

dos por una congestión vascular intensa con exudación de mucha serosidad y de algunas células linfoides en los espacios intercelulares del dermis y en las papilas; en una palabra, existe congestión con edema activo.

El examen de la piel hecho en el momento en que se tiran líneas con un cuerpo romo y se produce la urticaria artificial (que no es más que la exageración de los fenómenos que constituyen la raya vaso-motora ó raya de Trousseau) permite apreciar la manera de formarse los habones. La primera fase, que falta en la urticaria espontánea, es el resultado de la constricción activa de los capilares por la influencia de la excitación directa, y se distingue por la raya blanca que aparece; en seguida se forma una línea roja, efecto de la congestión que tiene su origen en la parálisis vaso-motora; aparece después, en su lugar, una eminencia que se pone blanca, representa el habón urticado y es debido al edema que determina la exudación de líquido fuera de los vasos dilatados; la decoloración es el resultado de la anemia que aparece al comprimir á los vasos el líquido exudado. Se comprende cómo esta anemia, resultado indirecto de la congestión vascular, sólo existe en las partes centrales de la eminencia urticada, y cómo la rubicundez persiste en su periferia, donde la congestión no ha terminado todavía exudando líquido.

El mecanismo del desarrollo de los habones y su existencia efímera no son compatibles con una alteración material y permanente de los tejidos: se trata de trastornos vaso-motores *sine materia*, de una angio-neurosis.

ETIOLOGÍA. — Las causas de la urticaria son de las más variables.

No todos los individuos se encuentran igualmente predispuestos á padecerla; aparece, en primer término, en aquellos cuya nutrición es perezosa, que son calificados de reumáticos nerviosos; en otros se presenta mediante causas diversas y variables en cada enfermo. Además de estas causas existen otras extrañas que pueden determinar la aparición de la urticaria.

Las causas determinantes de ésta, se dividen en internas y externas.

Entre las externas, unas son comunes y obran por excitación mecánica directa de los elementos periféricos del sistema vaso-motor; ejemplo, las presiones accidentales ó intencionadas; éstas dan origen á habones (urticaria provocada) en los individuos en que está desarrollándose una erupción de urticaria; en otros, que no la padecen espontáneamente, se presenta cuando se irrita su piel por medio de una presión fuerte. A estos casos se les ha dado los defectuosos nombres de autografismo y dermografismo, que recuerdan la facilidad con que se reproducen en relieve las letras marcadas en la piel del enfermo con un cuerpo romo, como un portaplumas; se observa este fenómeno casi exclusivamente en los individuos muy neuropáticos.

Varios parásitos (piojos, chinches, pulgas, orugas, mosquitos, en particular) provocan la urticaria en casi todos los individuos; con más facilidad en los adultos de piel fina y en los niños. Su manera de obrar es compleja; resulta de la excitación mecánica de los elementos nerviosos del dermis, producida por el picotazo del parásito y por los arañazos que se hace el enfermo al rascarse, á cuya excitación se une la de una substancia, que introduce el mismo animal é irrita químicamente los elementos vaso-motores. Esta última manera de obrar es la que interviene casi exclusivamente en el desarrollo de la urticaria por la ortiga común (*urtica dioica*).

Entre las causas determinantes internas, figuran en primera línea los *ingesta*; y entre éstos, los moluscos, crustáceos, pescados de mar, fresa, frambuesa, helados, carne de cerdo y carne de caza. En los individuos predispuestos á padecer urticaria, uno ó muchos de estos alimentos (siempre los mismos) provocan la erupción. Otras veces obran de igual manera las substancias medicamentosas, particularmente la quinina, el copáiba, la trementina, etc.

Además, el estado constitucional del enfermo y los trastornos gástricos, entre los que está, en primer lugar, la dilatación del estómago, favorecen el desarrollo de la urticaria *ab ingestis*. En realidad, ésta es de origen tóxico; pues los productos venenosos que contiene la substancia ingerida, ó que se forman por la perturbación de los órganos digestivos, hacen que el trastorno angioneurósico llamado urticaria aparezca en los individuos predispuestos.

De igual suerte, ciertos productos, elaborados espontáneamente por el organismo y no eliminados por las vías naturales, dan lugar á esta dermatosis, como se observa en la uremia y en las afecciones ictericas. Los quistes hidatídicos producen la urticaria, cuando por su ruptura provocan la intoxicación hidatídica, cuya existencia han comprobado las hermosas investigaciones del profesor Debove. Algunas enfermedades infecciosas (en primer lugar el paludismo; en segundo, las pioemias) son causa de la urticaria, por efecto de las alteraciones humorales á que dan origen, ó de las substancias tóxicas elaboradas por sus micro-organismos patógenos.

En realidad, es á una intoxicación (hetero ó auto-intoxicación) á quien es debida las más veces la urticaria; la intervención del sistema vaso-motor (única que se citaba hace algunos años) no basta por sí sola para producir habones; pues este sistema se pone en acción por una causa tóxica, y resulta que la urticaria es, como el eritema, una afección de causa compleja.

Algunas veces puede citarse, como única, la influencia del sistema nervioso; como en el caso del estudiante de medicina que, después de haber oído á Hardy una lección acerca de la urticaria, fué á enseñarle su cuerpo cubierto de habones; de igual suerte, las erupciones de urticaria que, en ciertos niños reumático-nerviosos, acompañan al brote de los dientes deben atribuirse á un trastorno reflejo de la inervación de los vasos cutáneos; y también es preciso atribuir á un trastorno vaso-motor la urticaria generalizada que sigue á los baños de río en algunos individuos predispuestos.

Por lo que hace á la urticaria idiopática, que sobreviene sin causa apreciable, no es necesario en la actualidad refutarla. Las que se llaman fiebres urticadas deben considerarse como efecto de alguna infección ó de un envenenamiento desconocido, cuya causa ha de buscarse en los alimentos ingeridos.

DIAGNÓSTICO. — Es fácil conocer la urticaria. El desarrollo y desaparición rápida de elevaciones blancas con bordes rojos y pruriginosos no dan lugar á duda. La causa de esta dermatopatía es lo único que hay que buscar con detenimiento al hacer el diagnóstico.

PRONÓSTICO. — La urticaria es más molesta que grave, por su picor; pues los trastornos viscerales importantes coexistentes son de lo más raro. No obstante, la repetición de sus brotes llega á ser un verdadero suplicio; además, la urticaria es indicio de un estado constitucional, cuya importancia no debe desconocerse; en los jóvenes puede ser la primera manifestación de una der-

mopatía grave y rebelde, el prurigo de Hebra, por lo que es de pensar que se trata de una urticaria que recidiva.

TRATAMIENTO. — Modificar el organismo de modo que desaparezcan las causas, sean lesiones de las vísceras ó alteraciones humorales, que constituyen una predisposición á la urticaria; además, suprimir todos los *ingesta* y los parásitos que son causa de ésta: tales son las dos indicaciones de la profilaxis de dicha afección, con cuya observancia pueden evitarse las recidivas.

Cuando ya se ha desarrollado la erupción, si no es debida á una causa puramente externa, debe usarse un purgante, para evacuar la substancia tóxica que la ha producido, ó la antiseptia intestinal, según los preceptos del profesor Bouchard y además los diuréticos, particularmente la leche. El empleo de los calmantes acaso sea necesario para moderar la excesiva agitación del enfermo.

Los medicamentos vaso-motores, en particular la quinina, ergotina, belladona, pueden disminuir la duración de un brote de urticaria.

El tratamiento externo debe consistir en el uso de los diversos antipruriginosos, en particular el ácido fénico en lociones de  $\frac{1}{2}$  ó 1 por 100, lociones de ácido cianhídrico, lociones ó pomadas de mentol, cocaína, etc., á las cuales se asocian aplicaciones muy repetidas de polvos de almidón. Los baños prestan buenos servicios; pero á veces producen erupciones violentas, por lo cual debe haber prudencia en su empleo.

BIBLIOGRAFÍA: H. Leroux, Article Urticaire du *Dict. encycl. des sciences méd.*, 5<sup>e</sup> série, t. 1, p. 598. (Bibliographie étendue jusqu'à 1885.) — Rapin, Sur quelques formes rares d'urticaire chronique, urticaire géante, urticaire interne; *Rev. méd. de la Suisse romande*, nov. et déc. 1886, p. 673 et 746. — Debove, Pathogénie de l'urticaire hydatique, *C. R. Acad. des sciences*, déc. 1887, p. 1285. — P. Raymond, De l'urticaire pigmentée; Th. de doctorat; Paris, 1887-1888. — Jacquet, Note sur le mode de production des élevures de l'urticaire; *Annales de Dermat. et de Syph.*, sept. 1888, p. 529. — Achard, De l'intoxication hydatique; *Arch. génér. de méd.*, 1888, t. II, p. 410 et 572. — Crouslé, Étude sur l'urticaire interne; Th. de doctorat; Paris, 1888-1889. — Comby, L'urticaire chez les enfants; *Bull. Soc. méd. des hôpit.*, 1889, p. 437. — J. Renaut, Sur une forme de la gangrène successive et disséminée de la peau; l'urticaire gangréneuse; *La Médecine moderne*, 1890, 20 févr., p. 163. — Cornu, Contrib. à l'étude de la dermatographie; Thèse de doctorat; Paris, 1889-1890. — Courtois-Suffit, Œdème aigu de la peau; *Gaz. des hôpit.*, 30 août 1890, p. 913. — C. Fox, On urticaria in infancy and childhood; *Brit. Journ. of Dermat.*, 1890, p. 133 et 176. — P. Raymond, Remarques anatomo-pathologiques et cliniques sur l'état dermatographique de la peau; *France méd.*, 1890, p. 770.

## VI

## Pitiriasis.

Se llama pitiriasis (πιτυριον, salvado) á una serie de afecciones en que se observa una descamación pequeña y delgada.

Este grupo es menos numeroso que antes; pues se han separado de él muchos casos denominados en otro tiempo pitiriasis simple, para incluirlos en el eczema seco, y los de pitiriasis del cuero cabelludo, para comprenderlos en la seborrea.

Además de la pitiriasis versicolor, afección parasitaria producida por un dermatofito, se incluyen en la pitiriasis:

1.º La *pitiriasis rubra*, que debería llamarse eritrodermia exfoliadora y constituir un solo grupo, incompletamente conocido, de afecciones raras, caracterizadas por la presencia de escamas que tienen su asiento sobre un fondo rojo generalizado y son de evolución lenta. Su estudio es muy complejo para caber en este sitio.

2.º La *pitiriasis rubra pilaris*, descrita por Devergie, G. Besnier y Richaud, es poco frecuente de evolución lenta, tiene escamas epidérmicas gruesas, que en la salida de los pelos forman conos resistentes que descansan sobre un fondo de color rojo difuso.

3.º La *pitiriasis circinada* de G. Vidal, debida á un hongo especial, el *microsporion anomæon*, forma manchitas circinadas, de color de rosa, apenas salientes, poco escamosas, que se hallan en el tronco, los brazos ó muslos, evolucionan con lentitud, tienen el tamaño de una moneda de 50 céntimos ó una peseta y aparecen aisladas ó confluentes formando placas más ó menos extensas.

4.º La *pitiriasis rosada de Gibert* que, por su frecuencia, merece una descripción completa.

## PITIRIASIS ROSADA DE GIBERT

DEFINICIÓN. — Gibert llama pitiriasis rosada á una afección que aparece en el tronco y miembros en forma de elementos redondos, rojos, escamosos en su parte céntrica, de marcha excéntrica, que se desarrolla de un modo cíclico y termina curándose.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA. — Empieza la pitiriasis rosada por una prominencia papulosa, redonda, miliar, que después crece con rapidez hasta adquirir el volumen de un guisante, es roja y desaparece, casi del todo, por la presión. Estas lesiones se extienden por su periferia, conservando su forma redondeada, y pronto sale en su centro una escamita blanca y adherente. A medida que crecen, se ensanchan y al mismo tiempo se deprime su parte céntrica, se hace más ostensible el estado escamoso y su epidermis aparece brillante y arrugada, lo cual se ve bien con la lente y es característico de la enfermedad; su borde periférico permanece algo elevado, conservando su color rojo, mientras que el centro es pálido ó de color de gamuza. Dichas lesiones llegan á tener 15 á 25 milímetros de diámetro y aun más, y continúan aisladas formando medallones redondos ú ovals, según dice Tournier. Con frecuencia se agrupan formando superficies irregulares de contornos sinuosos y festoneados.

Después que han durado algún tiempo, se deprimen, dejan una ligera descamación y por fin desaparecen.

Las prominencias papulosas, los elementos circinados y los medallones se asocian en un punto, constituyendo una erupción polimorfa. Entre estos elementos, se ve ordinariamente una placa más ancha, que ha precedido á las otras, á la cual Brocq llama placa primitiva.

Un prurito ligero ó casi imperceptible existe en los sitios enfermos.

El asiento preferente ó, para hablar mejor, el asiento inicial es casi siem-

pre la parte anterior y la posterior del tórax, en las cuales existen los elementos más desarrollados y característicos; de aquí se extienden de arriba á abajo por el tórax y miembros inferiores. Esta progresión se verifica por el desarrollo de nuevas lesiones en forma de brotes subintrales, que continúan por espacio de cinco ó seis semanas.

La duración total de la enfermedad varía entre quince días y dos meses; excepcionalmente se prolonga mediante numerosos brotes sucesivos, de lo que Hallopeau cita un caso que duró cuatro años.

ETIOLOGÍA. — La pitiriasis rosada se observa en los adultos de veinte á treinta años, sobre todo en aquellos que tienen piel fina y delicada. Jacquet y Feulard la han visto coincidir con la dilatación del estómago.

Es más frecuente en la primavera que en las otras estaciones. Jamás recidiva.

DIAGNÓSTICO. — La pitiriasis rosada ha sido confundida con la *roseola sífilítica*, por su generalización, forma y color. Difiere de ésta por su predominio en la parte superior del tronco, el aspecto arrugado de la zona central de sus elementos y la falta de otras manifestaciones sifilíticas.

Algunas formas de *eczema seborréico* simulan la pitiriasis rosada; pero se distinguen por aparecer en la porción media del tórax, de delante á atrás, por la presencia de pequeñas vesículas ó de grietecillas consecutivas á éstas en el borde de las placas, por la humedad de la erupción en algunos sitios, por la seborrea coexistente en el cuero cabelludo, por lo mucho que dura la erupción y la frecuencia de las recidivas.

La *trichofitia generalizada* no es tan extensa como la pitiriasis rosada, no tiene su simetría ni su predilección por las partes superiores del tórax; sus círculos están rodeados por una zona de elevaciones epidérmicas vesiculosas, evolucionan con más rapidez y son más grandes que los elementos de la pitiriasis rosada. Además, con el microscopio se encuentran esporos de *trichophyton*.

La *pitiriasis marginada* de E. Vidal es más lenta, no es regular ni simétrica, y en ella se puede hallar un parásito especial: el *microsporion anomæon*.

La *pitiriasis versicolor* forma, sobre el tórax, manchas de color variado, parecido al del café con leche, dura meses y aun años, y deja desprender, por la uña, escamas delgadas características.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Las lesiones de la pitiriasis rosada se reducen á una infiltración difusa y discreta de células emigrantes en la parte superficial del dermis, donde se acumulan, principalmente alrededor de los vasos. La capa córnea de la epidermis se halla engrosada. En la capa granulosa y cuerpo mucoso de Malpighi no se encuentra alteración alguna.

No se ven parásitos constantes en las escamas ni en los pelos de las regiones afectas. Los únicos parásitos que se hallan son microbios comunes, que existen en la epidermis sana. No hay esporos análogos á los del *trichophyton* (Balzer, Darier, Jacquet).

NATURALEZA. — Hebra y Kaposi consideran á la pitiriasis rosada como una forma de *trichofitia*, denominándola *herpes tonsurans maculosus*. La falta de esporos de *trichophyton* impide sostener esta opinión.

La marcha cíclica y regular, el asiento constante en ciertas regiones, apar-

tan de la idea de una afección parasitaria de causa externa. La edad de los enfermos y la falta de recidivas la aproximan á las fiebres eruptivas; Bazin la consideraba como pseudo-exantemática y hoy es permitido afirmar que es infecciosa. Es verdad que no se ha probado su contagio, aunque se observa con gran frecuencia en ciertas estaciones y que Horand y R. Crocker han visto simultáneamente muchos casos en una misma familia.

TRATAMIENTO. — La marcha regular del mal hácia la curación y la poca intensidad de los síntomas contraindican todo tratamiento activo. Polvos emolientes ó inertes, baños de salvado con borato de sosa, bastan casi siempre para calmar los síntomas funcionales cuando son algo intensos.

BIBLIOGRAFÍA: E. Vidal, Du pityriasis circiné et marginé; *Annales de Dermat.*, 1882, p. 22. — L. Brocq, Étude critique et clinique sur le pityriasis rubra; *Arch. génér. de méd.*, 1884, t. I, p. 550, et t. II, p. 58 et 167. — E. Besnier, Observations pour servir à l'histoire du pityriasis rubra pilaire; *Annales de Dermat.*, 1883, p. 253, 398 et 485. — Petrini, Crocker, Jamieson, Brocq, Unna, etc., Discussion sur le pityriasis rubra pilaire et les dermatites exfoliantes généralisées primitives; *Compte Rendu du Congrès internat. de Dermat.* Paris, 1889, p. 43. — Moingeard, Étude sur le pityriasis rosé de Gibert; *Thèse Paris*, 1888-1889. (Bibliographie.) — Barduzzi, Roseola pitiriaca; *Giorn. Ital. d. mal. ven. e d. pelle*, 1889, p. 27. — G. Thibierge, Le pityriasis rosé de Gibert; *Gaz. hebdom. de méd.*, 1890, p. 612. — Feulard, Roséole syphilitique et pityriasis rosé; *Bull. Soc. franç. de Dermat.*, 1891, p. 96.

## VII

## Psoriasis.

DEFINICIÓN. — Desde Willan se llama *psoriasis* á una dermatosis que tiene escamas blancas, de dimensiones variables, que descansan sobre una base roja, que con facilidad da sangre y cuyos brotes se reproducen, por lo general, durante toda la vida, dejando algunos periodos de reposo.

DESCRIPCIÓN. — El elemento primitivo del psoriasis es una pequeña eminencia de aspecto papuloso, redonda, del tamaño de la cabeza de un alfiler ó mayor, de color rojo vivo ó rojo moreno; en su vértice tiene una escama blanca y delgada, que se desprende fácilmente por medio de la uña, dejando al descubierto una superficie brillante, que da gotas de sangre por el más ligero arañazo. Cuando dicho elemento es más ancho, las escamas son más gruesas y blancas; brillan, cuando no son muy grandes; pero si son extensas, tienen un aspecto comparable al del yeso. Si, por la reunión de una serie de elementos, se forma una placa, las escamas se resquebrajan, con hendiduras profundas que llegan á la superficie del dermis, sin excoriarlo; en este caso, las escamas son gruesas, de tamaño desigual, se encuentran divididas en capas que se cubren sucesiva é irregularmente. Debajo de estas escamas voluminosas la piel está brillante, roja y sangra, lo mismo que en el sitio que ocupan los elementos de tamaño pequeño. Esta coloración se extiende por la periferia de las escamas, formando una zona roja ó morena, de tamaño variable, y que se observa constantemente alrededor de dichas escamas, cuando están desapareciendo.

Cualquiera que sea el tamaño de los elementos, su base no presenta induración

ni engrosamiento, ni indicios de neoplasia dérmica, lo cual es importante para el diagnóstico.

En muy pocos casos, especialmente cuando se trata de psoriasis inveterados, las placas tienen en su superficie eminencias verrugosas ó papilomatosa, (psoriasis vegetante), que no deben ser confundidas con los epitelomas que se desarrollan en la superficie de las placas psoriásicas.

Los elementos eruptivos del psoriasis ofrecen aspectos y formas muy variables. Unas veces son de dimensiones pequeñas, redondos y se hallan diseminados por grandes extensiones de superficie cutánea (*psoriasis guttata*).

Con más frecuencia, por la reunión de muchas lesiones próximas, ó más bien por la extensión progresiva de éstas, se forman verdaderas placas, de un tamaño que varía entre el de una peseta y el de un duro ó el de la palma de la mano, redondas ó alargadas, irregulares á veces, ó de bordes festoneados. Estas placas están cubiertas de escamas gruesas ó de algunas delgadas, y tienen un color rojo moreno casi uniforme, cuando ocupan los pliegues articulares.

Las lesiones pequeñas suelen formar anillos, dando lugar á una circunferencia rosada ó roja, cubierta de escamas poco gruesas y que tiene en su centro color normal ó un poco moreno.

Otras veces los círculos son de gran tamaño, el de un duro y aun más; son más ó menos regulares, algunas veces incompletos, de contornos continuos ó interrumpidos por trechos; con frecuencia se enlazan, formando contornos parecidos á los de los mapas y están cubiertos de escamas gruesas; á esta variedad de psoriasis la llamó Willan *lepra vulgar*, cuyo nombre sólo tiene interés histórico, y debe ser abandonado para evitar las confusiones.

Cuando el psoriasis tiende hacia la curación, disminuye la intensidad del color rojo periférico, las escamas se adelgazan y no se reproducen después de caerse, mengua la rubicundez de la placa y concluye por desaparecer; pero deja en su lugar una mancha pigmentada, de color moreno más ó menos oscuro, que dura algún tiempo y se borra poco á poco.

El psoriasis tiene su asiento de preferencia en determinados, aunque exclusivos sitios; empieza casi siempre por los codos y rodillas, pero en ocasiones se ven libres estos puntos. La parte anterior de las piernas y las regiones glúteas son muchas veces invadidas. Se presenta también en el cuero cabelludo, formando escamas redondas, gruesas, atravesadas perpendicularmente por los cabellos y desprendiéndose con facilidad; traspasan la línea anterior del pelo y se implantan en la frente. En los casos de mucha intensidad, se observa en los segmentos superiores de los miembros y en el tronco, en el cual tienen las placas su mayor tamaño. En el mismo aparece casi siempre el *psoriasis guttata*.

Rara vez se encuentra en la cara, en las regiones palmares y en las plantas, por más que alguna vez se manifiesta en esos sitios, dando origen á formas atípicas de diagnóstico difícil.

Ordinariamente se ve en distintos grados de intensidad en todas las regiones; se generaliza en los casos antiguos y mal tratados, y en los casos graves se extiende con rapidez por toda la superficie cutánea.

Cualquiera que sea su asiento y forma, el psoriasis es poco pruriginoso, y únicamente lo es cuando se le irrita por una causa externa ó cuando se presenta en individuos muy alcoholizados.

Las uñas se alteran lo mismo que la piel; se las ve sembradas de puntitos, semejantes á los que se hacen al pinchar con un alfiler, á veces gruesos ó irregulares, y por el corte tienen aquellas un aspecto semejante al de la médula de junco. Dichas lesiones son consecutivas á las psoriásicas del limbo ungueal, pero pueden también desarrollarse sin haber escamas de psoriasis en los dedos.

Estas respetan las mucosas; pues la afección á que Bazin da el impropio nombre de psoriasis lingual, y que hoy se denomina leucoplasia ó leucokeratosis, nada tiene que ver con el psoriasis cutáneo, del que difiere por completo, y con el cual jamás existe.

El psoriasis va acompañado algunas veces (5 por 100, según E. Besnier) de manifestaciones articulares, bien estudiadas por Bourdillon, que varían desde la simple artralgia, hasta las artropatías más determinadas. Las últimas son parciales y con frecuencia aparecen con el tipo del reumatismo nudoso, ó bien se generalizan, correspondiendo al tipo de reumatismo óseo ó del fibroso. No se manifiestan sino después de muchos brotes de psoriasis, y en ciertos casos graves terminan por un estado de enfermedad crónica de la articulación.

Las vísceras de los psoriásicos no son asiento de lesiones que puedan atribuirse á su enfermedad. Sin embargo, Hardy ha indicado que en aquellos se desarrolla muchas veces el cáncer visceral.

Debe recordarse que se observan epitelomas en la superficie de las placas de psoriasis, de lo que Pozzi, Cartaz, J. White y H. von Hebra han citado ejemplos. Esto no es el resultado del desarrollo natural de las escamas psoriásicas, sino la consecuencia de la irritación que éstas producen en la piel, y que desde este punto de vista, debe ser comparado al epiteloma de las cicatrices y al que se complica con el lupus.

MARCHA. — El psoriasis evoluciona siempre por brotes sucesivos de intensidad variable, separados por intervalos de descanso, durante los cuales la piel recobra su aspecto normal y se limpia, como usualmente se dice.

Los primeros brotes son poco intensos y se localizan en los sitios de elección; los siguientes tienen una intensidad y una extensión mayores.

Dichos brotes aparecen con intervalos variables, alejándose por la influencia del tratamiento; pero algunas veces se aproximan tanto, que se hacen subintrantes. Varias causas, particularmente las faltas de método, los excesos alcohólicos y la menospausia hacen que se repitan más á menudo.

La afección puede ser considerada como incurable, pues cualquiera que sea la eficacia del tratamiento contra los brotes de psoriasis, es casi imposible impedir definitivamente que se reproduzca.

COMPLICACIONES. — Además de la metamorfosis epiteliomatosa que pueden experimentar las escamas de psoriasis, se ve sobrevenir, complicándose con éstas, una flegmasia generalizada de la piel, con gran rubicundez, descamación abundante, caída del pelo y uñas y los fenómenos generales graves que caracterizan á la herpétide maligna exfoliativa de Bazin. Esta complicación, poco frecuente, no es especial del psoriasis, sino que se observa en todas las dermatosis extensas y rebeldes.

CAUSAS. — El psoriasis es más frecuente en el hombre que en la mujer; empieza en la infancia ó en la adolescencia, y excepcionalmente en la edad adulta.