Año 1908 Nº. 1897

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO

DE LOS

Chancros sifilíticos extra-genitales

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ANDRÉS MIRANDA

Ex-alumno de la Escuela de A. de Sanidad Militar—Ex-practicante mayor del Hospital Militar—Ex-practicante mayor de la Cárcel de Encausados

BUENOS AIRES

TIPOGRAFÍA DE LA CÁRCEL DE ENCAUSADOS

1908

1652

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO

DE LOS

CHANCROS SIFILÍTICOS EXTRA-GENITALES

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

Artículo 162 del R. de la F.

Año 1908 Nº. 1897

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO

DE LOS

Chancros sifilíticos extra-genitales

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ANDRÉS MIRANDA

Ex-alumno de la Escuela de A. de la Sanidad Militar—Ex-practicante mayor del Hospital Militar—Ex-practicante mayor de la Cárcel de Encausados.

BUENOS AIRES

TIPOGRAFÍA DE LA CÁRCEL DE ENCAUSADOS

1908

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN.

Vicedecano

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO.

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » PEDRO N. ARATA.
» » PEDRO LAGLEYZE.
» » JOSÉ PENNA.
» » LUIS GÚEMES.
» » ELISEO CANTÓN.
» » ENRIQUE BAZTERRICA.
» » ANTONIO C. GANDOLFO.
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA.
» » JUAN A. BOERI. (Suplente)
» » BALDOMERO SOMMER.
» » G. ARAOZ ALFARO.
» » JOSÉ R. SEMPRUN.
» » ABEL AYERZA.
» » JAIME R. COSTA.
» » J. MANUEL ERIZAR.

Secretarios

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo).
» » RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina).

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología médica	Doctor Pedro Lacavera
Física médica	» Jaime R. Costa
Química médica	» Atanasio Quiroga
Botánica médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía descriptiva	» Joaquín López Figuero
Anatomía descriptiva	» José Arce (interino)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología general y humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología externa	» Obdulio Hernández (c. lic.)
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	» Luís Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología experimental	» Juan B. Señoran
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

Doctor Roberto Wernicke
» Juan R. Fernández

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

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Zoología Médica	Doctor D. Greenway
Física Médica	» Alfredo Lanari
Química Médica	» Vacante
Botánica Médica	» Rodolfo Enriquez
Química aplicada á la Médicina	» Vacante
Histología	» Julio G. Fernández Alois Bachmann
Anatomía Descriptiva	» Vacante
Anatomía Descriptiva	» Vacante
Semiología y ejercicios clínicos	» Vacante
Anatomía Topográfica	» Vacante
Fisiología General y Humana	» Vacante
Anatomía Patalógica	» Vacante
Bacteriología	» Juan Carlos Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	» Felipe Justo
Materia Médica y Terapéutica	» Vacante
Medicina Operatoria	» Vacante
Clínica Ginecológica	» Vacante
» Oto-rino-laringológica	» Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	» Vacante
Patología externa	» Carlos Robertson Ricardo S. Gómez
Patología interna	» Vacante
Clínica Oftalmológica	» Enrique Demaría
» Epidemiológica	» Vacante
» Quirúrgica	» Francisco Llobet Marcelo Viñas Marcelino Herrera Vegas José Arce
» Neurológica	» Mariano Alurralde
Medicina Legal	» Pedro Barbieri
Clínica Médica	» Patricio Fleming Ricardo Colón Luis Agote David Speran
Clínica Obstétrica	» Enrique A. Pardo Enrique Zárate Alberto Peralta Ramos Arturo Enriquez
Toxicología Experimental	» Vacante
Clínica Pediátrica	» Manuel A. Santas Mamerto Acuña
» Génito-urinaria	» Bernardino Maraini
» Psiquiátrica	» José T. Borda

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas	Doctor Angel T. Gallardo
Botánica y Mineralogía	» Adolfo Mujica (con lic.)
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y Posología razonadas	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio J. Gatti
Química analítica y toxicológica (primer curso)	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	» J. Manuel Irizar
Quimica analítica y toxicológica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas	Doctor Vacante
Botánica y Mineralogía	» Vacante
Química inorgánica aplicada	» Vacante
Química orgánica aplicada	» Vacante
Farmacognosia y Posología razonadas	» Sr. Juan A. Dominguez (en ej.)
Física farmacéutica	» Vacante
Química analítica y toxicológica (primer curso)	» Vacante
Técnica farmacéutica	» Vacante
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas	» Vacante
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» Vacante

ESCUELAS DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y clínica obstétrica	Doctor Fanor Velarde
Parto distócico y clínica obstétrica	Doctor Fanor Velarde

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Parto fisiológico y clínica obstétrica	Dr. Miguel Z. O'Farrel
Parto distócico y clínica obstétrica	» Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología, Patología	Doctor León Pereyra
Cirugía protética. Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	» N. Etchepareborda

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Anatomía, Fisiología, Patología	Doctor Vacante
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, medicina legal	» Vacante

PADRINO DE TESIS

DOCTOR JOSÉ T. BORDA

PROFESOR INSTITUTO DE PSIQUIATRIA Y MÉDICO INTERNO DEL HOSPICIO DE LAS MERCEDES.

Á LA MEMORIA DE MI PADRE

Y DE MI HERMANO VICTORIANO

Á LA MEMORIA DE MI HERMANA ISABEL

A MI MADRE

A MIS HERMANOS

SEÑORES ACADÈMICOS:

SEÑORES PROFESORES:

Al someter á vuestro criterio la última prueba que exije la Facultad de Ciencias Médicas para obtener el título de Doctor en Medicina, quiero dejar impreso en esta prueba, mi profundo reconocimiento á los Señores Profesores, que han contribuído con sus sabias lecciones, á formar mi criterio médico. Al Doctor José T. Borda, mi sincero agradecimiento, por haberme concedido el alto honor de acompañarme como padrino de tesis en esto acto.

Historia

La sífilis es una afección conocida desde tiempo inmemorial, cuyo origen se pierde en la obscuridad de los tiempos, pues las viejas descripciones adolecen de falta de precisión; originándose un verdadero laberinto con las diversas denominaciones con que se conocía, tales como los franceses llamaban mal de Nápoles por atribuirle su origen, debido al contagio que se despertó en el ejército francés de Carlos VIII cuando tenía sitiada á Nápoles, mientras que los napolitanos lo denominaron mal francés. Por otra parte, los europeos referían que fué transportado de América etc. Todo esto revela que es imposible hallar su verdadera fuente de nacimiento, mucho más sabiendo que tres siglos antes del descubrimiento de América ya Guillaume de Salicet, en el siglo XIII estudiaba las pústulas rojas ó blancas y las grietas que se desarrollan en la cara dorsal del pene, en el prepucio y en el glande, reconoce el chancro que ataca los tejidos, el chancro fagedénico, el bubón de la ingle, señalando como causa inmediata de todo esto un coito impuro.

En el siglo XV Marcelo de Como y Vigo, describieron cuidadosamente las manifestaciones de la sífilis. Lo mismo sucede con Fracaster, quien describió las úlceras que él llamaba mal napolitano á fin de distinguirlas de las

que vulgarmente son conocidas por chancros simples, y dice que son semejantes en apariencia, pero que difieren por su naturaleza.

Fué á fines del siglo XV y comienzo del XVI, época en que se empezó á hacer la confusión de los virus y también en que apareció la gran infección en toda la Europa, por lo que los europeos se equivocaron, dada la coincidencia del descubrimiento de América, con la aparición de la sífilis, mostrándose en forma de epidemia en Italia, Francia, Inglaterra, España, etc. pero completamente independiente del descubrimiento del nuevo continente por Cristóbal Colón.

Los sifilógrafos de este tiempo sostenían que el chancro sifilítico reconoce los mismos orígenes que el chancro simple.

El primero que reconoció este error es Nicolás Masa, para quien el chancro que ocasiona una infección constitucional tiene por causa inmediata la sífilis.

Desde que aparecieron los primeros escritos de Jorge Vella en el año 1508 en los cuales fundaba la identidad de las úlceras sifilíticas y venéreas porque ambas eran contagiosas y se contraen por el coito ó contacto con mujeres afectadas de úlceras de las partes genitales.

Antonio Lecop, Vella, etc. cometieron también este error, Vella decía que las causas de las enfermedades, únicamente podían manifestarse más ó menos activas y revestir por lo tanto una mayor ó menor gravedad, sin que por eso fuese menester poner en duda la unidad de su naturaleza.

Numerosos partidarios tuvo la teoría de Vella, y el unicismo, así establecido, ha sido defendido por Brasola y otros.

El primero que combatió y trató de salvar estas confusiones, fué Fallopio.

Muchos otros médicos se empeñaron en demostrar la naturaleza diferente de esta afección, tales como Gaspar Torrella, Ambrosio Paré etc. se ocuparon en señalar con la mayor exactitud los caracteres salientes que lo distinguen, al chancro infectante y señalaron la dureza que presenta en la base.

Pero es preciso llegar á Ricord en 1838 quien se dedicó con entusiasmo á experimentos de inoculación, y, á pesar de haberse equivocado, á las conclusiones que llegaba, su fecundo método de inoculaciones experimentales, sirvió á uno de sus discípulos para la interpretación verdadera de los hechos.

Ricord divide la evolución sifilítica en tres períodos sucesivos, á saber:período de los accidentes primitivos, período secundario y período terciario, pero caía en el error de la identidad de los virus y la influencia de la constitución de los enfermos en la infección general.

Bassereau, dotado de un espíritu eminentemente observador, sacó un gran partido de los experimentos clínicos y estableció las bases fundamentales é inconmovibles de la doctrina del dualismo.

Esta doctrina del dualismo ha sido defendida con verdadero entusiasmo por Lyon, Diday, Rollet etc., contribuyendo con nuevos estudios á afianzarla.

Auzias Turenne, propone en París la sifilización, es decir, la inoculación del agente específico, como método preventivo y curativo de la sífilis.

Ed. Langlebert, seis años después, condenaba esa práctica tan monstruosa en estos términos: «La sifilización es el arte de dar la sífilis á los que no la tienen, de despertarla en los que la han tenido, sin curar á aquellos que la padecen».

Con todas estas demostraciones tan evidentes, el unicismo se hundió para no levantarse más y el dualismo se imponía definitivamente.

El mismo Ricord se hace dualista y desde entonces quedaron por terminadas todas las discusiones y se proclama la individualidad propia del chancro sifilítico.

En nuestros días el agente patógeno es yá conocido cuyo descubrimiento se debe á Schaudinn y Hoffmann.

Etiología y Patogenía

Enfermedad esencialmente infecto contagiosa y virulenta, trasmisible por contagio y por herencia, obra especialmente por un microrganismo propio, recientemente descubierto, ataca todos los sistemas del organismo, manifestándose los sintomas de una manera intermitente.

Se contrae casi siempre 92 % por intermedio de contagio directo, sea en las partes genitales ó en cualquier otra parte del cuerpo que ha sido puesto en contacto con la parte enferma, así porej: las prostitutas dedicadas á producir el placer con otras partes que no sean las naturales, lo mismo pasa con la practica social la costumbre de cambiar ó dar besos á manera de saludo, otras costumbres rechazables que existen en la sociedad, especialmente entre gente de alta aristocracia de dejar al cuidado de las mucamas los niños para que lo lleve al paseo y dejar besar á todo el que quiera con gran riesgo de un contagio fortuito; en la amantación es contagiado el niño cuando absorbe el mamelón de su nodriza que tenga el virus específico, ó viceversa la nodriza es contagiada en el momento que amamante un niño que tenga una lesión ulcerosa sifilítica en la boca; hay otros medios de contagio directo, como sucede en los casos de sífilis profesional, en la que los médicos ó comadronas han sido contaminados al hacer una exploración médica con un

fin determinado. En las escuelas los niños inconscientes jugando con sus camaradas se arrancan de sus bocas ó se ponen los objetos sacados de su mismas bocas á la de sus compañeros, bien se comprende si llevan placas mucosas en la boca, uno de los compañeros es fácil contaminarse entre ellos.

Otro no menos digno de tenerese en cuenta entre los medios de contagio mediato, es la trasmisión que puede efectuarse á causa de la costumbre de tomar mate con una mismo bombilla con cualquier individuo y en mezcla de toda clase de gente desconocida, la infección por intermedio de la navaja de afeitar, la sífilis vaccinal ect. ect. constituyen medios por los cuales puede contaminarse este mal, que hoy día es el enemigo más grande de la sociedad.

Podríamos decir resumiendo que la sífilis nace siempre y exclusivamente de otra sífilis y que el medio de trasmisión es la penetración en el organismo del virus sifilítico, que esto haya sido directa ó indirectamente depositado en el lugar por el que ha sido absorbido.

En cuanto á la naturaleza del agente patógeno, se puede decir que después de innumerables experimentos llevados á cabo en diversas especies de animales, sobre todo en los mamíferos, han sido infrutosos los resultados. Sin embargo Auzias Turenne en 1856 afirma haber obtenido papulas sifilíticas y placas mucosas en un gato. Mas tarde Legros y Laucereax, Martineau y Hügel refieren haber conseguido igual resultado positivo, pero no fueron confirmados por otros observadores.

Se siguieron los experimentos sobre monos por Martineau, Hamouic y Sperk, que aseguran haber tenido buenos resultados.

Recientemente experiencias llevadas a cabo inoculando

á un chimpacé por Nicolle y por Namouic, tuvieron el mayor exito, las que han sido confirmadas por Metchnikoff y Roux, quienes hicieron estudios minuciosos experimentando sobre monos de diversas expecies, estos sabios llegaron á la conclusión que ciertos monos poseen inmunidades, al paso que otros lo que más se aproximan á la especie humana, pueden presentar manifestaciones sifilíticas después de inocularse con el uirus, pero mucho menos pronunciados todavía que en el hombre. (1)

Estos últimos profesores narran con mucha claridad dos experiencias que han efectuado, siendo la primera un chinpancé hembra y el 2°. por la inoculación del virus de ésta en un chinpancé macho, obteniendo en ambos buen resultado.

El profesor M. Lassar, de Berlín, obtuvo tambien buen éxito enexperimentos posteriores á Metchnikoff y Roux confirmando plenamente á los precedentes.

Metchnikoff y Roux continuaron sus estudios de investigaciones, sometiendo el suero sifilítico obtenido por el pasage á través de monos cuyas familias ofrecen receptividades variables, desde los antropides que más se aproximan al hombre hasta los monos inferiores que acusan una resistencia natural completa, haciendo pasar á través de filtros graduados, al calor con sustancias químicas y efectuando su experiencia en chinpancé demostraron que la sífilis es de naturaleza microbiana. Estas inoculaciones no originaron la infección debido á la eliminación del microbio en ciertos casos, ó por alta temperatura ó bien debido al filtro de pequeña graduación, ó por último á causa de los reactivos fuertes.

Estos sabios profesores han abierto una nueva era á

(1) Anales del Instituto Pasteur (1905).

los progresos de la ciencia, mientras procuraban un seuro —antisifilítico, otros profesores no menos meritorios, estimulados por los últimos trabajos, se ocuparon en descubrir el microbio causante del mal.

La gloria del descubrimiento se debe á Schaudinn, según prueba en su comunicación, hecha en el boletín de la Escuela de Medicina—16 de Mayo de 1905 los ilustres bateriologistas Metchnikoff y Roux, Schaudinn y Hoffmann llegan á la conclusión que examinando las secreciones chancrosas de la mucosa de los órganos genitales, constata la existencia de dos especies de Spirochaete: una de mayor tamaño, es el spirillum refringuens, y otra especie mucho más pequeño, tiene la forma en tirabuzón, muy móvil, mide de 4 á 8 micron, es más dificil de colorear, exige el empleo de materias colorantes especiales, tales que la solución azul de azúcar y eosina de Giensa, denominado spirillum pallida, ésta última es la que comunmente se encuentra en los productos sifilíticos.

El sabio Zoologista Siegel anteriormente á Schaudinn, comunicó á la Academia de de medicina de Berlin haber descubierto en la sangre y en los productos de las secreciones de los sifilíticos un pequeño microorganismo que él atribuía ser el agente de la sífilis, pero carece de pruebas de la realidad de su cytorryctes Luis como él denominaba.

Así que á Schaudinn y Hoffmann se debe el verdadero mérito de haber conseguido aislar este germen y en demostrar que inoculando á los monos reproduce en ellos la sífilis.

Esta experiencia fué repetida por Metchnikoff y Roux llegando también á la conclusión que el agente patógeneo de la sífiilis ha sido descubierta.

Metchnikoff y Roux refieren en su comunicación que :

Tout l' ensemble de donnés que nous venons de résumer, plaide sérieusement en faveur de la thése que la syphilis est une spirillase chronique, produite par le spirochate pallida de Schaudinn. Por estos últimos trabajos se demuestra que la sífilis no es exclusivamente humana y que es una afección microbiana bien caracterizada.

El método que emplea Metchnikoff y Roux para colorear éste spirille es el de Giemza y Marino para preparaciones directas y el método de Levaditi, en inclusiones.

Método de Giemza — Fija por el alcohol y eter los frotes á examinar, extendiendo sobre una lámina la que se colorea con la solución de Giemza (Giemza Lusung) XXXV gts. y agua destilada 20 c. mc. prolongada dnrante 16 horas.

Para obtener resultado más breve, emplea el método de Marino (Anales del Instituto Pasteur, 1904) consiste en la mezcla del azul Marino, en solución en alcohol métilico y una solución menos débil de eosina. Este procedimiento colorea el spirochaete de Schaudinn menos bien que el de Giemza, pero tiene la ventaja de ser menos largo.

Algunas veces han hecho el diagnóstico positivo en el lapso de un cuarto de hora.

El método de Levaditi, se halla inspirado en los procedimientos que emplea el profesor Ramón y Cajal, para colorear las fibrillas nerviosas, es una modificación del método de coloración de los spirille en los cortes de Bertorelli, Volpiano y Bovero.

La técnica consiste en fijar en una solución de formalina los fragmentos de órganos de un milímetro de espesor, que se lava con alcohol á 96°; luego con agua destilada, después se impregna en una solución de nitrato de plata al 3 °/₀, se vuelve á lavar con agua destilada y se pasa á

colorear con la mezcla de Giemza ó la solución concentrada de azul de toluina. Obteniéndose de esta manera preparaciones donde los spirochaetes aparecen de negro más ó menos subido, los núcleos de las celulas en azul y la substancia fundamental del tejido conjuntivo ó muscular en verde.

Sintomatología, Diagnóstico y complicaciones

Después de transcurrido un tiempo más ó menos largo en el individuo contagiado de sífilis á los veinte ó cuarenta días, siendo según Fournier la cifra el más frecuente á los veinte y seis días, espacio de tiempo en el cuál el organismo nadâ revela de anormal, parece estar en reposo absoluto, se nota en el sitio en que se hizo la inoculación, una lesión local, una pequeña erosión denominada chancro sifilítico.

Este es el accidente primitivo de la sífilis, es por decir así, el exhordio obligado, por el cuál siempre se manifiesta la penetración del agente específico en el organismo, salvo para los oasos de sífilis por concepción, en todos los otros casos, se encuentra el chancro como el accidente primitivo del mal, la que se localiza en las regiones genitales ó extra-genitales, cuyo objeto es el del presente trabajo que presento como tesis.

Por su frecuencia se coloca en primer lugar su asiento en la región cefálica, chancros de la cara, labios, encias, lengua, amigdalas, cuello; el tronco ofrece con menos frecuencia, el chancro de los senos, los de la región anal y perianal trae con mucha frecuencia chancros indurados por el hábito de la sodomía, las extremidades pueden allarse afectadas, especialmente los miembros superiores en mayor proporción.

El 55 % de los chancros extragenitales, se observa en la cavidad buco-faringea.

El profesor Fournier presenta una estadística la que da un porcentage de 7 ú 8 %; es decir de cien chancros sifilíticos contaminados hay 7 ú 8 que son extra-genitales, distribuídos de la siguiente manera según su asiento; el labio inferior en primera línea é inmediatamente viene el labio superior, luego siguen en menores proporciones, la lengua, amigdalas, encías, paladar, velo del paladar, faringe, etcétera.

La proporción alta que trae los labios en relación con el resto de las mucosas es explicable por las erosiones producidas por el cigarro, vesiculas de erpes etc., el contacto frecuente, sea con otros labios (beso) ó bién con útiles domésticos, incriminable entre ellos el mate.

En el hospital San Roque se ha obtenido el 5 ó 6 %, en el hospital Militar central el 6 °/₀. Como se ve la cifra obtenida en nuestros hospitales da un porcentage menor á la que trae el profesor Fournier.

En la Cárcel de Encausados en donde hé estado como practicante mayor de las enfermerías, hé notado que de los chancros sifilíticos extragenitales, el sitio decontagio de mayor frecuencia es en la región anal y perianal, se explica facilmente por el hábito que tienen los individuos desocupados que pernoctan en los bancos del Paseo de Julio y vagan por los bajos del río, entregándose á todos los vicios fuera de la buena costumbre.

Al principio existe en el lugar de contagio una escoriación casi inapreciable, que poco, á poco se convierte en una úlcera y al rededor de ella se desarrolla una elevación rojiza, al mismo tiempo el primer señal de alarma que se observa del lado del organismo es la aparición inmediata

de su adeniti satilite, compañera inseparable del chancro hunteriano y que comunmente se manifiesta esta adenopatia en los ganglios correspondientes á los cordones linfatícos que se situan en el sitio del chancro.

Esta adenopatia clinicamente es apreciable á los ocho días más ó menos, después del accidente inicial, es aflegmásica, fría, indolente, dura, de resolución expontanea en la inmensa mayoría de los casos, poliganglianar generalmente, habiendo habitualmente un ganglio más voluminoso que los otros, quizás debido á que recibe más directamente los linfáticos del territorio chancroso, estos ganglios no ofrecen adherencias con las partes vecinas, son perfectamente deslizables.

El sifiloma inicial, denominado tambien chancro sifilíco, infectante, hunteriano ó duro, úlcus, erosión chancrosa, esclerosis inicial propuesta por los alemanes, son sinónimo de chancro.

El aspecto difiere según el sitio en que se radique la lesión, en la piel ó en las mucosas.

En la piel el chancro está cubierto de una costra adherente amarillenta ó de tinto negruzca, debido á la desecación de su exudado, esta costra circunscribe los límites de la exulceración dando el aspecto de un rodete saliente bien neto.

En la mucosa la superficie aparece lisa, luciente, rosada ó ligeramente rojiza, esto es explicable por la humedad constante en que se encuentran modificando el aspecto exterior.

Las características de estos chancros sifilíticos es la induración, la eliminación de una secreción serosa poco abundante y de no ser auto-inoculable, esta dureza no siempre se presenta tan neta y franca, entonces es necesario sa-

ber investigarla, para eso hay que ejercitarse para saber apreciar en su verdadero valor, la induración puede tener tres grados según sea mas ó menos pronunciada, así se habla de induración nudosa, apergaminada ó laminosa; el procedimiento para apreciar hasta en los grados más débiles de la induración consiste en tomar entre los dedos-el chancro y se le hace hacer un movimeento de deslizamiento ejerciendo esfuerzos de oposición en ellos, mediante esta práctica se puede llegar á su justa diferenciación.

En el sitio de la exulceración ó ulceración queda uua cicatriz endurecida y apergaminada que persiste varios meses.

La infección si no se trata, poco á poco va minando el organismo, hasta que pasado un cierto tiempo la escena cambia completamente. Diversas perturbaciones sobrevienen á medida que la sífilis se apodera de todo el indíviduo é invade las partes más intimas de la economía. En el curso de la 7ª. semana consecutiva á la aparición del accidente primitivo, comienza el periodo secundario, el sujeto contaminado acusa dolores en los miembros, cefalagia vesperal, fiebre, espamos, á veces palpitaciones, vertigos y hasta un cierto grado de neurastenia, estos sintomas no siempre existen, el sujeto no notará en sí ninguna perturbación, seguirá alimentándose bién, duerme y trabaja como de costumbre.

Casos hay por otro lado en que la salud se altera profundamente, la sífilis origina un estado verdaderamente mórbido, altera la sangre, disminuyendo el número de los glóbulos rojos, cambia el modo de ser de la persona, se ve del lado del sistema nervioso general los trastornos del sueño, la astenia nerviosa, lo dolores neuralgiformes, las parálisis pasagera y hasta la epilepsia, ejerciendo en suma en toda la ecnomía una influencia patológica de las más nefastas: sobrevienen la anemia, la astenia ó sea un estado desnutritivo general del organismo.

En cuanto á los trastornos del gran simpático, las algideces periféricas, las sensaciones del frío interior, la hiperidrosis y por fin la fiebre sifilítica que puede revestir todo los tipos con los que la fiebre en general puede manifestarse, en fin vienen las alteraciones á las víceras profundas, á los órganos glandulares, el higado, el riñon, no escapan á la influencia del veneno sifilítico en el periodo secundario, todo el organismo se halla bajo la acción, mórbida específica, y así, se ven también las alteraciones del aparato respiratorio, es porque la sifilis en el período secundario, invade y ataca con mayor intensidad al organismo. La sífilis en su periodo más avanzado, las alteraciones que ocasionan si bien son más graves, se observa en ellos una aparente benigidad, así sucede por ej: que la sífilis en el periodo secundario puede ocasionar la coquexia sifilítica, que sinembargo de su aparente gravedad, basta el solo hecho de que un individuo se halla caquéctico por la sífilis para abrigar más esperanzas en poder salvarlos, que si su caquexia fuese originada por cualquier otra afección, la esperanza estriba que en la sífilis joven se espera más exito, haciendo un tratamiento bien dirijido que en lasífilis terciaria en la que los ataques si bien son más lentos pero en cambio más desorganizantes, porque ataca más en su constitución íntima á los tejidos.

Otros accidentes que aparecen en el período secundario son: la caída del cabello, cejas, pestañas, infarto de los ganglios sobre todo los ganglios cervicales posteriores, dolor en la garganta, placas mucosas en la boca, esternalgía las erupciones de la piel y mucosas como: la roseola, el eritema, la sifilide papulosa, la vesiculosa, las pustulosas, psoriasis, onixis, acné, penfigo, impetigo, rupia, tuberculos cutaneos, la ulceración de la piel, etc., etc.

El chancro sifílitico de la amigdala es muy interesante y ofrece bastante dificultad para su diagnóstico, mucho más teniendo en cuenta la variabilidad que presenta en su aspecto, así por ej.: la amigdala hay veces que aparece voluminosa y se halla cubierta de una capa de exudado grisáceo, de consistencia espesa y coherente, que es necesario elevar para poder ver la ulceración, la que se observa entonces una ulceración de fondo ligeramente amarillenta, á veces es profunda, anfractuosa, de bordes salientes y como cortados á pico, otras veces se encuentra pero en menos frecuencia una erosión oval, de un tinte rojo, plana y con los bordes erizados.

El sujeto afectado padece de angina, angina sin fiebre, poco dolorosa, atendiendo á la gravedad aparente del mal. Detrás del ángulo maxilar se constata un ganglio bastante aumentado de volumen, duro y poco móvil, en medio de una cantidad de pequeños infartos, á veces se puede comprobar la existencia de una cadena de ganglios que vá hasta la bifurcación de la carótida primitiva.

Este chancro sifilítico amigdaliano, se puede confundir con la amigdalitis flegmonosa, con la angina diftérica ó gangrenosa, con el epitelioma, con úlceras tuberculosas, gomosas etc. Para llegar á una distinción de las anginas, es necesario tener presente la unilateralidad, la induración, la ausencia de fenómenos generales; el exudado que produce es pultaceo y no fibrinoso y coherente como el de la difteria. El epitelioma tiene una evolución más lenta, con suma facilidad sangra, también es más doloroso y se notan sus ganglios mucho más tarde. En cuanto á la úlcera tuberculosa de la amigdala se siente al tacto una consistencia blanda, bastante dolorosa y por lo general, no aparecen ganglios infartados. En estos casos se debe siempre someter al individuo

al tratamiento específico, aunque no se haga el diagnóstico preciso de la especificidad.

En los accidentes terciarios de la sífilis tenemos las lesiones, que presentan en épocas, más ó menos alejadas, pudiendo aparecer en un año, en cuatro y 25 años después del chancro infectante como: los gomas, sea subcuneos ò mucosos, los infartos ganglionares ó viscerales, las periostosis, las osteitis, neuritis, polineuritis, parálisis, lesiones patológicas más serias y más rebeldes que en el periodo secundario.

La sífilis en el tercer periodo sea por contagio genital ó extra genital que se haya adquirido, vá acompañada de dolores nocturnos, que se exasperan por el calor de la cama y asientan en los huesos superficiales: las tibias y el frontal, dolores llamados osteóscopos. La sífilis terciaria produce comunmente lesiones destructivas, cuyos vestigios es un estigma que lleva el individuo, unas, visibles como la carie de los huesos nasales, otras quedan ocultase como el goma cerebral.

Parece que la sífilis terciaria se localiza en los puntos de menor resistencia, así tenemos que en los intelectuales produce lesiones cerebrales y en los alcoholistas ataca más al higado.

Muy á menudo el médico, aunque sea bien practico, halla difícil establecer el diagnostico sin consultar previamente el estado general del sugeto, que ordinariamente se perturba desde que aparece la induración del chancro, como hé descrito más adelante.

Y en los casos que ofrezcan dudas es conveniente esperar sin ningún riesgo que aparezcan, los síntomas sucesivos de la sífilis, revelador de la naturaleza del mal.

En el tercer periodo se requiere una observación minu-

ciosa y estudio detenido en la filiación de los fenómenos morbosos anteriores, el diagnostico de la sífilis visceral por ej: ofrece grandes dificultades, sabemos que en el tercer periodo sobrevienen en los sifilíticos parálisis sensitivos y mo tores.

En la sífilis hereditaia es más fácil por los antcedentes de los padres, por el estado clorótico, por la anemia, los dientes de Hutchinson, las piernas en forma de sable ect. ect. suficiente para el médico prcático para sentar su diagnóstico.

Tenemos todavía como último recurso en nuestro diagnóstico, el tratamiento específico, que el individuo se beneficia generalmente, cuando se trata de sífilis y no tiene ninguna otra acción en otras afecciones que no sea específica.

Las complicaciones de los chancros extra-genitales, son debidas á infecciones secundarias, donde la frecuencia guarda relación con el asiento del chancro, produciendo infiltraciones flegmonosas, procesos ulcerosos.

Puede haber casos en que los dos virus el del chancro blando, y el del indurado se asocien é infecten al mismo tiempo, y en el mismo lugar, ó bien que el bacilo del chancro simple infecte secundariamente á un chancro sifilítico en completa evolución.

En uno de los casos observado por mí, de chancro indurado perianal, había una infección asociada con otros microrganismos que nuncan faltan en esa región y que el individuo estaba en un estado de denutrición, debido á la abstinencia de alimentos por no sufrir dolores al pasar las materias fecales por la gran tumefacción de la región.

El chancro indurado de los dedos á menudo se acompaña de infecciones sobre agregadas ocasionando panadizo, que es muy doloroso y rebelde para curarse. etc. etc.

Pronóstico—Tratamiento

Hay actualmente una gran tendencia en atribuir á los chancros extra-genitales un pronóstico de mayor gravedad, y esta gravedad asume mayor ó menor proporción conforme la región lesionada.

Para el profesor Balzer la inminencia de la gravedad se explicaría por la localización más frecuentes de sus accidentes iniciales en la proximidad del cerebro.

El profesor Fournier sin embargo cree que la sifilis extra-genital no es más maligna que la genital. No obstante hace una salvedad al hablar de los chancros de los dedos, á los cuales ha visto con frecuencia suceder sífilis malignas. Pero observa que es en los médicos donde el chancro de los dedos se ve más á menudo, nosotros sabemos que el terreno más propicio para cualquier infección, como para su reagravación, entre esas la sífilis, viene á ser en los médicos, que casi siempre se hallan en un estado de «surmené» física é intelectual; además el que por desgracia se contagia, cae en una profunda depresión moral porqué la conoce y sabe las consecuencias, por consiguiente se abate, se preocupa.

Podríamos decir reasumiendo, el chancro sifilitico sea genital ó extra- genital, produce sífilis constitucional, diatesis sifilíticas peligrosas para el sugeto contagiado, para la sociedad y para la posteridad.

Respecto al tratamiento, se divide en local y general, el tratamiento local consiste en hacer curas antisépticas débiles por medio de lavajes de la región afectada, proteger con vendajes á fin de aislar y evitar las infecciones sobre agregadas, siempre que sea posible, tratar en una palabra como una herida por cicatrizar.

En cuanto al tratamiento general que su origen sea genital ó extra-genital, el tratamiento es el mismo, siempre se recurre al mercurio bajo sus diversas formas y cuya eficacia es indiscutible.

El mercurio se puede suministrar en su estado metálico y bajo forma de sus sales que se dividen en solubles: sublimado, bioduro y peptonato, é insolubles: calomel benzoato y salicilato de mercurio.

El mercurio se puede suministrar de tres modos; por la piel, en fricciones mercuriales; por el aparato disgestivo y por último en inyecciones.

La variación en los métodos de tratamientos en el mismo individuo dá buenos resultados, pero es necesario ayudar con el yoduro de potasio para hacer un tratamiento bien dirigido y poder obtener el exito deseable.

La manera como obran estos medicamentos sobre el agente específico no está demostrada científicamente, pero empírica y experimentalmente queda demostrada su eficacia sobre el microorganismo de la sífilis.

A continuación inserto algunos de los varios casos de chancros extra-genitales que he tenido ocasión de observar en el Hosnital Militar Central, y en la Cárcel de Encausados, de donde fuí practicante mayor.

OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN 1ª.

N. N. Oficial argentino de Infantería, de 32 años de edad, vino al Hospital Militar Central á objeto de consultar de ciertas erupciones que le apareció en todo el cuerpo, se le aconsejó que pidiera su baja para quedar en el establecimiento, quien lo hizo así, ingresando en la sala 1ª. el día 6 de Marzo de 1905.

Antecedentes hereditarios.—Los padres y hermanos en número de cinco, gozan de perfecta salud y nunca han padecido enfermedades de importancia.

Antecedentes personales.—Refiere el enfermo que hace dos años tuvo blenorragia que le duró tres meses, de la que se curó bien, una segunda blemorragia le sorprendió á los veintiun meses más ó menos después de la primera, habiendo estado con una joven muy cariñosa y de vida licenciosa, de quien recibió un ligero mordisco en el menton en protesta de amistad según le dijo ella al ser interpelada.

Principio de la enfermedad actual.—Hace dos meses y días dice el enfermo que recibió el mordisco y á los 15 días más ó menos sintió una ligera picazón en el mentón, á la cuál no dió importancia alguna, pero pasado unos días más nota que en dicho sitio aparecía una peqneña pápula, la que poco á poco se convirtió en una ulceración, á los

dos meses más tarde le apareció en todo el cuerpo una erupción generalizada, por lo que vino al consultorio.

Estado actual.—Es de buena constitución, algo pálido, procedí al examen del sujeto y constaté en la parte media de la región mentoniana una pequeña úlcera con secrección cerosa poco abundante, dura al tacto, poco dolorosa.

Los ganglios sub-maxilares estaban aumentados de volumen movibles é indoloros.

Presenta en todo el cuerpo una erupción maculosa (roseolas).

Dice padecer de cefalalgias intensas especialmente nocturnas y que á veces continúa todo el día.

Diagnóstico.—Chancro sifilítico de origen extra-genital.

Tratamiento.—Higiene — Recubrir la ulceraciòn con emplasto de vigo.

Se le receta fricciones de pomada mercurial doble.

OBSERVACIÓN 2ª.

N. N. Sargento de Caballería del Ejército Argentino, de 33 años de edad ingresó al Hospital Militar el 20 de abril de 1905.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales. — En la infancia tuvo sarampión, á los 7 años coqueluche, á los 12 años viruela y hasta la época no padeció de ninguna otra afección.

Principio de la enfermedad actual. — Dice el enfermo que por el mes de febrero del corriente año, comenzó á notar una ligera incomodidad en la garganta y al mismo tiempo que el lado derecho del cuello aumentaba de volumen, región correspondiente á los ganglios sub-maxilares, este aumento de volumen llegó á tal extremo que le dificultaba deglutir los alimentos sólidos, se vió obligado á conformarse con substancias líquidas. El dolor era poco, unicamente le molestaba la dificultad que tenía para poder alimentarse con substancias sólidas. A fines del mes de marzo notó que le salía en el cuerpo pequeñas pápulas que se agrupaban con predilección en el abdomen y dorso, como también en las interlineas articulares teniendo un tamaño como la cabeza de un alfiler, de coloración amarillenta.

Alarmado el sujeto pidió que fuera trasladado al hospital. No sabe explicar el origen de su mal. Refiere que acostumbraba tomar mate con los soldados, también que muchas veces se sirve de una sola copa entre muchos colegas.

Estado Actual.—El enfermo es de constitución y nutri-

ción regulares. Examinando la garganta se observa úlceras en vías de cicatrizarse en la amigdala derecha, en la bóveda palatina y en la comisura de los labios hay placas mucosas. Los ganglios de la región sub-maxilar infartados. iTene erupciones pápulo-pustulosas en la frente y en la región anterior y posterior del torax, en los brazos y algunos en las piernas.

Diagnóstico.—Es fácil de diagnosticar, atendiendo que juntamente trae los síntomas subjetivos, de tratarse de sífilis papulosa genralizada, cuyo punto de partida es el chancro de la amigdala derecha.

Se le instituyó el tratamiento específico que es la piedra de toque por decir así, notándose que mejoraba rapidamente; después de un mes el enfermo pidió su alta.

OBSERVACIÓN 3ª.

N. D. Soldado del regimiento dos de infanteria del ejército argentino, de 26 años de edad, ingresa en el Hospital Militar central el día 2 de Enero de 1906.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—En su infancia tuvo sarampión ,viruela á los ocho años, á los 12 fiebre tifoidea, desde entonces no ha tenido ninguna enfermedad.

Principio del a enfermedad actual.—Hace 14 meses, dice el enfermo sintió una ligera picazón en el labio inferior; en su principio no dió ninguna importancia, pero unos días después apareció una pápula en el mismo sitio, la que se convirtió muy pronto en una ulceración, al mismo tiempo poco más ó menos, sintió malestar general, consistente en cefalagias noctnrnas, dolores en los miembros, etc.

Estado actual.—Sujeto de regular estado de nutrición. Examinando el enfermo constatamos en la parte media del labio superior, una ulceración poco supurada, de consistencia dura en la base y poco dolorosa. Los ganglios snb-maxilares estaban hipertrofiados. Interrogado el enfermo del origen de la ulceración, él no supo dar cuenta de como y donde podía haberse contagiado. Dice que entre los soldados de su regimiento había algunos enfermos de la garganta y otros convesiculas de herpes en los labios y que se reunían á tomar mate en las horas de franco.

Se le diagnosticó chancro sifilítico extra-genital, y se le sometió al tratamiento mercurial, dándole inyecciones de calomel, la ulcera del labio se le cauterizó, á los 10 días de su estadía en la sala, le aparecieron manchas, roseolas, en el torax, en los brazos, ect. La ligera duda que teníamos al principio, se aclaró completamente.

Al mes y días de tratamiento, solicitó su baja del ejército, saliendo curado de su úlcera.

OBSERVACIÓN 4ª.

D. P. de 22 años de edad, italiano, de profesión jornalero.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Tuvo blenorragia hace un año, de la que se curó bién. No recuerda haber tenido otra afección, siempre ha sido fuerte y sano.

Principio de la enfermedad actual.—El enfermo refiere que hace cuatro meses tuvo cuestiones con un compañero y que después se tomaron en pelea, aplicándole en el brazo izquierdo un mordiscón, el sujeto cayó preso á consecuencia de la pelea, habiendo pasado del Departamento Central de Policía á la Cárcel de Encausados el día 4 de Mayo 1907.

Estado actual.—Buen estado de nutrición bastante panículo adiposo. Haciendo un examen general á dicho individuo, como es de práctica en el citado establecimtento, constato en el tercio medio del brazo izquierdo en la región antero-externa una úlcera del tamaño de una moneda de veinte centavos cubierta de una ligera costra—color negruzca, la que levantada se observa una úlcera con poca secreción, al tacto da una consistencia indurada en la base y los bordes és de color rojizo é infiltrado, en la axila del mismo lado hay ganglios infartados poco ó nada dolorosos.

Siguiendo el examen observo en las encías y en las

mucosas de los labios, pequeñas placas. Interrogado el enfermo, dice que nunca ha tenido dolores de cabeza y que hace cerca de veinte días viene padeciendo de cefalea haciéndose más intensa por la tarde, también cuenta que se le cae como nunca el cabello y las cejas.

Al día siguiente le comuniqué al médico de turno el resultado de mi examen, quien lo vió, haciendo de nuevo un prolijo estudio y confirmó mi diagnóstico de chancro sifilítico de origen extra-genital.

Tratamiento.—Toques con nitrato de plata la úlcera y placas.—Inyecciones diarias de biyoduro de mercurio.

OBSERVACIÓN 5ª.

J. D. de nacionalidad argentino, 18 años de edad, soltero, sin profesión, ingresó á la cárcel de encausados el día 4 de Agosto de 1906.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—No ha tenido ninguna enfermedad en su infancia, tuvo á los 15 años blenorragia acompañada de bubón de la ingle derecha, que le supuró más tarde.

Principio de la enfermedad actual.—Refiere el enfermo que hace unos cinco meses, se fué con unos amigos á los bajos del río y que de pronto se les presentaron cuatro hombres armados á palos, sus acompañantes se hecharon á correr y él no pudo escaparse porque lo amenazaron si no se quedaba, después lo tomaron entre tres individuos y lo obligaron á que se entregase á la buena; de miedo, dice él, los obedeció ejerciendo en él actos de pederastía activa.

Estado actual.—En la región perianal en su mitad izquierda se nota una lesión ulcerosa, en vía de cicatrizarse, al tacto se siente qne está rodeado de infiltración, es bastante indurada en la base, se halla cubierta de una pequeña costra de tinte obscuro.

Manifiesta que por la tarde especialmente padece de cefalalgias, el cabello y las cejas se le cae con facilidad, dice haber tenido en la boca placas mucosas, pero actual-

mente no se ve nada. En ambas ingles los ganglios están infartados, como también del cuello.

Se le diagnosticó chancro sifilítico perianal. La úlcera se trata con toques de nitrato de plata, se hace fricciones con pomada mercurial doble.

ANDRÉS MIRANDA.

Buenos Aires, Agosto 18 de 1908.

Nómbrase al Sr. Consejero doctor B. Sommer, al profesor titular doctor Pedro Benedit y al profesor extraordinario doctor M. Aberastury, para que constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4°, de la Ordenanza sobre examen.

E. CANTÓN.
R. S. Gómez.
Secretario.

Buenos Aires, Agosto 25 de 1908.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptatación de la presente tesis, según consta en el acto N°. 1897 del libro respectivo; entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTÓN.
R. S. Gómez.
Secretario.

Proposiciones accesorias.

El infarto ganglionar es el satelite seguro del chancro extra-genital.

B. Sommer.

Antes de la aparición de los síntomas secundarios puede hacerse el diagnóstico cierto de chancro sifilítico extra-genital.

P. Benedit.

Fundamentos clínicos, experimentales y anatomo patológicos de la especificidad del trepanoma pallidum en la sífilis como agente causal.

M. Aberastury.