciosa progresiva, de urticaria, de asma nerviosa esencial, de eczema, leucocitemia de origen medular ó esplénica etc.

Basados en esto, Neusser, Kaposi, Golach, establecen una intima relación entre las enfermedades eosinofilicas y los desórdenes del sistema nervioso (gran simpático) lo que permite afirmar el rol importante que desempeña este sistema en la enfermedad que nos ocupa.

No solamente las alteraciones anteriormente citadas se han visto en el líquido sanguineo, si no otras que se manifiestan por una hipoplásia á menudo concomitante, acompañada de leucontosis y eosinofília caracterizada (Golach) por una disminucion sensible de células de Semmer y predominio de linfocitos y que son la caracteristica de sujetos débiles ó linfáticos y que permiten dividir en dos clases los sujetos afectados de psoriasis. (Bouffé)

El aumento de las células de Semmer en la sangre del dermis de los psoriásicos, aumento que está en constante relacion con las alteraciones del sistema

nervioso, permitió á Bouffé y Golach clasificar esta enfermedad de artrítica, confirmando así la opinión vertida en el año 1893 por el primero de estos autores.

Si aceptamos, entonces, que esta enfermedad tiene su fuente de origen en el sistema nervioso y siendo tal sistema el que preside casi todas las funciones del organismo, nada mas lógico que lo tratemos á fin de regularizar las funciones de nutrición en todos los tegidos.

CAPITULO II.

CONCEPTO Y PATOGENIA

Desde Willan, se conoce con el nombre de *psoriasis* una enfermedad de la piel generalmente crónica, caracterizada por aglomeraciones de escamas blancas, secas y brillantes sobre pápulas rojas ó cobrizas de tamaño variable, escamas que se desprenden facilmente por el raspado y también facilmente sangra á pequeñas gotas la piel.

Muchas son las formas de *psoriasis*, psoriasis nummular, psoriasis difusa, psoriasis girata, psoriasis circinada, psoriasis anular, etc.

Existen además síntomas subjetivos tales como

insòmnio, prurito, dolores articulares, reumatismales, etc.

Se hàn visto casos en que la erupcion se hizo de un modo agudo, con dolores articulares al mismo tiempo ó ya precediendo ò siguiendo à la manifesción cutànea acompañada de sed y boca seca, etc.

Mucho tiempo hace se ha supuesto que esta enfermedad tiene vinculaciones estrechas con la gota y el reumatismo crónico, pero hasta hoy poco ò nada se ha adelantado sobre este punto.

Pero veamos las consecuencias à que llega Ch. Bourdillon. En un cierto número de enfermos afectados de psoriasis existen: dolores articulares en sitios múltiples (neuralgia, miàlgia etc.)

Desòrdenes articulares desde simple artralgia hasta deformaciones por formación de artrofitos.

Estos fenòmenos mòrbidos, bien que largo tiempo desapercibidos ò considerados como excepcionales ò aun como banales, están no obstante estrechamente unidos con la enfermedad cutànea.

El orden en que aparece no està sometido à ninguna ley constante: en algunos casos los artrofitos precedieron à la alteracion cutànea, en otros, al mismo tiempo, pero generalmente la psoriasis precede à esta clase de alteraciones articulares.

Las manifestaciones dolorosas se combinan en el mismo sujeto y es posible que las formas neurálgicas, miálgicas, artrálgicas, se cambien en forma artropática propiamente dicha con desviaciones en diversos grados de intensidad.

Esta última forma presenta dos variedades: las artropatias parciales y las generalizadas, que son las mas curiosas, pudiéndose distinguir dos tipos comparables al reumatismo óseo y al fibroso.

No existen signos objetivos de psoriasis que puedan hacer preveer la aparicion de los desórdenes articulares: sin embargo, ciertos caracteres de malignidad, persistencia y universalidad del proceso cutáneo le están muy á menudo asociados y sobre todo un conjunto de fenómenos de orden nervioso que se manifiestan en el sujeto enfermo ó sus ascendientes.

Teniendo en cuenta las particularidades inherentes á las deformaciones, las condiciones etiológicas, antecedentes hereditarios ó personales, se constata que las razones que se podrian invocar para relacionar estos hechos á las diferentes formas de reumatismo tal como puede comprenderse en el estado actual de la ciencia y bajo ciertas reservas, no son suficientes.

Al contrario, estas mismas consideraciones y en

ausencia de toda otra causa capaz de esplicar fuera de una influencia trófica, nos permiten aproximarle à artropatias de origen nervioso ó periférico y sobre todo medular.

Esta interpretacion, bien que puramente teórica, está en relacion con la idea muy corriente para algunos hoy dia, de la naturaleza trofoneurótica de la psoriasis; porque admitiendo que fuera una afeccion infecciosa, el sistema nervioso debe intervenir à lo menos como agente necesario entre la causa exterior y su efecto sobre la superficie cutánea.

La anatomía patológica de las artropatías descritas, queda por hacerse, por tanto, la prueba de la opinion que nosotros sostenemos está igualmente à estudio. Pero es necesario reconocer que con los actuales medios de investigacion, los exámenes negativos no podrian ser aceptados como objeciones decisivas, pues las alteraciones medulares pueden muy bien ser puramente funcionales ó dinámicas.

Los simples desórdenes sensitivos de qué hemos ya hablado y que se pueden observar en el curso de la psoriasis, no tienen gravedad absoluta. Merecen, sin embargo, atencion, en razon de que posteriormente puedan acarrear alteraciones mayores.

En razon de su *marcha* casi fatal según nuestras

observaciones, las artropatias generalizadas tienen una gravedad muy grande y conducen al enfermo à un estado de impotencia extrema, consecuencia de deformaciones irremediables.

La posibilidad de aparecer en la psoriasis estas manifestaciones, debe hacer pensar en el pronóstico de la afeccion y que no será tan benigno como lo dicen los autores.

Hemos dicho antes las alteraciones que se observan en la sangre, el estado nervioso de los sujetos que tratamos ó de sus ascendientes, y si agregamos los resultados obtenidos por Bouffé en el tratamiento de esta enfermedad, mediante las inyecciones de jugos testiculares, resulta que todo esto viene en apoyo de la opinion del autor citado sobre la psoriasis, quien concluye diciendo que es una *trofoneurosis* en que el jugo inyectado se encarga de proporcionar al sistema nervioso el elemento regulador, y por su intermedio, de devolver à la piel sus funciones en ella alteradas.

De tal manera relaciona los hechos el autor del tratamiento de la psoriasis por las inyecciones de jugos testiculares que la define: una *trofoneurosis* que tiene su asiento en los centros nerviosos alterando especialmente el gran simpático; enfermedad caracte-

rizada por la proliferacion en la superficie de la piel de escamas secas y espesas, que sobrevienen bajo la influencia de una desviacion profunda de la nutricion, la cual afecta las funciones de la piel. Esta se caracteriza microscópicamente por la proliferacion y el estado escamoso de la epidermis y microscópicamente por una proliferacion de la papila epidérmica y principalmente de las células eosinófilas.

En estas condiciones, tonificar el sistema nervioso, y por su intermedio devolver á la piel sus funciones normales, tal sería segun esta teoria, el ideal del tratamiento.

Basándonos en lo dicho y de acuerdo con las indicaciones del Dr. José Penna, hemos resuelto tratar algunos enfermos de psoriasis por las inyecciones de glicero fosfato de sodio y cuyos resultados conocereis al fin de este pequeño ensayo.

CAPITULO III

TRATAMIENTO

Los tratamientos usados para la cura de la psoriasis, son muy numerosos por tratarse de una enfermedad casi incurable, pero marchando en el terreno de la investigacion, debe llegar el momento en que esta enfermedad y otras de las actualmente conocidas como rebeldes á todo tratamiento, se curen, especialmente si se diera con las causas que las producen.

De los tratamientos hasta hoy usados, el que ha dado mejores resultados es el de Bouffé, según la estadística que él nos presenta.

Ahora bien, hagamos una enumeracion de los

tratamientos clásicos y ligera descripcion de los más usados.

Son muchos, y entre ellos citaré el arsénico, el alquitràn vegetal, aceite de cade, pirogalol, galanol, crisarrobina, etc.

Usando el arsénico en el tratamiento de la psoriasis, la mejor forma que se emplea es el licor de Fowler el cual consiste en una solucion de arsenito de potasio al 1 o|o preparado al momento de hacer uso.

Administrado dicho remedio, se empieza por 4 gotas diarias en dos veces por dia, prefiriéndose la hora de las comidas; se toman éstas en dicho número 4 ó 6 dias, y luego se aumenta una gota por igual tiempo y se sigue así hasta llegar á veinticinco ó treinta gotas siempre que la tolerancia del paciente lo permita. Cuando se ha llegado á este número de gotas se empieza á disminuir, pero si antes se nota mejoria, antes debe hacerse la disminucion de la dosis.

Este mismo licor de Fowler ha sido empleado en inyecciones hipodérmicas.

Se puede además emplear bajo la forma de ácido arsenioso en píldoras de 5 miligramos ó también la fórmula de Kaposi.

La administracion de estas píldoras se hará empezando por 2 ó 3 al dia siguiendo el mismo método que para las gotas de Fowler. Algunas veces, cuando la dosis es crecida, proporciona dolores intestinales, en virtud de lo cual, se les agrega una pequeña dosis de opio.

La marcha que ha seguido la enfermedad con la medicacion arsenical es la siguiente: empieza á palidecer el centro de las placas, las escamas á disminuir lo mismo que el prurito y un color negrusco queda después en la piel en vez de la placa roja cuando el tratamiento produce resultados.

Mucho se ha encomiado el arsénico en el tratamiento de la psoriasis, habiendo llegado algunos á considerarlo como un específico para la enfermedad que tratamos y para otras enfermedades cutáneas.

Lo que positivamente nos demuestra la observacion, es que, cualquier tratamiento puesto en uso á la primera manifestacion de esta enfermedad suele dar resultados, siendo negativo en apariciones sucesivas.

En cuanto á los medicamentos internos poco ó ninguno es el resultado obtenido con ellos. Entre éstos, y muy recomendado por algunos, se encuentra el ioduro de potasio; hay otros, pero menos enco-

miados: agua de alquitrán, tintura de cantárida, fósfo ro bajo forma de aceite fosforado, etc.

Después se han preconizado los tratamientos tópicos aplicados sobre la porcion de piel afectada. Estos han dado en general, resultados más satisfactorios que el tratamiento por el arsénico.

Hacer caer las escamas, hacer que desaparezca la hiperemia de las placas, tal es el objeto que se proponen estos tratamientos.

Lo primero puede obtenerse mediante las sustancias grasas que las reblandecen; los cuerpos más empleados son el cerato simple, la manteca de cerdo, vaselina, lanolina, ó algunos aceites como el de oliva y el de bacalao.

Todas las sustancias serán aplicadas en abun dancia sobre la porcion de piel enferma, y para obtener mejor resultado, conviene cubrir la region con una tela de lana é impermeable, á fin de facilitar la maceracion de las escamas.

Es del caso hacer presente que estas sustancias deben encontrarse en perfecto estado de conservacion, porque de otro modo acarrearían procesos irritativos é inflamatorios, proporcionando un mal al paceinte en vez del beneficio deseado. De estas alteraciones se inculpa al aceite de bacalao por haber dado lugar

à eczemas, intensos dolores y fenómenos tifóideos.

Para el mismo uso se dedica el jabon verde; debe cubrirse la piel como en el caso anterior, y después como término de la aplicacion un baño tibio de inmersion.

Los baños de inmersion llenan también las indicaciones del caso. Para la psoriasis generalizada ó universal, los baños continuos (método de Hebra) ó de menor duracion à los que se podria agregar algunas sustancias medicamentosas, tales como almidon, àcido bórico, borato de sodio, alquitran, etc., etc.

Puede seguirse el método de envolturas húmedas cuando se trate de un miembro ó una region en que esto sea posible.

En cuanto á los tópicos usados son los siguientes: El alquitrán vegetal en forma de pomada á cuerpos grasos ó bien en soluciones.

Es éste un cuerpo que calma el prurito, disminuye la hiperemia y por lo tanto se apocan las escamas.

Esta pomada ó tópico debe emplearse todos los días y en abundancia, tiene un inconveniente y es su olor desagradable, impidiéndole al paciente presentarse en sociedad; además por el uso continuado del alquitrán se produce una sobresaturacion de la

piel ó del organismo; en el primer caso con unos baños de inmersion prolongada es lo suficiente, pero no así cuando aparecen manifestaciones generales, como malestar general, fiebre náuseas, vómitos, diarrea, alteraciones en la orina y miccion dolorosa, etc.

Todo esto demuestra el cuidado que hay que tener cuando el alquitrán se use en grande escala á fin de impedir en oportunidad los inconvenientes enumerados.

El aeeite de abedul igualmente se emplea bajo forma liquida:

Aceite de abedul....	50	gramos
Alcohol rectificado..	75	»
Eter sulfúrico.....	75	»
Aceite labanda.....	2	»

Esta fórmula es muy empleada, pero tiene el mismo inconveniene que el alquitran, por lo que se ha sustituído por el aceite de cade.

Este se emplea puro ó mezclado á otros cuerpos en forma de pomada y en proporciones variables según los casos.

He aquí la fórmula de Vidal que es muy recomendada:

Gricerina.....	100	gramos
Jabon blando de pot	5	»
Aceite de Cade.....	100	»

La crisarrobina es uno de los tópicos más usados y se ha hecho uso de ella en pomadas.

Para usarla en esta forma con eccipiente de sustancias grasas, es necesario hacer caer primero las escamas por alguno de los medios que ya conocemos y luego friccionar con la pomada que contiene la droga activa.

Es de accion más rápida que los medicamentos antes nombrados, pero tiene también mayores inconvenientes.

Colorea los vestidos, cabellos, uñas, etc, de violeta oscuro, es muy irritante y por lo tanto produce conjuntivitis intensa al menor descuido, es además tóxica.

Por poseer dicha propiedad se ha ideado no usarlo en pomadas sino en ó por medio de aisladores y como tal se recomienda la gelatina, traumatisina, colodion, etc.

Una fórmula que se recomienda mucho es:

Crisarrobina.....	1	gramos
Traumatisina	10	»

Con este tópico se hacen curaciones á varias placas cada tres días á fin de que no ocurran fenómenos de absorcion.

El pirogalol es otro cuerpo que también se emplea aunque con menos accion que la droga antes mencionada. Se usa al 10 o|o en pomada, á la manera del alquitrán vegetal; no es irritante, pero es contraindicada su aplicacion en las formas agudas, escalatiniforme, etc.; tampoco la dosis de pirogalol empleada en las 24 horas, debe pasar de cinco gramos, precaucion que se debe tener á consecuencia de alteraciones urinarias cuando se absorbe mucha cantidad. También suele alterar la piel.

El 1.º de junio de 1889, Brown Sequard comunica á la Sociedad de Biología de París el hecho que resumen las siguientes lineas:

Se sabe que la castracion hecha en la infancia ó en la adolescencia en el hombre es seguida de modificaciones profundas en el individuo, tanto en lo físico como en lo moral.

Los eunucos son notables por su debilidad física é intelectual.

Efectos análogos se observan en los hombres que abusan del coito y masturbacion. Nadie ignora que en los hombres de naturaleza vigorosa que se

privan en absoluto de relaciones sexuales, la potencia de la médula y cerebro se exageran hasta llegar á un estado mórbido. Estos hechos prueban que los testículos proporcionan á la sangre ciertos elementos, sea por reabsorcion de algunas partes del esperma ó de otro modo, vigorizando el sistema nervioso y probablemente á los músculos.

Creo desde luego que la debilidad del viejo no depende del estado senil de sus órganos sino también de que las glándulas sexuales no dan más á la sangre principios que á la edad adulta contribuyen en gran parte á mantener el vigor propio de esta edad.

Basándose en esta idea de Brown Sequard se efectuaron experimentos sobre animales envejecidos en los que se ve ser inócuas las inyecciones de jugos testiculares.

Brown Sequard á los 62 años veia que sus fuerzas iban disminuyendo enormemente de algunos años á esa fecha.

Hizose inyectar jugo testicular y á los tres dias de la primera inyeccion se sintió con bastante aliento para el trabajo de laboratorio. Consigue un aumento de fuerza de 6 á 7 kilos, la miccion se efectúa con mayor fuerza, las deposiciones se regularizan y el trabajo intelectual se hace más fácilmente hacien-

dole exclamar tal resultado: «he recuperado todo lo que habia perdido».

Un gran movimiento de experimentacion se produce á consecuencia de estos hechos; los resultados para unos son positivos, para otros medianos ó negativos.

Muchos y variados son los padecimientos en que se han empleado las inyecciones de jugo testicular y por lo tanto tan variado el número de juicios emitidos; más casi todos llegan á la siguiente conclusión: *que es un tónico del sistema nervioso.*

Bouffé, estudiando los enfermos de psoriasis vió que adolecian de una alteracion del sistema nervioso de la que ya hemos hablado.

En vista de su modo de pensar trató á los enfermos en referencia y observó: que el sueño reaparecia en los que no dormian ó lo hacian escasamente, la presion sanguinea volvia á la normal, el apetito aparecía, las digestiones se regularizaban como igualmente las deposiciones y la orina en cantidad y composicion.

En la piel las placas palidecen, las escamas se apocaban, los bordes infiltrados de cada placa desaparecían, se extinguía el prurito é igualmente las alteraciones de la sangre dejaban de manifestarse, vol-

viendo á adquirir este liquido sus propiedades normales.

En cuanto á las inyecciones de jugos testiculares deben hacerse según las reglas de las inyecciones hipodérmicas en general.

Por lo que se refiere á la cantidad, hasta diez centimetros cúbicos por semana, tratando siempre de conocer mediante tanteos la susceptibilidad de cada sujeto.

En cuanto á los resultados, la estadistica de Bouffé es la siguiente: 9 curados, 2 en vias de curar, y 1 en tratamiento y 2 negativos por suspension de la medicación. Debemos agregar que la mayor parte de estos enfermos padecían de muchos años atrás y habían sido sometidos á casi todos los tratamientos clásicos.

Tales son los resultados obtenidos por el autor que piensa que la psoriasis es una *trofoneurosis*.

Hemos ya dicho que por hoy la etiologia de la psoriasis es de origen nervioso, á lo menos sinó para todos, para aquellos que como Bouffé se basan en tal modo de pensar, tratan á sus enfermos con remedios que creen que actuan sobre el sistema nervioso.

Hoy que se posee un remedio como los glicerofosfatos en que su accion electiva se hace sentir

sobre el sistema nervioso independientemente de otros efectos, nada más natural que tratar de ensayar en aquella ó aquellas enfermedades que se cree tienen sus grandes raices en dicho sistema.

De aquí seguramente la idea del Dr. Penna, quien al corriente del movimiento científico y conocedor de los *glicerofosfatos* trató de que fueran sometidos algunos enfermos á las inyecciones de glicerofosfato de sodio alucinado por la esperanza de un futuro resultado halagüeño, ya que con los otros tratamientos—si se esceptúa el de Bouffé—los resultados son de poca ó ninguna duracion.

Mas antes de exponer los casos observados, hagamos un resúmen del estudio sobre los glicerofosfatos.

He aquí lo que dice A. Robin:

1.° De una manera general aceleran los cambios de nutricion de las materias orgánicas, como de las inorgánicas pero predominando los primeros sobre los segundos; especializándose el movimiento azoado en toda la evolucion ya facilitando á los albuminoideos su asimilacion é integracion celular, ya acrecentando en el mismo grado su desasimilacion, pero ayudando la utilizacion del ázoe desasimilado; por lo tanto, favorece en todos los momentos los cambios de asi y

desasimilacion y poco influye á formar el ácido úrico y por el contrario aumenta los otros cambios, habiendo gran desproporcion entre el ácido y la úrea.

2.° Los principios sulfurados experimentan igual cambio, es decir, al aumento se agregan las mayores oxidaciones como en los azoados y siendo el hígado donde esto se produce, es allí donde la nutricion es mas activa.

3.° Muy probablemente mejoran la absorcion de los fosfatos alimenticios, moderan las pérdidas del sistema nervioso y actuando como elemento de ahorro, se fijan casi por completo al organismo. Este ahorro se ve por la disminucion del magnesio, elemento que forma gran parte del tejido nervioso.

De aquí entonces las aplicaciones terapéuticas:

1.° Cuando hay decadencia en los cambios azoados, actos desasimiladores y oxidaciones. *Clorosis* tratada por los glicerofosfatos de hierro, potasio y sodio. *Gota*, en el periodo de caquexia pero no en la gota normal donde está contra indicada. *Diabetes*, periodo caquéctico, para levantar el organismo decaido, contraindicado en la diabetes florida. *Obesidad* con poca úrea, oxidaciones disminuidas. *Tísis*, para mejorar el estado de nutricion. *Mal de Bright*, albúmina abundante y úrea escasa, para me-

jorar el estado general. *Albuminuria* y *fosfaturia*, *dispepsia con insuficiencia gástrica* é *hipoclo hídria*, en que la disminucion de la úrea indica insuficiencia de oxidaciones. *Viejos debilitados*.

2.° Dependen del estado de nutricion del hígado, indicados cuando en este órgano hay nutricion disminuida y contraindicado cuando hay aumento.

3.° *Decadencia del sistema nervioso*, por asimilacion insuficiente ó por desasimilacion exagerada. *Grippe*, forma nerviosa, en convalescencia. *Fosfaturias*, á excepcion de fosfaturias secundarias ó dispepsias hipersténicas con hiperclorhídria. *Neurastenia*, indicacion esencial es la depresion ó astenia nerviosa.

4.° En la *ostiomalasia*, raquitismo, fracturas, enfermedades de desarrollo.

No hay que olvidar que la medicacion glicerofosfatada está contraindicada en todos los casos, acompañados de azoturias y oxidaciones acrecentadas que pasan de lo normal.

En resúmen, influencia electiva sobre el sistema nervioso ó mejor dicho este sistema tiene accion electiva sobre los glicerofosfatos, y estos deben ser considerados como medicamentos de depresion nerviosa.

En cuanto al modo de usarlos, es, ya por la vía gástrica como por la hipodérmica; los usados por la vía gástrica son todos en general, aislados ó asociados entre sí ó con otros medicamentos que participan de algunas de sus mismas propiedades. El de sodio es el único usado por la vía hipodérmica.

La dosis, si se esceptua el de hierro, es de 2 gramos por día como máximo y el hierro de 10 à 30 centigramos.

Los específicos europeos traen para cada centimetro cúbico, 20 centigramos de sustancia activa, sin embargo, las soluciones hechas con la droga introducida en esta capital solo permiten sea de 10 centigramos, pues de lo contrario son muy dolorosas.

La siguiente fórmula es de la que me he servido para los casos de observacion que presento:

Glicerofosfato de sodio	10	gramos
Agua de laurel cerezo	10	»
Id. destil. esteriliz. (para completar)	100	»

En general, como toda inyeccion hipodérmica debe ser preparada con toda la asépsia del caso, porque estas soluciones glicerofosfatadas son excelentes caldos de cultivos para algunos microorganismos.

OBSERVACIONES

I

Diciembre 18 de 1895

José X., argentino, 23 años, tenedor de libros, entró en la Casa de Aislamiento en el día de la fecha.

Antecedentes:—Hereditarios buenos: refiere haber tenido en la infancia peritonitis, á los doce años viruela, á los 19 fiebre tifóidea.

En cuanto á la enfermedad actual empezó hace 3 meses y se manifestó primero por una mancha roja en el codo izquierdo; á los veinte días observó que iguales manchas le aparecian en el antebrazo del mismo lado; éstas, como las del codo son rojas y de bordes netos; á los pocos dias se cubren de esca-

mas blancas, siente prurito y le obligan á frotarse, notando al mismo tiempo que brotaban pequeñisimas gotas de sangre.

En este estado sigue la enfermedad su invasion, se hace ver por algunos especialistas, quienes le sometem á tratamientos clásicos.

Ningún resultado había conseguido cuando resolvió someterse á nuestro tratamiento.

Estado actual: Sujeto bien desarrollado, buen estado de nutricion, panículo adiposo bien distribuido, buen sistema muscular y óseo.

Al examen de la piel se observan grandes y pequeñas placas rojas, de borde sobresalientes algunos é infiltrados, cubiertas de escamas blanco mate; estas placas son pruriginosas y si se frotan caen fácilmente las escamas, brotando pequeñas gotas de sangre.

En el cuero cabelludo, mezclándose con los cabellos, forma costras espesas y adherentes.

A fin de dar mayor claridad, véase la figura n.° 1, la que demuestra el estado de la enfermedad en el momento de nuestro tratamiento.

Diagnosticada como psoriasis la enfermedad de este sujeto, fué tratado por las inyecciones de glice-

rofosfato de sodio y aplicacion de vaselina para favorecer la caida de las escamas y costras.

A los veinte dias de empezado el tratamiento se nota una mejoria muy sensible; las placas palidecen mucho, las escamas disminuyen y los bordes son los que menos han sufrido la influencia de la medicacion; siguiendo la mejoria del proceso del centro à la periferia de las placas como sucede con los demás métodos.

En dicho estado la mejoria se acentúa, las placas pequeñas son las primeras en desaparecer, siendo éstas reemplazadas por pigmentacion en la porcion de piel que ellas ocuparon; luego les siguen las grandes placas, las que también llegan al mismo fin. A los dos meses de tratamiento solo queda pigmentacion, pero se continúa la administracion del medicamento; à los tres meses, escasa ó ninguna pigmentacion, se observa y es dado de alta después de haberse suspendido la medicacion sin que se notara reaparicion de la enfermedad.

II

Marzo, 23 de 1896

Paulino X., argentino, 32 años, cochero. *Antecedentes:* hereditarios, ignora. En cuanto á él, viruela, blenorragia, chancro no específico, bebedor y aórtico.

Hace 14 años que padece de su enfermedad á la piel; empezó por los codos formando manchas rojas, con bordes netamente limitados, pruriginosas; luego el número de placas se extiende al resto de ambos miembros superiores y se cubren al mismo tiempo de escamas blancas, habiéndose extendido desde esa época hasta hoy, á pesar de los tratamientos á que ha estado sometido.

En vista del estado de su enfermedad se resuelve á ser tratado por las inyecciones de glicerofosfato.

Estado actual:—Sujeto bien desarrollado, panículo adiposo abundante, hay tendencia á la obesidad, sistema óseo y muscular bien desarrollados.

Al exámen de la piel se observan placas rojas, grandes y pequeñas, cubiertas de escamas blancas que se desprenden por el frote, sangrando al mismo tiempo muy facilmente, por pequeñas gotas. Las grandes y medianas placas tienen bordes indurados y salientes por la infiltracion cutánea, son prurigi-nosas.

La figura n.° 2 demuestra el estado de la enfermedad al empezar el tratamiento.

Hecho el diagnóstico de psoriasis, se le trata por las inyecciones de glicerofostato de sodio.

A los veinte dias ya empieza á verse mejoria en la alteracion cutánea, el prurito ha desaparecido, la coloracion roja está palideciendo y las escamas empiezan á disminuir.

En este estado continúa la regresion de la enfermedad, y el dia primero de Junio solo quedaba la gran placa de la region dorso-lumbar. En este caso como en el anterior, se observa que las pequeñas placas son las primeras en desaparecer y luego las de mayores dimensiones, quedando solo en el sitio

que ocuparon las placas una pigmentacion negrusca como vestigio de su existencia.

La marcha de la curacion se hace del centro á la periferia en cada placa, los bordes se fraccionan en pequeños islotes para luego desaparecer.

En cuanto á la gran placa dorsolumbar, el dia de la fecha se observa que el centro es normal, los bordes están fraccionándose en pequeños islotes en señal de que se va á extinguir por completo.

Hay que hacer presente, que el frio tiene gran influencia en la marcha, pues cuando el clima es más templado, la regresion en este sujeto se hace más rápidamente que cuando hace frio.

En esta circunstancia se interrumpe el tratamiento por ausencia del enfermo, al que podríamos considerarle curado si hubiera seguido mayor tiempo nuestro tratamiento.

Tales son los casos prácticos que dado su escaso número no nos permiten asegurar si la cura será definitiva ó solamente temporaria.

La técnica seguida, ha sido muy sencilla; teniendo preparada en condiciones inyectables las soluciones glicerofosfatos de sodio al 10 o|o según la fórmula anteriormente indicada, se empieza por cuatro ó cinco centímetros cúbicos diarios y se sigue

aumentando hasta llegar á veinte, siempre que no se observe algo de anormal que pueda ser atribuible al medicamento.

En cuanto al tiempo, lo marca el estado mismo de la enfermedad, así como también si se ha de seguir con la dosis máxima ó en menor cantidad.

Solo nos resta agregar las aplicaciones de vaselina á la piel ó baños para facilitar la caida de las escamas.

RICARDO LÓPEZ

PROPOSICIONES ACCESORIAS

El pulso en la fiebre tifóidea.

Endocarditis aguda forma tifóidea y fiebre tifóidea.

En el sarampion y en la escarlatina, el exantema correspondiente no es suficiente para el diagnóstico.

Buenos Aires, Setiembre 5 de 1896.

Sirvanse examinar sobre la admisibilidad de este trabajo los señores Académicos: Dr. D. José T. Baca, profesor titular, Dr. Baldomero Sommer y profesor suplente, Dr. Maximiliano Asberastury.

LEOPOLDO MONTES DE OCA

Luis M. Acuña.

Buenos Aires, Setiembre 25 de 1896

SEÑOR DECANO.

Transcribo á continuacion el acta labrada en el dia de la fecha por la Comision encargada de dictaminar respecto á la admisibilidad de la tesis presentada por el exalumno Ricardo López:

« En el local de la Facultad, á 24 de Setiembre » de 1896, reunidos en Comision los que suscriben, » encargados de dictaminar sobre la admisibilidad de » la tesis presentada por el exalumno Ricardo López » y que se versa sobre «Contribucion al estudio de » los tratamientos de la psoriasis», resolvieron admi- » tirla, con lo que se terminó el acto.»

Firmados: J. T. Baca.—B. Sommer.—M. Aberastury.

Firmado: Zenón Aguilar.

Luis M. Acuña.

Buenos Aires, Setiembre 29 de 1896

Entrégase al interesado esta tésis para su impresion, fijándose por Secretaria el dia en que haya de ser sostenida.

LEOPOLDO MONTES DE OCA

Luis M. Acuña.

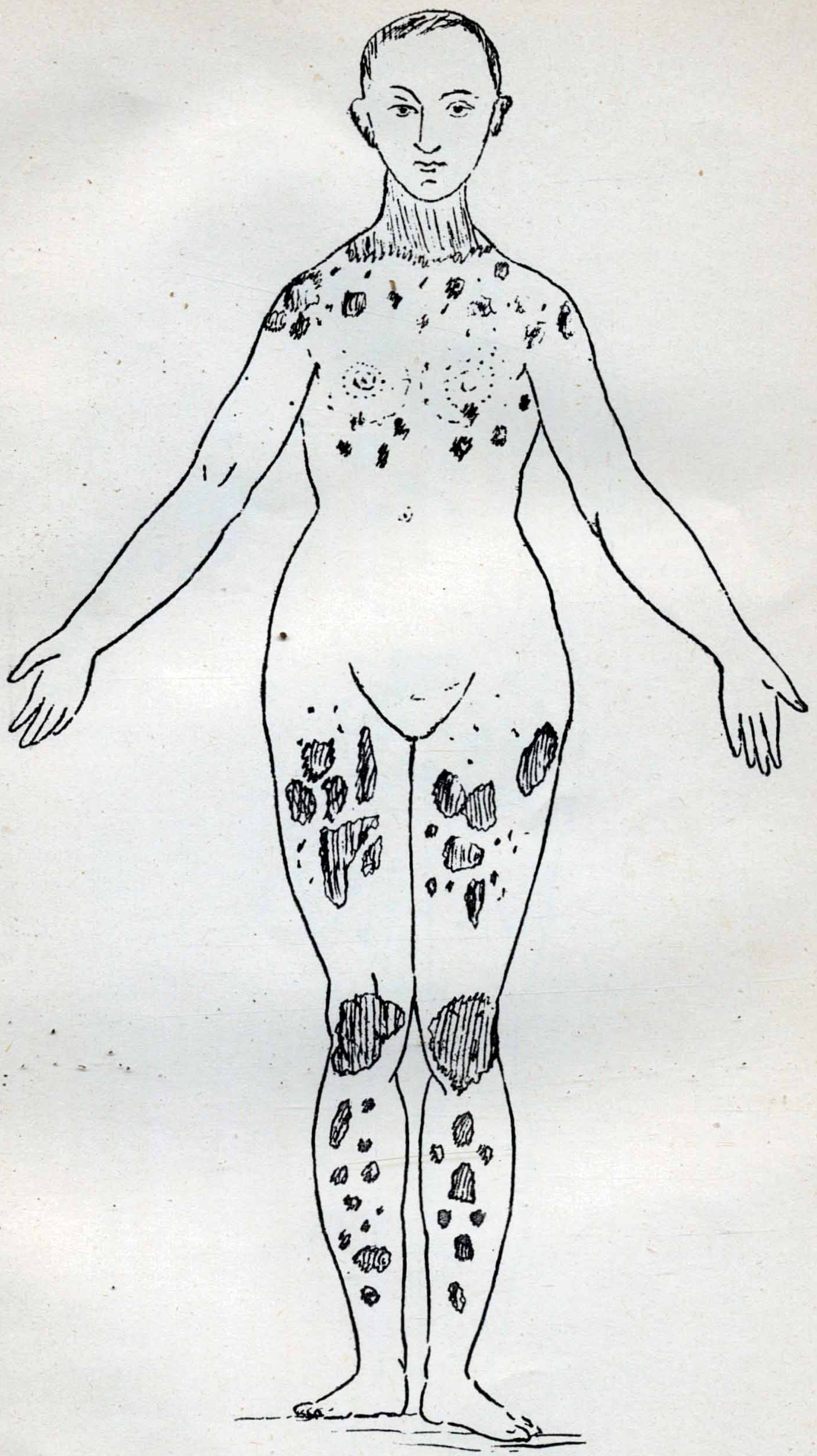


Figura 1.

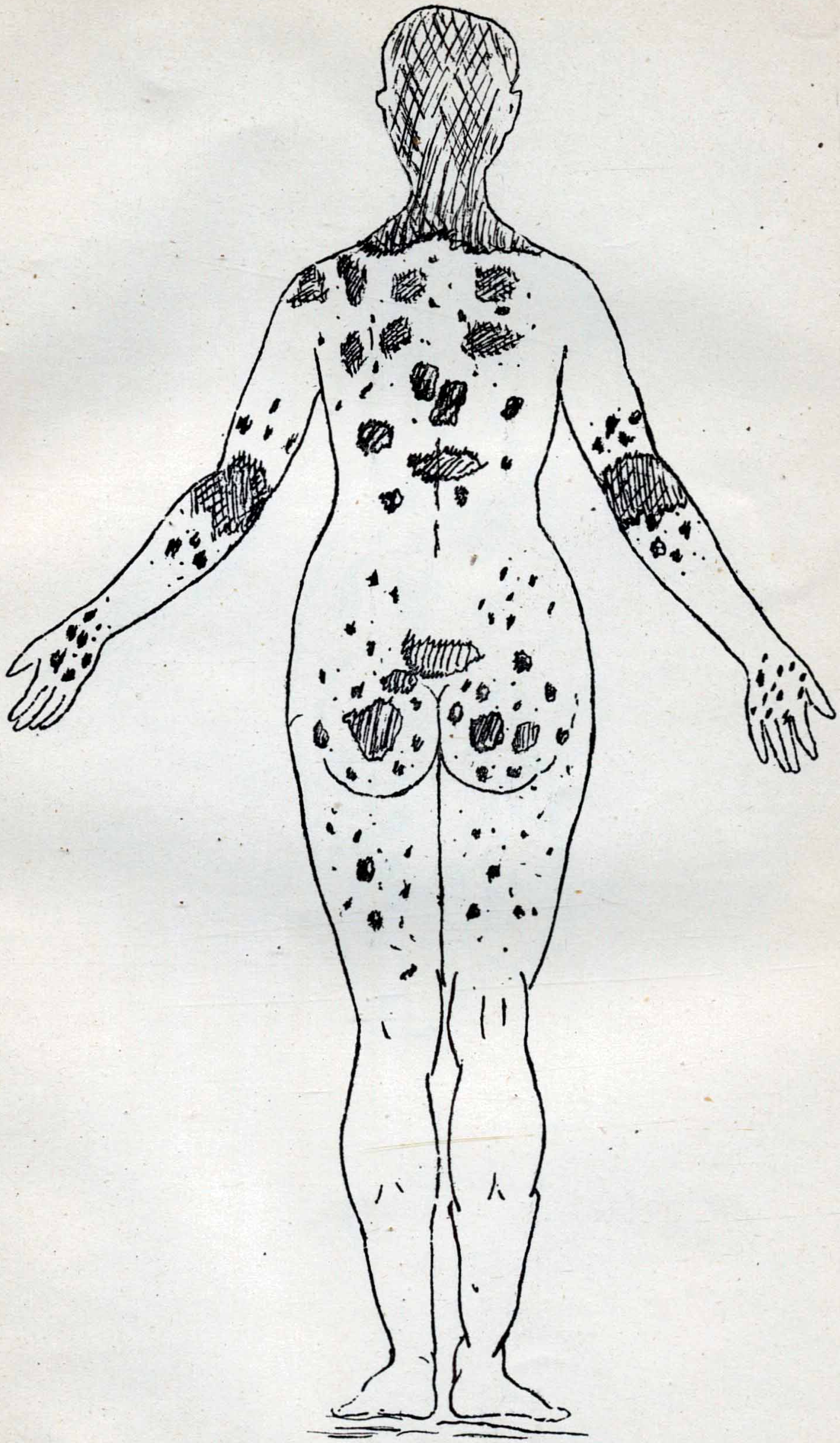


Figura 1.

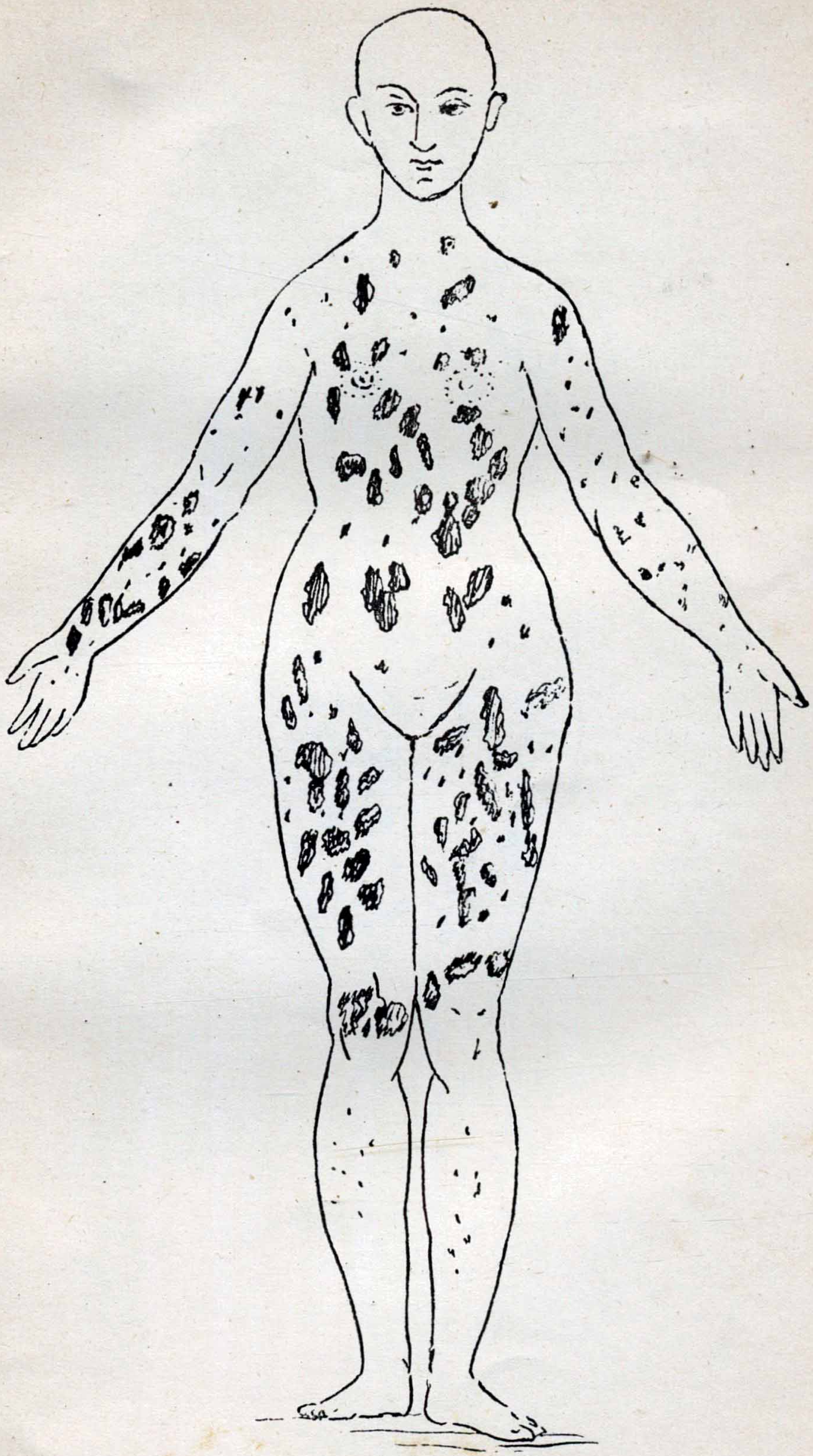


Figura 2.

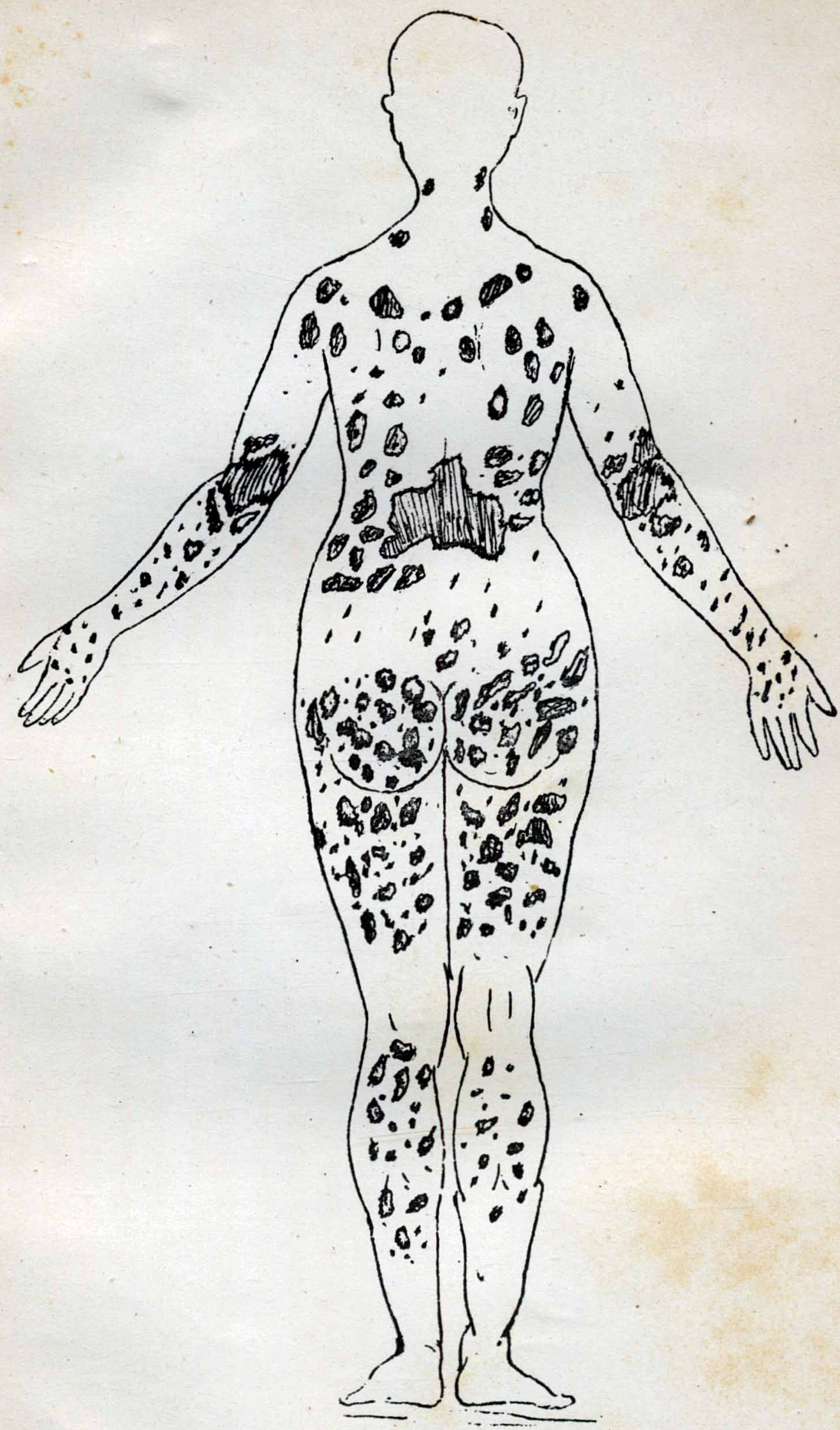


Figura 2.