AÑO 1910. N.° 2140.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESCLERODERMIA GENERALIZADA
Y SU TRATAMIENTO

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ A. RAICES

EX-PRACTICANTE DEL SERVICIO DE CLÍNICA DERMATISIFILOGRÁFICA

DEL HOSPITAL SAN ROQUE (1907-08-09)

"LA CIENCIA MEDICA"

Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES

ESCLERODERMIA GENERALIZADA
Y SU TRATAMIENTO

AÑO 1910. N.º 2140

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESCLERODERMIA GENERALIZADA
Y SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSE A. RAICES

EX-PRACTICANTE DEL SERVICIO DE CLÍNICA DERMATISIFILOGRÁFICA
DEL HOSPITAL SAN ROQUE (1907-08-09)

"LA CIENCIA MEDICA"
Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

PRESIDENTE

DR. D. EUFEMIO UBALLES

VICE-PRESIDENTE

DR. D. PEDRO N. ARATA

MIEMBROS TITULARES

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4. » » EUFEMIO UBALLES
5. » » PEDRO N. ARATA
6. » » ROBERTO WERNICKE
7. » » PEDRO LAGLEYZE
8. » » JOSÉ PENNA
9. » » LUIS GÜEMES
10. » » ELISEO CANTÓN
11. » » ENRIQUE BAZTERRICA
12. » » ANTONIO C. GANDOLFO
13. » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
14. » » ENRIQUE E. DEL ARCA
15. » » DANIEL J. CRANWELL
16. » » HORACIO G. PIÑERO
17. » » JUAN A. BOERI
18. » » ANGEL GALLARDO
19. » » CARLOS MALBRAN
20. » » M. HERRERA VEGAS
21. » » ANGEL M. CENTENO

SECRETARIO

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS HONORARIOS

1. DR. D. EDUARDO WILDE
2. » » MARTÍN SPUCH
3. » » TELÉMACO SUSINI
4. » » EMILIO R. CONI
5. » » OLHINTO DE MAGALHAES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO

Dr. D. ELISEO CANTÓN

VICE DECANO

DR. ENRIQUE BAZTERRICA

CONSEJEROS

Dr. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JUVENCIO J. ARCE
» » J. A. BOERI (Suplente)

SECRETARIOS

Dr D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo) (con lic.)
» » RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	» Alfredo Lanari
Química Médica	» Atanasio Quiroga
Botánica Médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	» Joaquín López Figueroa
Anatomía Descriptiva	» José Arce (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce (con lic.)
Fisiología General y Humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología Externa	» Obdulio Hernandez
Medicina Operatoria	» Leandro Valle
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Pascual Palma
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luis Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi (con lic.)
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología Experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Angel M. Centeno
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito-urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Roberto Wernicke
» Juan R. Fernandez

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS EXTRAORDINARIOS
Física Médica	Dr. Juan José Galiano
Anatomía Patológica	» José Badía
Clínica Ginecológica	» Alfredo Lagarde » José F. Molinari
Clínica Médica	» Patricio Fleming
Clínica Oftalmológica	» Teófilo A. Moret
Clínica Quirúrgica	» Daniel J. Cranwell » Avelino Gutierrez
Clínica Dermatológica y Sifilográfica	» Maximiliano Aberastury
Clínica Neurológica	» José A. Esteves » José R. Semprun
Clínica Psiquiátrica	» Benjamín T. Solari
Clínica Pediátrica	» Antonio F. Piñero
Medicina Legal	» Domingo S. Cavia

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Zoología Médica	Dr. D. J. Greenway
Botánica Médica	» Rodolfo Enriquez
Histología	» Julio G. Fernandez
Bacteriología	» Juan Cárlos Delfino » Leopoldo Uriarte » Alois Bachmann
Higiene Médica	» Felipe Justo
Anatomía Topográfica	» Roberto Solé » Carlos R. Cirio
Clínica Ginecológica	» Jaime Salvador
» Oto-rino laringológica	» Eliseo V. Segura
Patología externa	» Carlos Robertson » Ricardo S. Gómez
Medicina Operatoria	» Pedro Chutro
Patológia interna	» Ricardo Colón » Pedro Labaqui
Clínica Oftalmológica	» Enrique Demaría
» Quirúrgica	» Francisco Llobet » Marcelo Viñas » Marcelino Herrera Vegas » José Arce » Armando Marotta
» Neurológica	» Mariano Alurralde
Medicina Legal	» Pedro Barbieri
Clínica Médica	» Luis Agote » David Speroni Juan J. Vitón
Clínica Obstétrica	» Enrique A. Pardo » Enrique Zárate » Arturo Enriquez » Alberto Peralta Ramos » Faustino J. Trongé
Clínica Pediátrica	» Manuel A. Santas » Mamerto Acuña » Genaro Sisto
» Génito-urinaria.	» Bernardino Maraini » Joaquin Nin Posadas
» Psiquiátrica	» José T. Borda

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía, Fisiología, comparada	Dr. Angel Gallardo
Botánica y Mineralogía	» Adolfo Mújica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y posología razonada	» Juan A. Boeri
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 farmacéutica	» Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Farmacognosia y posología razonadas	Dr. Juan A. Domínguez

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica .	Dr. Fanor Velarde
Parto distócico y Clínica Obstétrica . .	

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica .	Dr. Miguel Z. O'Farrell
	» Ubaldo Fernandez
Parto distócico y Clínica Obstétrica . .	» J. C. Llames Masini

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología, Patología . . .	Dr. León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	» N. Etchepareborda

CATEDRÁTICO SUPLENTE

Dr. Rodolfo Erauzquin

PADRINO DE TÉSIS:

DOCTOR ENRIQUE M. ALLENDE

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI MADRE

A LOS MIOS

Á LOS DOCTORES:

BALDOMERO SOMMER
FRANCISCO SICARDI
IGNACIO ALLENDE
JUAN B. SEÑORANS
ANGEL M. CENTENO
JUSTINIANO LEDESMA
JOSÉ T. BORDA

Señor Decano :

Señores Consejeros :

La esclerodermia, en su forma generalizada, está considerada hasta hoy como una de aquellas afecciones para las cuales la Terapéutica se confiesa impotente para detener su marcha, haciendo así su pronóstico sombrío.

El éxito obtenido por nosotros en el tratamiento de un caso en asistencia en el servicio de Clínica Dermato Sifilográfica del profesor doctor B. Sommer, en el Hospital San Roque, nos ha incitado á elegir á esta enfermedad como tema de esta tesis, creyendo que por primera vez en la Literatura médica se cita un caso sino de curación radical todavía, por lo menos de una mejoría tal, que nos la hace esperar para dentro de breve tiempo.

Al abandonar las aulas de esta Facultad cumplo con el grato y sagrado deber de expresar mi agra-

decimiento sin límites para todos los que en ella derraman con mano pródiga el fruto de su saber y de su experiencia.

Quiero expresar mi profunda gratitud al doctor Enrique M. Allende, que me hace el honor de acompañar en este acto.

Al doctor Baldomero Sommer, el sabio maestro, cuyas lecciones citamos con orgullo cuantos hemos tenido la dicha de ser sus discípulos y á cuyo lado he permanecido durante tres años como practicante de su clínica del Hospital San Roque, ofréscole los sentimientos sinceros de mi respetuosa admiración, cariño y gratitud.

Jamás se borrarán de mi mente las sabias lecciones del profesor doctor Francisco Sicardi, á las que como oyente he asistido. Su austeridad profesional y su bondad inmensa, como inmenso es su saber, ha despertado en lo íntimo de mi ser un sentimiento profundo de veneración, respeto y agradecimiento.

A los doctores Juan B. Señorans, Angel M. Centeno, José T. Borda, Justiniano Ledesma é Ignacio Allende, gratitud y estima.

CAPITULO I

ESCLERODERMIA

DEFINICIÓN - HISTORIA

Definición—Bajo el nombre de esclerodermia se conocen una serie de afecciones de la piel muy vecinas una de otras, caracterizadas bajo el punto de vista objetivo por una induración y un espesamiento de la piel y del tejido celular sub-cutáneo que puede terminar por reabsorción gradual en una atrofía más ó menos marcada de los tegumentos, produciéndose sin causa exterior y pudiendo abarcar toda la extensión de aquellos ó limitarse á una porción más ó menos extensa de los mismos.

Historia—Thirial, en 1847, describe esta afección con el nombre de *escleremia de los adultos*, en oposición á la *escleremia de los recién nacidos*, y á él se le atribuyó el honor de haber descripto por vez primera esta enfermedad hasta que E. Besnier (1), en una publicación hecha en los *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, (1880), revindica para Alibert esta distinción. Dice Besnier en el artículo indicado: « Se hace generalmente á Thi-
» rial el honor de la primera descripción de este es-
» tado mórbido, lo que es inexacto en nuestro sentir,
» no á causa de las observaciones publicadas ante-
» riormente á título de hechos raros ó curiosos, no
» tampoco por diversas razones de poco valer que
» han sido invocadas, sino que este género mórbido
» se encuentra claramente indicado, precisado en sus
» y denominado convenientemente en la « Nosología
» Natural », de Alibert, tomo I, en fol., París 1817,
» clase de las Trofopatías, familia de la Ethmoplico-
» sis (enfermedades del corpus cribosum, tejido ce-
» lular), Género II, Escleremías ».

Cita Besnier, en apoyo de su aserción, varios pasajes de la obra de Alibert, y concluye diciendo: « Alibert no sólo acepta el término *escleremía* creado
» por Chaussier y distingue la *escleremía de los*

(1) Observaciones para servir al estudio de las Dermatoesclerosis.

» *adultos* de la *escleremía* ó *esclerema de los re-*
» *cién nacidos*, sino que también mostró á Biett ca-
» sos de *escleremía parcial* y distingue expresamente
» estos *casos espontáneos de los casos de indura-*
» *ción de la piel debidos á erisipela, heridas*, etc. »

Este término de *escleremías*, según Besnier, absolutamente aceptable, hubiera podido ser conservado, y es aún hoy útil todavía no para substituir á la palabra esclerodermia, consagrada ya por el uso, sino para adjudicarla á la enfermedad de Thirial, á la dermatoesclerosis simple generalizada á la esclerodermia protopática, á la esclerodermia edematosa de Hardy, al edema duro expontáneo, en una palabra, al esclerema de los adultos (denominación impropia, puesto que los niños no están exentos de la enfermedad) y reservar el nombre de *esclerodermia* á las especies y variedades de un género absolutamente distinto de las dermatoesclerosis que comprende la esclerodermia en placas, la morfea de Erasmus Wilson y Tilbury Fox, la esclerodactilia de Ball, las lesiones tróficas de las extremidades digitales, etc., etc.

Después del trabajo de Thirial, Grisolles describe un caso visto por él, Forget (de Strasbourg) recuerda haber observado una enferma atacada de la misma enfermedad y propone llamar á ésta *corionitis*, pues la lesión le parece estar constituída por

una inflamación del dermis ó del corión. Más tarde Gintrac publica cuatro observaciones ; dos propias y dos tomadas de la clínica de un médico italiano.

Putegnac (de Nancy), en 1847, señala en esta induración particular de la piel la presencia de manchas pigmentarias.

Lassegue publica poco después en los Archives de Medicine, la descripción de varios casos observados en Alemania, y Lassegue, en 1861, hace en la misma revista un estudio profundo y concienzudo sobre la etiología de la enfermedad.

Houteloup hace sobre ella su tesis inaugural, reuniendo veinte y siete observaciones.

Ball y Lionville contribuyen á la formación de la historia de la esclerodermia con varios casos presentados á la « Societé de Biologie », de París ; Charcot y Vulpian describen varios casos por ellos observados, y Vulpian hace la primera autopsia de un sujeto atacado de esclerodermia. Rilliet señala el primero la existencia de la afección en los niños ; Panas ha señalado la disposición fasciculada que ofrece la induración cutánea en algunos enfermos. Mirault d'Angers hizo conocer por primera vez las alteraciones de los dedos que más tarde Ball llama *esclerodactilia*.

Las formas descriptas por Addisson con el nombre de *queloides* ; las descriptas por Erasmus Wil-

son con el nombre de *morfeas,* la forma progresiva á comienzo por las extremidades señaladas por Ball, han sido sucesivamente aisladas, incorporadas á la esclerodermia.

En la época contemporánea la afección ha sido objeto de muchas *i*nvestigaciones de importancia variable, hechas en Inglaterra, Alemania, Italia, Francia, etc.

CAPITULO II

ETIOLOGÍA Y PATOGENÍA

Las causas de la esclerodermia están aún hoy muy poco conocidas y mal determinadas. Los enfermos atribuyen, por lo general, el principio de la afección á la impresión del frío húmedo, á la detención brusca de las reglas, á un embarazo ó á una viva emoción.

Thrial cree que es debido al reumatismo que se ha observado efectivamente en varios esclerodérmicos, pero que falta en la mayoría de los casos; otros atribuyen la causa á una modificación ó supresión de las funciones cutáneas, pero sin que sus observaciones se funden en hechos concluyentes é indiscutibles.

Las diversas fases de la vida genital de la mujer parecen tener alguna influencia sobre la producción

de la esclerodermia, y Thirial la atribuye á las alteraciones de la amenorrea, y en ciertos casos excepcionales la enfermedad ha precidido muy de cerca al parto, pero estos casos constituyen la minoría de los observados y no permiten hacer una afirmación terminante.

La fiebre tifoide, el reumatismo poliarticular agudo, la sífilis de muy dudosa influencia, y otras infecciones han podido observarse como antecediendo á la esclerodermia ; lo mismo la tuberculosis, á la que E. Besnier ha culpado en algunos casos, habiéndose observado casos en que la esclerodermia ha evolucionado después de una difteria de una erisipela, de un paludismo y de una pneumonia.

En otros casos se ha atribuído á intoxicaciones como el alcoholismo y el saturnismo.

Se comprende la acción de estas diferentes causas fácilmente aceptando el origen vascular de la esclerodermia.

Zambacco Pachá da á la esclerodermia un origen leproso, al menos en algunas de sus formas, basándose en la coexistencia de síntomas nerviosos, en el carácter de las lesiones esclerosas de los tegumentos, semejante á las que se encuentran en algunos casos de lepra y de otras enfermedades á las que atribuye un origen leproso, pero su teoría cae ante el hecho que hasta hoy no se ha encontrado el bacilo

de Hansen en los tejidos atacados por la esclerodermia.

Los traumatismos parecen tener alguna influencia, sobre todo en la génesis de la esclerodermia en placas.

Se la ha visto desarrollarse en bastante número de casos en sujetos con alteraciones nerviosas muy marcadas, como ser manifestaciones histéricas más ó menos acentuadas ; en sujetos con tendencias vesánicas que la aparición de la esclerodermia hace más marcadas y en epilépticos. Por otra parte, suele verse coincidir las manifestaciones de la esclerodermia con signos de lesiones de los centros nerviosos, tales como hemiatrofia facial progresiva, esclerosis de los cordones laterales. Estos hechos han llevado á concluir á algunos observadores á que la esclerosis es de origen nervioso, y Thirial, entre ellos, sostiene : « que es probable que la patogenia de la esclerodermia sea como la de otras dermatosis, esencialmente compleja y que ella supone á la vez que causas predisponentes, una causa eficiente infecciosa y tóxica, un mecanismo instrumental poniendo en juego intermediarios múltiples, entre los cuales, el sistema nervioso, gran regulador de las funciones orgánicas, juega un papel capital. »

Varios observadores han visto casos en que la esclerodermia en bandas estaba dispuesta en el tra-

yecto de un nervio. Entre otros casos, Colcott Fox las ha visto á lo largo del nervio safeno interno, Kaposi en el trayecto de los nervios intercostales, Besnier en los alrededores del plexus braquial, Hallopeau en el trayecto del braquial cutáneo interno. En otros casos, como el descripto por West, la banda seguía la disposición de un segmento metámero, (en el del tercer segmento lumbar).

En general, se admite que las alteraciones nerviosas determinan lesiones vasculares, las que á su vez engendran las lesiones cutáneas.

La teoría que atribuye á la esclerodermia, un origen vascular ha sido sostenida, entre otros, por Mery, que pone en primer término como causa de la esclerodermia, á la artritis, relegando, al menos en la esclerodermia generalizada que separa de la forma en bandas y placas, á un segundo término á las alteraciones nerviosas.

Leredde y Thomas no creen en este origen vascular de la afección, y en un trabajo aparecido en los « Archives de médicine expérimentale et de anatomie pathologique », 1904, dicen : « Sin embargo, el origen nervioso de las arteritis, de las flebitis y de las capilaritis esclerodérmicas, no está demostrado aún, y es bien probable que las lesiones de la piel, las lesiones conjuntivas en general, no dependan de las lesiones de los vasos » ; y más adelante agregan :

«Las esclerodermias á marcha lenta y progresiva, deben ser la consecuencia de un cuerpo tóxico obrando sobre el tejido conjuntivo y produciendo lesiones dérmicas y subdérmicas, y consecutivamente, alteraciones glandulares, nerviosas y epidérmicas, como consecuencia de las del tejido celular subcutáneo.»

Ultimamente, se ha tratado de relacionar la esclerodermia á alteraciones del cuerpo tiroides, como ser la atrofia tiroidea produciéndose ó no por síntomas acusadores de mixedema, de bocio simple ó de bocio exoftálmico, que se han observado en varios casos. Estas alteraciones darían por resultado una insuficiencia de las secreciones, que traería como consecuencia una transformación fibrosa de los tegumentos, lo mismo que producen las alteraciones características del mixedema, y pudiera suceder que en algunos casos, las afecciones nerviosas que se encuentran en algunos casos de esclerodermia, provocasen las lesiones cutáneas por intermedio de la glándula tiroides, sobre cuyo funcionamiento tiene tan grande influencia el sistema nervioso.

A pesar de haberse publicado casos relativamente numeros por Von Leube, Jeanselme, Raymond, Kahler, Grünfeld y otros, de alteraciones de la glándula tiroides coexistentes con lesiones de esclerodermia, es imposible todavía establecer una relación de causa

entre las dos afecciones, y deducir de ella, la patogenia de la esclerodermia.

En resumen, diré que á pesar de las observaciones en que se fundan y de la autoridad científica de los partidarios de las diversas teorías, no es posible por la misma anarquía de las opiniones, decidirse á aceptar como verdadera una ú otra de ellas.

CAPITULO III

ANATOMIA PATÓLOGICA

El examen histológico de los tegumento atacados por la esclerodermia, ha sido hecho por primera vez por Verneuil, quien halló las lesiones siguientes :

La epidermis se encuentra sumamente adelgazada y sus células, en algunos sitios, son á veces vesiculosas ; la zona de Malpighi está reducida á dos ó tres capas de células, y en ciertos casos, por el contrario, se la ve infiltrada de pigmento y sumamente hipertrofiada. En un caso de Neumann, esta zona ofrecía prolongamientos conoideos que invadían el dermis.

Leredde y Thomas han encontrado en un caso una reducción del cuerpo mucoso, por disminución del número normal de las capas epiteliales y, sobre todo, por el aplanamiento paralelo á la superficie de la piel de estas capas. Las células de la capa generatriz

sobre todo, eran sumamente pequeñas. Entre las células del cuerpo mucoso, la mayoría tenían una cavidad perinuclear aparente, que á veces toma la forma circular, y rechaza al núcleo atrofiado cuya forma es el de una creciente, cuyo centro está á menudo atrofiado, pero conserva siempre la forma de lente biconvexa.

La capa granulosa está formada por células alargadas, colocadas en una ó dos capas, y provistas de abundantes granulaciones de keratohialina.

Las saliencias y depresiones de la capa papilar, desaparecen por completo.

El tejido conjuntivo está formado por manojos de un espesor considerable, y el dermis muy espesado, presenta haces conjuntivos estrechamente apretados unos contra otros, y Lagrange ha encontrado en su interior una gran infiltración leucocitaria.

En el dermis se suele encontrar amas celulares en número variable, rodeando los vasos sanguíneos é infiltrando su vaina, otros amas se encuentran en medio de los tejidos esclerosados, sin tener relaciones de vecindad con los vasos ó los nervios ; estos focos celulares cuya presencia demuestra la existencia de un proceso inflamatorio, son sobre todo, abundantes en la periferia de las lesiones en vías de extensión.

La capa célulo-grasosa está atravesada en todas direcciones por manojos conjuntivos hipertrofiados

y la grasa termina por desaparecer más ó menos completamente.

Los folículos pilosos y las glándulas sebáceas están á veces invadidas por células y fibras conjuntivas. Löschner ha encontrado en un caso un espesamiento considerable del corion que contenía numerosos focos de tejido conjuntivo embrionario.

Vidal, Hebra, Foster, señalan como una de las lesiones más características, de la enfermedad, el espesamiento considerable de las fibras del dermis, el que jugaría un papel importantísimo en la retracción y la compresión de la envoltura cutánea.

En un caso de Neumann, las glándulas sudoríparas estaban hipertrofiadas, lo que es excepcional, pues, por lo común, suelen hallarse completamente atrofiadas.

Los vasos presentan desde el comienzo de la afección, lesiones características, como ser : la proliferación en la túnica adventicia de células embrionarias que organizándose, dan lugar á la producción de fibras elásticas ; las paredes de los vasos están enormemente espesadas hasta tal punto que la túnica media de las arteriolas, tiene aún más del doble de las dimensiones normales y la luz arterial está disminuída y á menudo completamente obliterada.

Goldsmichdt, Marianelli, Mery, han encontrado en

muchos casos la destrucción de la lámina interna de las arteriolas.

Las lesiones de los vasos sanguíneos, no sólo asientan al nivel de las partes en que recorren los tejidos esclerosados, sino que se extienden á una distancia más ó menos considerable de éstas ; las lesiones son, sobre todo, pronunciadas en las esclerodermias generales. Las arterias presentan lesiones de arteritis crónica banal de diversos grados, que toman las diferentes túnicas arteriales, sobre todo, la túnica interna, en la que se producen vegetaciones que disminuyen el calibre del vaso, y á veces, placas de ateroma. Leredde y Thomas han comprobado en las gruesas arterias un espesamiento considerable de esta túnica que tomaba un tamaño igual al de la muscular, su tejido es escleroso y sembrado de células conjuntivas, y su límite era irregular y ondulado. No hay lesiones de periarteritis.

Los mismos observadores han encontrado en la túnica interna de la arteria femoral de uno de sus casos, zonas de degeneración representadas por pequeñas manchas irregulares de un tejido hialino, opaco, mal coloreado por la hematina, formadas de tejido homogéneo y con tendencia á retraerse y separarse de las partes vecinas. En la túnica muscular observaron manchas diferentes, sin contornos netos, bien coloreadas por la hematina, formadas de fibras

lisas alteradas, pero reconoscibles todavía. La túnica externa presentaba una infiltración celular muy considerable y su tejido celular había sufrido una transformación esclerosa más ó menos pronunciada, según los sitios.

Las venas son, en algunos casos, asiento de lesiones tan pronunciadas como la de las arterias, encontrándose á veces sus paredes muy espesadas y formadas por capas conjuntivas superpuestas, y su luz está muy disminuída, produciéndose una verdadera fleboesclerosis de extensión é intensidad variables.

En el sistema nervioso que ha sido objeto de numerosas investigaciones, se han descripto las lesiones más contradictorias.

Los nervios periféricos no han presentado lesiones fuera de su trayecto á través de la piel atacada de escclerodermia.

El sistema del simpático en todos los casos examinados no presentaba lesión alguna.

En un caso, se ha hallado un ligero espesamiento de los vasos de la médula y el bulbo, y Arnozan ha encontrado en otro caso, pequeños focos de desintegración de la médula, y Jacques y Saint-Germain, han visto pequeñas cavidades diseminadas en la sustancia gris, y Calvet y Louis han visto una esclerosis de la médula espinal. Las articulaciones, aun en los casos muy avanzados, no están anquilosadas.

Además de las lesiones expresadas, se han encontrado otras en las diferentes vísceras y tejidos, como ser esclerosis musculares, á veces muy acentuadas en los miembros, el tronco, la lengua, etc. Neumann, entre otras alteraciones, ha observado en un caso, una hipertrofia de los músculos lisos.

CAPITULO IV

SINTOMATOLOGIA Y DIAGNÓSTICO

Desde el punto de vista de la descripción sintomática, se divide á la esclerodermia en tres grandes variedades :

a) Esclerodermia generalizada.
b) Esclerodermia progresiva.
c) Esclerodermia localizada, comprendiendo la esclerodermia en *placas* y en *bandas*.

Esclerodermia generalizada. — Dos períodos sucesivos se encuentran en la marcha de esta variedad, que han sido denominados período pre-esclerodérmico y período esclerodérmico ; pero también se han observado casos en que la enfermedad tiene un comienzo brusco y en que la induración característica de los tegumentos, se presenta *d'emblée*.

Período pre-esclerodérmico. — La enfermedad no comienza siempre con lesiones cutáneas persistentes, muy á menudo se inicia con alteraciones de la salud general, debilitamiento, adelgazamiento y desórdenes del lado del sistema nervioso. El enfermo se queja de dolores musculares y articulares pseudo-reumáticos, hormigueos de los miembros, calambres y de prurito. Poco tiempo después sobrevienen síntomas de asfixia local, *poussées* ampulosas dolorosas de los miembros, otras veces aparecen placas eritematosas, hiperhidrosis, edemas persistentes ó pasajeros, que indican una alteración vaso-motriz muy acentuada.

En otros casos, el comienzo se hace con un estado febril más ó menos acentuado ; con dolores neurálgicos de asiento variable, principalmente intercostales y faciales ; con dolores articulares que recuerdan á los del reumatismo poliarticular agudo, pero menos intensos, que pueden durar varias semanas antes de que aparezcan los primeros síntomas cutáneos.

Período ensclerodérmico. — Después á estos fenómenos prodrómicos sucede un período edematoso prolongado y neto en la mayoría de los enfermos. En este período, los tegumentos aumentan de espesor, y á veces presentan deformaciones que recuer-

dan á las que se ven en los edemas de los cardíacos ó de los renales. Este edema se caracteriza por la dificultad con que se deprimen bajo la presión del dedo.

La induración de los tegumentos aumenta rápidamente, al punto que éstos toman una consistencia leñosa, los movimientos se obstaculizan, y terminan por ser imposibles. La piel no se deja plegar, y en algunos casos, es imposible atravesarla con una aguja y la palpación da una sensación análoga á la del mármol ó de la madera.

No existe comunmente límite bien marcado entre las partes enfermas y las sanas, y á menudo la transicción se opera de un modo insensible y una inspección atenta deja ver que existe alrededor de las lesiones cutáneas una zona de invasión, caracterizada por un estado liso, semirígido y resistente de la piel que tiene además una coloración especial.

Después de esta induración se muestra rápidamente una retracción atrófica que hace que la piel parezca muy corta para recubrir las partes subyacentes que parecen estranguladas por un forro muy estrecho; los enfermos dicen tener una sensación de constricción que comparan á la producida por un vendaje muy apretado.

La región enferma parece formar una masa uniforme, á la que es imposible imprimir movimientos.

Se ven algunos pliegues de la piel sana converger hacia las partes enfermas, indicando el tironeamiento que éstas ejercen sobre las partes vecinas.

Los movimientos limitados en su extensión por el estado de las partes vecinas, traen como consecuencia una actitud forzada que es característica. Cuando la afección toma el tórax, la piel de esta región no se deprime al nivel de los espacios intercostales, su induración impide el ensanche de los diámetros toráxicos, y determina alteraciones respiratorias á veces intensas y graves. En las muejres, los senos se hacen cónicos (*senos de estatua*) y el mamelón se deprime.

La piel de las regiones enfermas se pigmenta de un modo semejante á la melanodermia de la enfermedad de Addison. Esta pigmentación puede invadir las partes sanas. Otras veces, el color es gris lívido ó blanco brillante, como el de una cicatriz.

Sobre esta pigmentación anormal, asienta á veces el vitiligo que jaspea en zonas decoloradas, el tinte uniforme de los tegumentos.

En un enfermo que Fereol presentó á la Société Médical des Hôpitaux, el tinte de la piel era análogo al que presentan los adissonianos, y Fereol propuso denominar esta discromia *vitiligo punteado*.

El sujeto murió de viruela y la autopsia comprobó

que sus cápsulas suprarrenales no presentaban lesión anatomo-patológica alguna.

La secreción sudoral está generalmente disminuída y á veces totalmente abolida : en cambio, la secreción sebácea es normal, y aun, en un caso de Köbner se produjo un acné sebáceo.

En las partes atacadas se ve, por lo general, una desaparición completa de los pelos con atrofia de los folículos pilosos.

La forma llamada generalizada, rara vez lo es tal en el estricto sentido de la palabra, y, por lo general, se limita á una extensión más ó menos grande de los tegumentos.

La nutrición de estos enfermos sufre alteraciones graves que los debilitan ; así se ven constipaciones obstinadas unas veces, diarreas profusas en otros casos, pérdida del apetito, fenómenos de astenia nerviosa, y estos sujetos abandonados á sí mismos terminan por sucumbir á enfermedades infecciosas, sobre todo, á la pneumonía, para la que parecen ofrecer una gran susceptibilidad.

Las localizaciones viscerales se observan, sobre todo, del lado del riñón y del aparato circulatorio, cuyas funciones están ya obstaculizadas por la insuficiencia de la circulación cutánea y la dificultad del mecanismo de la hematosis que ocasiona la inextensión del tórax. Así es frecuente en estos casos,

ver á los sujetos concluir por uremia ó por lesiones del miocardio y del endocardio ó por alteraciones debidas á la arterio-esclerosis.

Esclerodermia progresiva .—Esta variedad se caracteriza por comenzar generalmente por las extremidades, sobre todo por las extremidades superiores é invadir progresiva y simetricamente otras rejiones extendiéndose casi tanto como la forma anterior.

Generalmente su primera manifestación es una anemia ó una cianosis de uno ó varios dedos dando una sintomatología fácilmente confundible con la enfermedad de Raymond.

Estas crisis de asfixia se suceden rápidamente unas á otras y la piel está constantemente violácea, las uñas toman un tinte azulado quedando los dedos tumefactos en los intervalos de los accesos. Más tarde aparecen ulceraciones en la pulpa de los dedos y en los alrededores de las uñas que al separarse dejan una cicatriz deforme. Estas ulceraciones pueden llegar hasta el hueso que se desnuda en una extensión más ó menos considerable, presentándose bajo la forma de un secuestro negruzco que al eliminarse da lugar á la formación de muñones más ó menos extensos.

Las uñas se atrofian, se deforman hasta el punto

que á veces solo hay un rudimento de uña bajo forma de un cuerno duro, espeso y adherente por una base estrecha como las uñas de los dedos de los pájaros.

A esta forma de esclerodermia se le ha dado el nombre de *esclerodactilia* adoptado hoy por la mayoría de los patologistas sin designar por esto una forma de esclerodermia limitada única y esclusivamente á los dedos. La esclerodactilia es en realidad una localización inicial pero transitoria de un estado mórbido suceptible de extenderse á toda la piel.

Esclerodermia localizada. — Esta variedad se presenta en placas ó en bandas.

La placa se presenta en su iniciación como una mancha epidérmica de color rosado ó lijeramente violáceo que excepcionalmente desde sus comienzos tiene un carácter atrófico.

Esta mancha se agranda rápidamente, se hace ovalar, se descolora en el centro primeramente, y después en casi toda su extensión conservando en su periferia una zona violácea que Tilbury Fox denominó LILAC RING. Simultáneamente la piel se espesa y se indura y la placa definitivamente constituída toma un color blanco más ó menos amari-

llento «eburneo» de marfil viejo, cuyo centro es á veces rosado y presenta varicosidades.

La superficie es lisa y unida y á veces lijeramente escamosa, muy raramente fisurada ó escamada y siempre desprovista de pelos. Las funciones de la piel están abolidas en este nivel y al tacto da una sensación de rudeza particular que Besnier y Doyon comparan á la piel helada por el cloruro de etilo.

Fácilmente se puieden seguir todas las faces por que pasa la placa antes de su constitución definitiva; en su período de crecimiento es puramente eritematosa; á este eritema se agrega después una hiperpigmentación en cuyo instante la placa no desaparece bajo la presión del dedo y en su período final se decolora é indura. Erasmus Wilson llama á esta afección con el nombre de *Mórfea*.

La *esclerodermia en bandas* asi llamada por la disposición característica de las lesiones, ocupa generalmente una mitad del cráneo, un costado del tórax ó un segmento de miembro. Esta topografía parece relacionarse por lo general con la distribución de las ramificaciones de un nervio periférico.

Al nivel de las bandas los tegumentos se retraen y con el tiempo toman un aspecto apergaminado; encontrándose los movimientos obstaculizados á su nival.

Diagnóstico. — La esclerodermia generalizada se presta muy poco á confusiones á los más la tumefacción de los tegumentos pudiera ser tomada con un edema de origen cardiaco ó renal pero su mayor consistencia, su generalización más completa y su desembolvimiento casi idéntico en las diversas rejiones basta para establecer el diagnóstico.

Del mixedema del cual tiene algunos de los caracteres, se diferencia por el aspecto especial de la cara del mixedematoso (cara de luna llena) por la evolución más lenta y por las alteraciones intelectuales que acompañan al mixedema.

Las cicatrices de cualquier origen pueden tomar el aspecto de una placa de esclerodermia pero se diferencia en su configuración más irregular, por la ausencia del lilac ring y cuando son antiguas, por la flexibilidad de los tegumentos á su nivel.

Las cicatrices queloides ó hipertróficas, tienen igualmente una configuración más irregular que las placas de esclerodermia, su superficie es desigual é irregular y son asientos de dolores expontáneos.

CAPITULO V

TRATAMIENTO

Muchas y diversas medicaciones generales se han empleado para el tratamiento de la esclerodermia en sus diversas formas; pero en la mayoría de los casos los resultados obtenidos han sido sumamente pequeños cuando no han fracasado por completo.

Los yoduros, en particular los de sodio y potasio; las cales mercuriales, han sido empleadas como resolutivos, pero sin éxito alguno.

Medicamentos que obran sobre el aparato vaso motriz y sobre el sistema nervioso, tales como los bromuros, las sales de quinina, la antipirina, las preparaciones de valeriana, no han conseguido modificar las lesiones y sólo cuando más han obrado sobre los fenómenos nerviosos concomitantes.

Los tónicos más variados como el arsénico, los fos-

fatos, los cacodilatos, los glicerofosfatos, el aceite de bacalao, no influencian al proceso mismo y sólo combaten las alteraciones de la nutrición que á él se asocian.

E. Besnier ha preconizado las inhalaciones de oxígeno en la axfisia local de las extremidades y en la esclerodermia progresiva, con lo que ha conseguido retardar la evolución del proceso angioescloroso y sobre todo las consecuencias de la insufiente irrigación de las extremidades y atenuar los desórdenes de la hematosis de origen mecánico en las esclerodermias que invaden el torax.

Los diaforéticos, tales como la pilocarpina, los baños de vapor, etc., han sido usados para corregir el deficiente funcionamiento de las glándulas en doríparas y la infiltración edematosa de los tegumentos, pero sólo han dado algún resultado cuando había una integridad por lo menos relativa de la circulación de la parte enferma. La medicación tiroidea empleada en un gran número de casos en que se había constatado la coexistencia de la esclerodermia con lesiones del cuerpo tiroides y Marsh, Lustgarten, Gayet, dicen haber obtenido buenos resultados mientras Aler, Stelwagor, Deschfield, Uhlerchusth, han visto fracasar la medicación.

Suponiendo un origen reumático á la escleroder-

mia, se han empleado los salicilatos sin resultado alguno.

Se han empleado los baños eléctricos sobre todo en la esclerodermia localizada d'emblée. Las aguas termales de Bareges, Uriages, Bagnères de Bigorre, de Louchon, han dado en algunos casos mejorías notables.

En las escrerodermias localizadas, sobre todo, se han empleado medicaciones locales como los linimentos á base de esencia de trementina, de cloroformo, etc., sin mayor éxito.

Las aplicaciones permanentes de emplastos mercuriales (de Vigo, rojo de Vidal), pueden ayudar á la resolución de las placas de esclerodermia.

El masaje cuotidiano trae una disminución de la esclerodermia localizada y en placas. Este masaje puede hacerse con una sustancia grasa indiferente y preferentemente con una pomada yodurada ó con aceite de hígado de bacalao.

La electrolitis es el más útil de todos los tratamientos locales, pero se la aplica casi exclusivamente á la esclerodermia en placas ó en tandas.

Brocq ha obtenido un resultado notable por la electrolisis negativa, empleando la siguiente técnica :

El enfermo tiene con una mano el polo positivo formado por un cilindro metálico recubierto con piel de camello, embebida en agua ligeramente salada ; el

polo negativo con el que se obra sobre la lesión está constituído por una fina aguja recta de platino iridiado, sobre cuyo tallo se coloca antes de la operación á la altura correspondiente á la profundidad máxima á la que se le va hacer penetrar una calzadora de cera de sellar.

La colocación de esta calzadera es muy simple, basta calentar la extremidad de una barra de cera de sellar, después de ponerla en contacto con la aguja á la que se vá á aplicar, se imprime entonces á la aguja un movimiento de rotación gracias al cual un pequeño fragmento de cera se arrolla alrededor del tallo de la aguja y cuando la cera se enfría queda perfectamente adherida.

Se introduce la aguja en un punto cualquiera de la placa y á la profundidad querida y si el sujeto no es muy pusilánime ó si se opera con corrientes de intensidad débil de uno á dos y medio miliampéres, se puede fijar el polo positivo bajo forma de una placa ó de un brazelete en un punto cualquiera del cuerpo y si se opera con una aguja cargada de electricidad si el sujeto es pusilánime ó si se quiere emplear corrientes relativamente intensas (de 3 á 8 miliampéres) es preferible hacerle tomar poco á poco el polo positivo formado en ese caso por un cilindro ó una placa metálica sobre la cual se ponen progresivamente los dedos.

Cuando se fija con un lazo el polo positivo en una parte cualquiere del cuerpo se puede si se trata de una placa única de esclerodermia aplicarlo cerca de esta y limitar asì la acción de la corriente eléctrica.

Si se trata de una esclerodermia generalizada ó en bandas, es mejor aplicar dicho polo lejos de la lesión para que todo el organismo sufra la acción curativa de la corriente, lo que se obtiene haciendo tomar el polo positivo formado por una placa ó cilindro.

Las observaciones hechas en la esclerodermia en bandas muestran que las partes no tocadas por las picaduras de la aguja, curan con la misma rapidez que aquellas sobre las cuales la corriente electrolítica obra directamente.

La introducción de la aguja suele presentar algunas dificultades ; es necesario ir lenta y progresivamente imprimiendo á la aguja (que debe ser tallada á facetas), un movimiento de rotación sobre su eje. Si á pesar de esto no penetran, es necesario combinar la rotación con el pasaje de una corriente eléctrica, que por débil que sea, permite siempre la penetración de la aguja por grande que sea la indura-ción de los tegumentos.

Cuando el espesor de los tegumentos es muy considerable, es necesario introducir un largo de aguja

igual á la profundidad de la infiltración de los tegidos.

Si la piel está poco espesada al nivel de la placa de esclerodermia, debe introducirse la aguja oblicuamente haciéndola recorrer un trayecto intradérmico casi paralelo á lasuperficie de los tegumentos.

La intensidad de lacorriente debe variar :

1º Según los sujetos ; 2º Según el grado de infiltración de los tegidos.

En los niños se debe obrar con corrientes de intensidad débil)medio á un miliampere) y lo mismo en los adultos pusilánimes. En los sujetos valerosos pueden emplearse corrientes de cinco á diez miliamperes.

Cuando los tejidos son muy espesos é indurados, la corriente debe pasar un tiempo mayor que en los de menor induración, para obtener un resultado útil y en estos casos es necesario emplear un mayor número de elementos para obtener igual intensidad que cuando se obra sobre pieles finas, pues la resistencia al pasaje de la corriente eléctrica que ofrecen los tegumentos, es en estos casos muy considerable.

En la segunda aplicación debe introducirse la aguja que forma el polo positivo, á una distancia tal de la primera picadura que las zonas blanquecinas de los tegumentos queproduce el pasaje de la corriente, sean justamente tanjentes entre sí ; el mismo cuidado se tendrá en las aplicaciones subsiguientes.

Cuando se usan corrientes de 3 miliamperes, pasando durante 10 á 15 segundos, las picaduras deben ser hechas á una distancia de 8 á 12 milímetros una de otra.

Del estudio de los diversos tratamientos que hemos enumerado se deduce que sólo enla esclerodermia en placas y en bandas se ha obtenido algún éxito únicamente con el masaje y la electrotisis, quedando indemne á la acción de los diversos medios terapéuticos la esclerodermia generalizada.

Nosotros en el caso que presentamos al final de este trabajo inaugural, hemos empleado la FIBROLICINA, obteniendo un éxito indudable y creemos que por primera vez en la literatura médica, se ofrece, sino un caso de curación completa de esclerodermia generalizada, por lo menos en estado de franca y grande mejoría, que nos hace suponer que dentro de poco su sanación será absoluta, de modo que el pronóstico sombrío que hasta hoy tiene esa enfermedad será reemplazado por uno muchísimo más benigno.

Antes de entrar á la descripción de nuestro caso y creyéndola de utilidad práctica, vamos á hacer una ligera reseña histórica de este nuevo agente terapéutico cuyas indicaciones se hacen cada vez mayores y cuyos éxitos son de más en más numerosos y brillantes.

CAPITULO VI

FIBROLISINA -- THIOSCINAMINA

La *fibrolisina* es una sal doble, compuesta por media molécula de salicilato de sodio y una molécula de *thioscinamina* (alisulfo carbamido) cuerpo que se obtiene calentando dos partes de esencia de mostaza con una parte de alcohol absoluto y 7 partes de amoniaco ; al cabo de algunas horas el olor de la mostaza y del amoniaco desaparece y cristaliza una sustancia que es la thioscinamina.

Hebra (hijo), empleó con algún éxito esta sustancia en inyecciones hipodérmicas para el tratamiento del lupus. Entre nosotros *Sommer* la ha empleado desde hace mucho tiempo y ha hecho fabricar el jabón de thioscinamina para tratar cicatrices.

A. Hartz relata un caso de estenosis pilórica en la cual el tratamiento por la thioscinamina ha dado

por resultado después de una serie de 23 inyecciones que los sufrimientos del enfermo desaparecieron el apetito mejorará y el peso aumentará. Basta, según él, inyectar 1 centímetro cúbico de solución de thioscinamina por dosis y hacer dos inyecciones por semana. Von Tabora ha obtenido resultados sorprendentes en la aquilia gástrica y en casos de ptosis del estómago en reloj de arena. El ha inyectado todos los días en los miembros 1 ctm. cúbico de solución de thioscinamina en agua glicerinada al 20 %, empleando al mismo tiempo un modo de masaje no descripto hasta ahora.

En casos de retracciones cicatriciales debidos á quemaduras extendidas de la cara y el brazo, Mellín ha obtenido una mejoría notable y Riese y H. Halaez, han obtenido un éxito sorprendente en un caso de estrechez exofágica debida á la injestión de ácido sulfúrico concentrado. Ellos emplearon cada tres días una inyección de un centímetro cúbico de thiossinamina en solución alcohólica al 15 % y ya en el mismo día de la segunda inyección el enfermo pudo tragar leche y se le pudo introducir la sonda estomacal, lo que antes había sido imposible. Cuando se hubo hecho 6 inyecciones la estrechez del exófago estaba enteramente curada.

Lewandowski ha publicado un caso interesantísimina como pasajera y ha podido constatar que esta

acción disminuía con el tiempo, particularmente en las estrecheces del canal de la uretra. Las contraturas volvieron al cabo de seis meses.

Lewandowski ha publicado un caso interesantísimo sobre acción de la thioscinamina. En un niño atacado de difteria escarlatinosa, se habían desenvuelto bajo la conjuntiva bulbar vasos muy ramificados fuertemente varicosos, que eran asiento de una inyección parcialmente roja y parcialmente azulada, mientras el iris aparecía como ahogado, espesado y despedazado al nivel del borde pupilar. Instalaciones de homatropina é inyecciones de una solución alcohólica de thioscinamina, determinaron al cabo de ocho días la dilatación de la pupila y catorce días más tarde los filamentos de las sinequias se habían hecho muy delgados. Parece, pues, que la acción de la homatropina puede ser secundada por la thioscinamina que tiene por efecto reblandecer las cicatrices y preparar un campo apropiado para la acción de la homoatropina (*Lewandowski, Therapie der Gegenwart,* 1904, número 3).

G. Lidestri atribuye á la acción directa de la thioscinamina la regresión de un fibroma uterino que ha podido observar, habiendo determinado la thioscinamina por alteración de la nutrición del neoplasmo, provocado una atrofía degenerativa con reblandecimiento y reabsorción.

W. Friedländer ha publicado interesantes observaciones sobre el tratamiento de bridas pleuréticas por la thioscinamina. El ha inyectado durante tres meses, al principio dos veces por semana, dos divisiones de la jeringa de Pravaz, de una solución de 3 gramos de thioscinamina en 15 gramos de agua destilada y 15 gramos de glicerina. En seguida ha elevado esta dosis cada vez de dos divisiones hasta inyectar una jeringa entera de Pravaz cada cuatro ó cinco días, habiendo constatado al cabo de algunas semanas un aclarecimiento del sonido de percusión; el murmullo vesicular se había hecho perceptible á través de la pleura; la respiración se había hecho más fácil y más profunda, la disnea había disminuído y los órganos vecinos desplazados por las adherencias pleurales, habían vuelto á su posición anatómica normal. El paciente probó un sentimiento de bienestar y un alivio muy manifiestos (1).

Como se ha acusado á lai nyección de thioscinamina de ser excesivamente dolorosa se ha preparado por Merck la fibrolisina, que posee todas las propiedades de la thioscinamina y cuya inyección es absolutamentei ndolora.

La fibrolisina puede emplearse en inyecciones subcutáneas, intramusculares é intravenosas en do-

(1) W. Friedlander-Wiener Klinische Rundschau.

sis de dos cm. cúbicos 3 (una ampolla) cada dos ó tres días. La inyección subcutánea debe ser hecha empleando las precauciones antisépticas convenientes; en la piel de los miembros ó del dorso ó al nivel del sitio de la afección. La inyección intraglutea es más agradable y absolutamente indolora y la inyección intravenosa es de efectos más rápidos y seguros.

Groskurth ha empleado la fibrolisina en un caso de myositis osificante en el que además del dolor á la presión había una restricción muy considerable de los movimientos de la articulación del codo izquierdo. El antebrazo estaba flexionado sobre el brazo formando un ángulo de 90° y no podían efectuarse movimientos activos ni pasivos. Después de haber inyectado algunos centímetros cúbicos de fibrolisina las tumefacciones se hicieron más pequeñas, más blandas y más móbiles, la sensibilidad disminuyó, los movimientos se hicieron más fáciles y llegó á conseguir la movilidad perfecta del miembro después de la inyección de doce ampollas en cinco semanas.

H. Krusinger ha obtenido brillantes resultados en dos casos de pneumonía crupal que tardaba en resolverse. En uno de los casos se trataba de una mujer de 23 años, en la cual al fin de 5 semanas no se observaba ningún progreso en la resolución de la

pneumonía. Empleó la fibrolisina inyectando cada dos días una ampolla (2 centímetros cúbicos 3). La mejoría se produjo inmediatamente. Después de las primeras inyecciones y desde la segunda se constató la desaparición de la fiebre. Después de 8 inyecciones hechas en el espacio de 16 días, el pulmón fué encontrado normal á la percusión y á la auscultación. En el otro caso se trataba de una niña de ocho años en que Krusinger obtuvo un éxito igual empleando unai nyecció nde 1,5 centímetros cada dos días. En ambos casos se notó al mismo tiempo una mejoría del estado general, el crecimiento del peso del cuerpo y la caída lentamente progresiva de la temperatura.

T. Costa ha obtenido buenos resultados en el tratamiento de cicatrices extensas ; Gerdino los ha obtenido en las adherencias peritoneales ; Ch. Billaud en el reumatismo articular fibroso crónico. S. Gara en ankilosis graves de las articulaciones. Schnütgen publicado sus observaciones sobre adherencias pleurales tratadas por la fibrolisina. El la ha empleado siempre en inyecciones intramusculares hechas en la región glutea dos ó tres veces por semana, según la gravedad del caso. Confirma la opinión de Mendel, según la cual el sitio de la inyección no tiene ninguna influencia sobre la acción del medicamento, y pasa á dar los resultados obtenidos con su

aplicación. En los casos recientes ha observado una disminución en las masas adherentes, una mejoría de los síntomas mórbidos sujetivos y objetivos, la disminución de los dolores lascinantes y de la disnea. El murmullo vesicular y la resonancia vocal disminuídos se hicieron más intensos y la matitez disminuyó. En los casos antiguos los resultados no fueron tan manifiestos. La conclusión es que las inyecciones de fibrolisina deben emplearse inmediatamente después de la reabsorción, más ó menos completa del derrame pleural, cuando existan signos de la producción ó la presencia de bridas.

La fibrolisina parece tener la propiedad de aumentar la leucocitosis como Leonardo lo ha observado y propone sustituir el ácido nucleínico por la fibrolisina.

En las personas muy debilitadas el medicamento debe usarse con circunspección.

Nosotros hemos empleado en nuestro caso inyección de una ampolla (2 c. c. 3) cada dos días primeros y más tarde cada 8 días, después de haber comprobado que la inyección, después de un cierto tiempo, revelaba una probable saturación del organismo, notable por la formación de abcesos asépticos en el sitio de la inyección. Estos abcesos bajo forma de botones subcutáneos indurados tardan mucho tiempo en reabsorverse y son bastante doloro-

sos, habiéndonos hecho suspender la medicación durante un largo lapso de tiempo, pues la inyección al principio bien tolerada producía inmediatamente después esos abcesos que en nuestra opinión demuestran que ella no es reabsorvida fácilmente cuando se emplea en gran cantidad.

Los resultados que hemos obtenido es, como podrá verse á continuación, sumamente halagüeños y satisfactorios. Nuestro enfermo, cuyo tórax, abdómen, pene, bolsas y muslos en sus dos tercios superiores presentaba una superficie indurada leñosa sin pliegues naturales, sin que fuera posible tampoco producirlos ; con los movimientos de los miembros inferiores sumamente dificultados, con una respiración dificultada por la induración de los tegumentos del tórax, está hoy sumamente mejorado y en vías de curación completa. Su piel ha disminuído en gran parte su espesor, los pliegues inguinales al principio casi borrados se marcan hoy normalmente ; es posible y fácil plegar su piel en cualquiera de las partes afectadas ; los movimientos respiratorios se hacen bien y los movimientos de la marcha son perfectos.

Estos resultados nos parecen definitivos, pues después de haber tenido una suspensión de tratamiento de más de tres meses, las lesiones no sólo no han avanzado, sino, lo que es más han retrocedido.

HISTORIA CLÍNICA

Clínica Dermatosifilográfica de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires.—Profesor doctor Baldomero Sommer. — Jefe de Clínica doctor Nicolás V. Grecco.

Hospital San Roque.—Sala VIII

Cama número 16.—Francisco V..., 56 años, casado, español, zapatero.—Diagnóstico *Esclerodermia generalizada.*

Antecedentes personales — Dice que desde niño ha tenido un temperamento muy sanguíneo, que le obligaba á hacerse aplicar sanguijuelas todos los años, pues notaba una gran congestión de los tegumentos y snítomas de apoplejía.

Refiere haber tenido varias veces ataques que no especifica bien, durante los cuales el vientre se le hinchaba, con gran dolor general, fiebre, constipa-

ción tenaz, pérdida del apetito y vómitos. El dolor era intenso y contínuo hasta el punto de no dejarle conciliar el sueño durante los 2 ó 3 días que duraba el ataque.

Pasado el ataque la constipación absoluta continuaba, lo que le obligaba á tomar un purgante que le ocasionaba verdaderas debacles intestinales que duraban cuatro y cinco días.

A los 26 años tuvo una blenorrajia, de la que curó al mes y medio. Después de curada esta blenorrajia notó al poco tiempo la aparición de una gran cantidad de manchas color café oscuro diseminadas por todo el cuerpo, de tamaño variable y sin que le ocasionaran prurito ni otra incomodidad alguna. Se hizo atender por un profesional que le ordenó una bebida de color blanco á tomar por cucharaditas de café, una antes de cada una de las principales comidas, con lo que vió desaparecer las manchas.

A los 28 años tuvo un chancro en el prepucio que curó sin haber producido infartos ganglionares y sin que jamás haya tenido manifestación alguna que denotare una infección sifilítica.

Desde hace más de diez años es un constipado tenaz, de modo tal que es necesario administrarle día por medio una dosis de magnesia calcinada para

que mueva su vientre. Desde hace 15 años tiene hemorroides internas no procidentes.

Enfermedad actual. — Dice que después de haberse expuesto á un enfríamiento grande en el taller en que trabajaba, sintió un vivo dolor en el vientre alrededor de la región umbilical, dolor que el enfermo compara al de un cólico y que duró dos ó tres días, después de los cuales comenzó á sentir un prurito intenso en la región genital de donde se extendió rápidamente á todo el resto del cuerpo, este prurito se acompañaba de una sensación de calor intenso. Debido á esto, ingresa á este servicio el 20 de Agosto de 1907, donde á los pocos días se pudo ver iniciarse un espesamiento de la piel del tórax abdómen, muslos en sus dos tercios superiores y del escroto y prepucio, extendiéndose por último al cuello. Este espesamiento aumenta progresivamente y aparece una induración que borra los pliegues normales de la piel, el enfermo se mueve con dificultad el cuello está régido. A la palpación daba una sensación de dureza leñosa y era imposible poder plegar la piel. En el cuello se nota poco después la formación de un proceso pustuloso, cuyas pústulas estallan dando salida á pus y sangre, tratadas por ponada de cerato simple, óxido zinc y resorcina cura dejando como restos á ambos lados del cuello dos

cicatrices de aspecto queloide, colocadas en el punto de inserción clavicular del cleido mastoide. Estas cicatrices se ven aún hoy y son sumamente molestas para el enfermo.

A medida que la induración ha ido creciendo, la piel de las regiones atacadas se ha hiperpigmentado con una pigmentación olivácea.

El enfermo guardaba cama constantemente, pues los movimientos de la marcha estaban obstaculizados y le eran penosos.

En este estado continúa hasta el 5 de Marzo de 1909 en que comenzamos hacerle el tratamiento de las inyecciones de fibrolisina.

El examen hecho en esta fecha dá como resultados los signos clínicos que mencionamos en el párrafo anterior.

En esta fecha practicamos la primera inyección en la región deltoidea del brazo derecho. Desde ese día continuamos inyectando cada dos días una ampolla (2 c. c. 3) alternando las regiones deltoideas, hasta el 2 de Agosto de 1909 en que los brazos en el sitio de las inyecciones son asiento de una tumefacción dolorosa con todo el aspecto de un abceso.

Hacemos notar que las inyecciones han sido hechas con las reglas más extrictas de asepsia y antisepsia.

Visto que era imposible hacer la inyección en los brazos, hacemos el 2 de Agosto una en la región hipogástrica. Examinado el enfermo el día 3 vemos en el sitio de la inyección una tumefacción redondeada, dura, sumamente dolorosa, según manifiesta el enfermo, y decidimos suspender el tratamiento vista su intolerancia. Hasta esa fecha se ha hecho un total de 48 inyecciones cada una de 2 c. cúbicos 3.

El examen del sujeto revela una notable mejoría. Los tegumentos del cuello han perdido en gran parte su induración, los movimientos se hacen normalmente y solo molestan al enfermo dos cicatrices de aspecto quiloide situados á los lados de los tendones cleido-mastoideos.

La piel del tórax y del vientre ha recobrado en gran parte su flaxidez, no se nota ya la sensación de dureza leñosa que daba á la palpación, es posible producir pliegues en casi toda ella, la sequedad que en el comienzo se notaba, ha desaparecido y la piel está ligeramente húmeda.

Solo alrededor del ombligo ha resistido á la acción de la fibrobisina una placa del tamaño de dos palmas de la mano.

En los días subsiguientes la tumefacción de los brazos presentan los mismos caracteres y no muestran tendencia á la supuración.

En Octubre 5, hacemos una nueva inyección de

2 c. c.3 en la región hipogástrica que no es bien tolerada por el enfermo.

La tumefacción de los brazos va desapareciendo poco á poco sin haber supurado y habiéndose hecho un tratamientos de fomentaciones calientes ; se palpan diseminados algunos botones indurados no dolorosos sobre los cuales la piel es móvil.

La pigmentación olivácea de la piel enferma, muestra en algunos sitios una tendencia á disminuir de intensidad.

El 24 de Dicembre comenzamos de nuevo el tratamiento pero espaciando las inyecciones y haciendo una por semana ; régimen que continuamos hashoy ,siendo muy bien toleradas por el enfermo.

Examen actual. — Marzo 17 de 1910. — Las lesiones han ido retrocediendo cada vez más y la piel de las regiones enfermas, ha recobrado su flexibilicasi normal. La placa que existía alrededor del ombligo ha desaparecido por completo. Solo se nota en algunos sitios pequeñísimas placas induradas pero ya muy reblandecidas y con marcada tendencia á desaparecer.

Las cicatrices del cuello han cedido á la aplicación de *emplasto de fibrolisina* que se aplicó en Marzo 18 y si bien no han desaparecido aún por completo molestan mucho menos al enfermo y dejan ver que pronto desaparecerán.

La pigmentación olivácea tan marcada al principio de la enfermedad ha desaparecido en muchos sitios y en los que aún permanece, su color es menos intenso.

Desde la fecha hemos combinado el tratamiento de fibrolisina con el masaje, esperando ver activar la desaparición del tejido fibroso que aún existe.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

1.ª — La esclerodermia generalizada debe ser borrada del catálogo de las enfermedades incurables y su tratamiento racional debe consistir en el empleo de la fibrolisina en forma de inyecciones, jabón y emplasto.

2.º — Es conveniente cuando se emplea durante largo tiempo este medicamento, espaciar las inyecciones á objeto de evitar su intolerancia; pudiendo hacerse á intervalos de 5 á 6 días una de otra.

3.º — Es probable que en todas las lesiones en que haya neoformación de tejido fibroso patológico se obtengan francas mejorías empleando la fibrolisina.

4.º — En las lesiones cutáneas superficiales de la esclerodermia en que la fibrolisina en inyección tarda en hacer sus efectos, debe emplearse el *emplasto* de fibrolisina que activa la curación.

BIBLIOGRAFIA

Brocq, Besnier y Jacquet. — La practique Dermatologique.

E. Raymond. — Leçons sur les maladies du sisteme nerveux.

*Leredde y Thomás*I — Archives de medicine experimentale et de Anatomie pathologique.

Alquier. — Gazzette des Hopitaux.

Hardy. — Traité des maladies de la peau.

Ball. — Dictionaire des Sciences Medicales.

Kaposi. — Maladies de la peau.

E. Boutier. — Thèse du Doctorat, París 1886.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Giornale italiano delle malattie de la pelle.

Hallopeau y Leredde. — Dermatologie.

Bulletin de la Societé Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Annales de Merck.

Buenos Aires, Marzo 29 de 1910.

Nómbrase al señor Consejero Dr. Baldomero Sommer, al profesor titular Dr. J. B. Señorans y al profesor suplente Dr. J. Nin Posadas, para que constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tésis, de acuerdo con el Art. 4.º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. Cantón.

R. S. Gómez.
Secretario.

Buenos Aires, Abril 13 de 1910.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presenta tésis, según consta en el acta N.º 2140 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Cantón.

R. S. Gómez.
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El tratamiento por medio de la fibrolisina, necesita ser complementado con el masage ?

B. Sommer.

II

El tratamiento opoterápico de la Esclerodermia existe ?

J. B. Señorans.

III

Influencia de la fibrolisina en las estrecheces de la uretra.

J. Nin Posadas.