

Año 1916

N.º 3090

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

GRANULOMA VENÉREO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CÉSAR BAIGORRI

Ex-practicante externo ó interno del Hospital Francés — 1912-1916

Ex-practicante mayor del Hospital Vecinal de Curapaligüe — 1913

Ex-practicante mayor del Hospital Vecinal Nueva Pompeya — 1915-1916

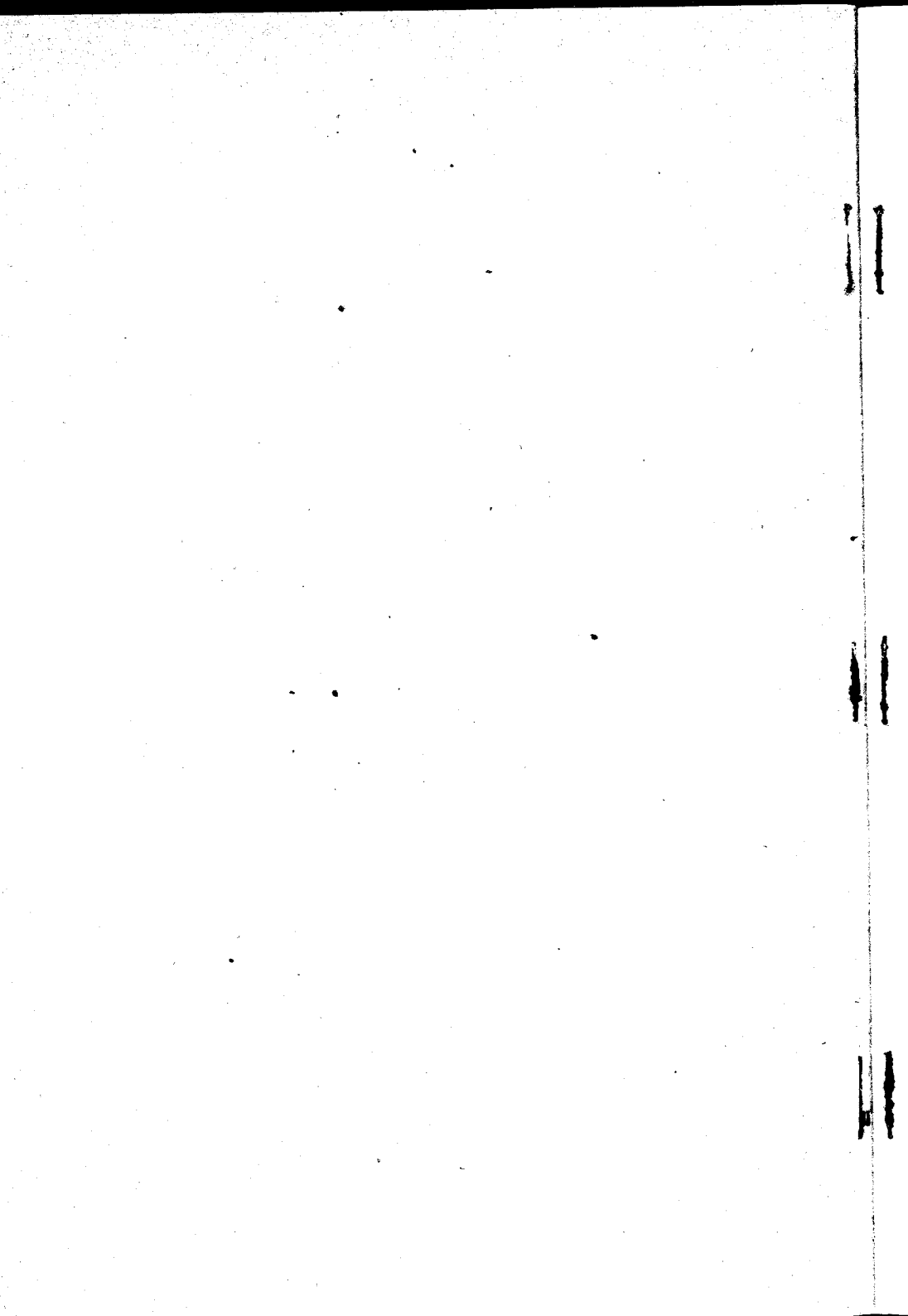


BUENOS AIRES

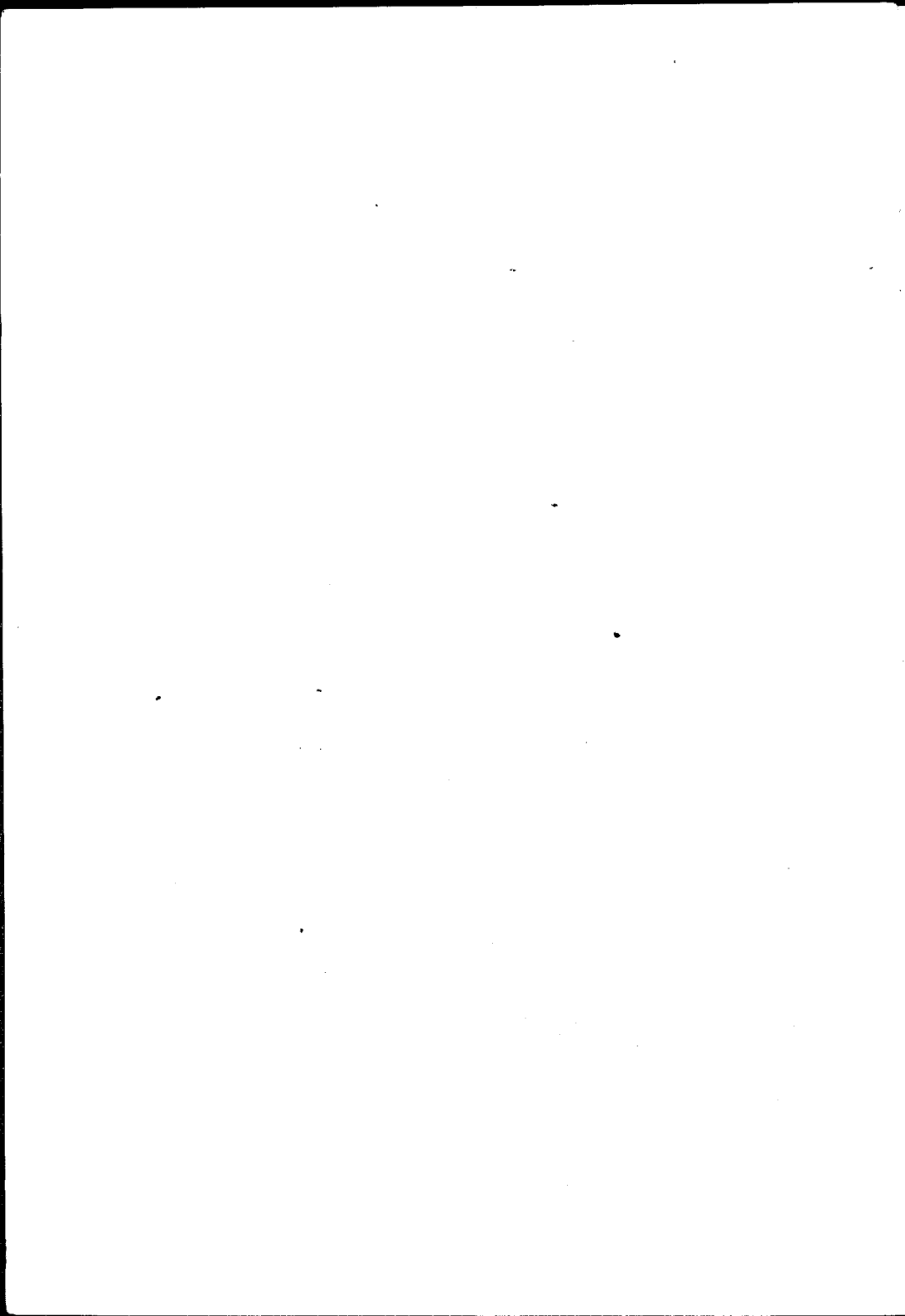
IMP. VINCENTY, BOSSIO & CIA. — CORRIENTES 3151

1916

M. B. 29.19



GRANULOMA VENEREO .



Año 1916

N.º 3090

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

GRANULOMA VENÉREO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CÉSAR BAIGORRI

Ex-practicante externo e interno del Hospital Frances -- 1912-1916

EX-practicante mayor del Hospital Vecinal de Curapaligüe -- 1913

Ex-practicante mayor del Hospital Vecinal Nueva Pompeya -- 1915-1916



BUENOS AIRES
IMP. VINCENTY, BOSSIO & CIA. - CORRIENTES 3151
1916

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

Artículo 402 del R. de la Facultad

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

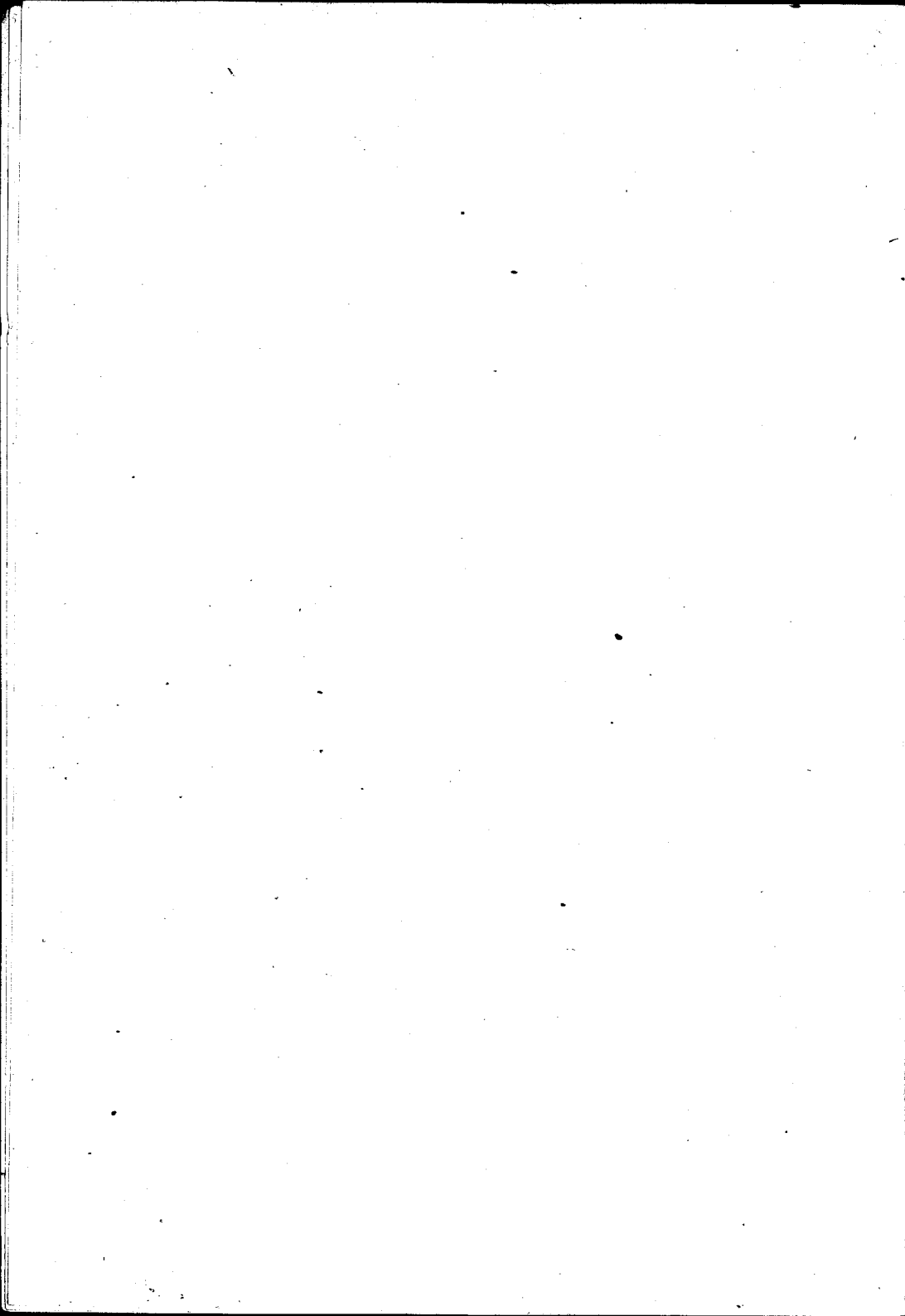
DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros Titulares

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

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » MARCELINO HERRERA VEGAS

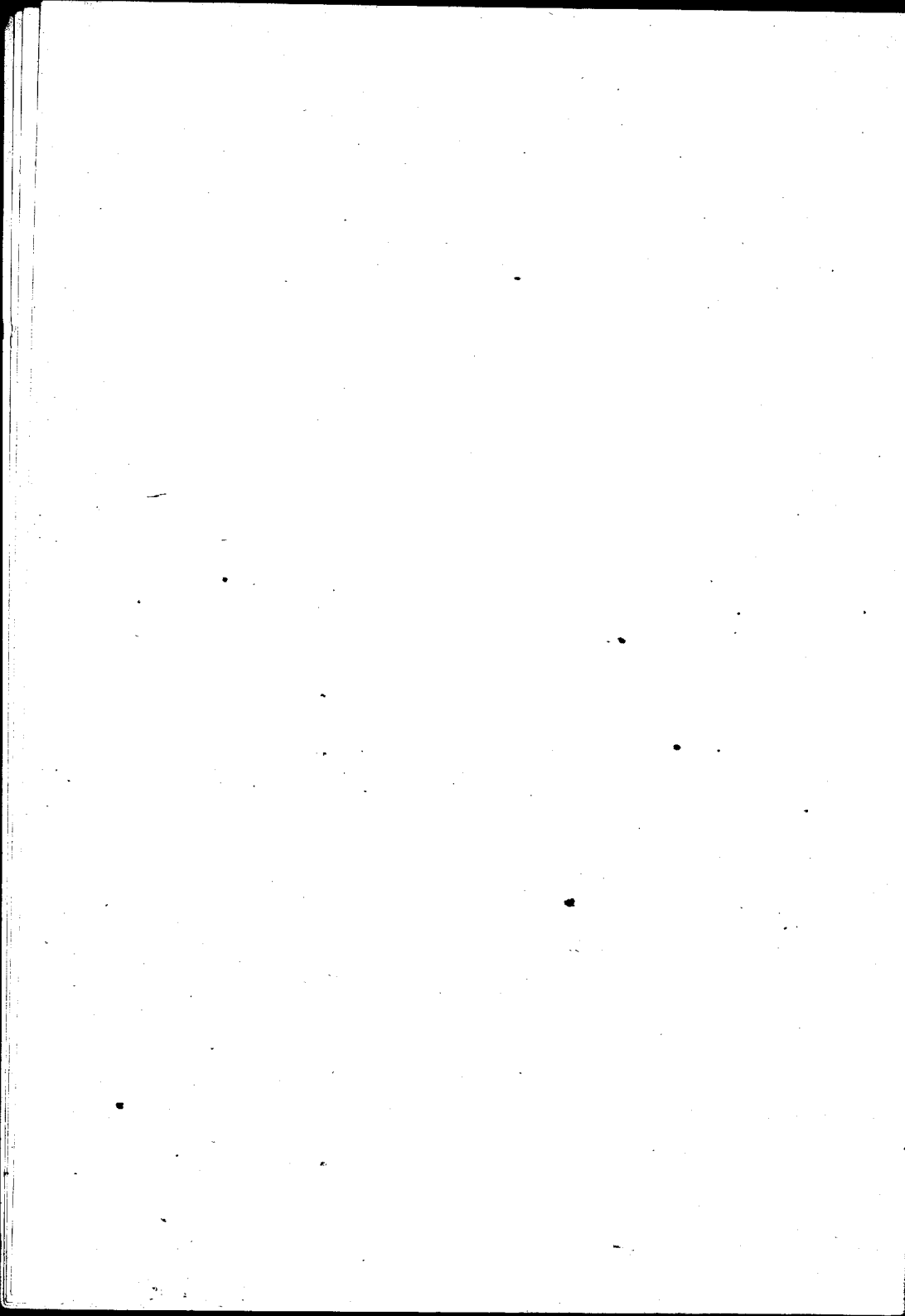


FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

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



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

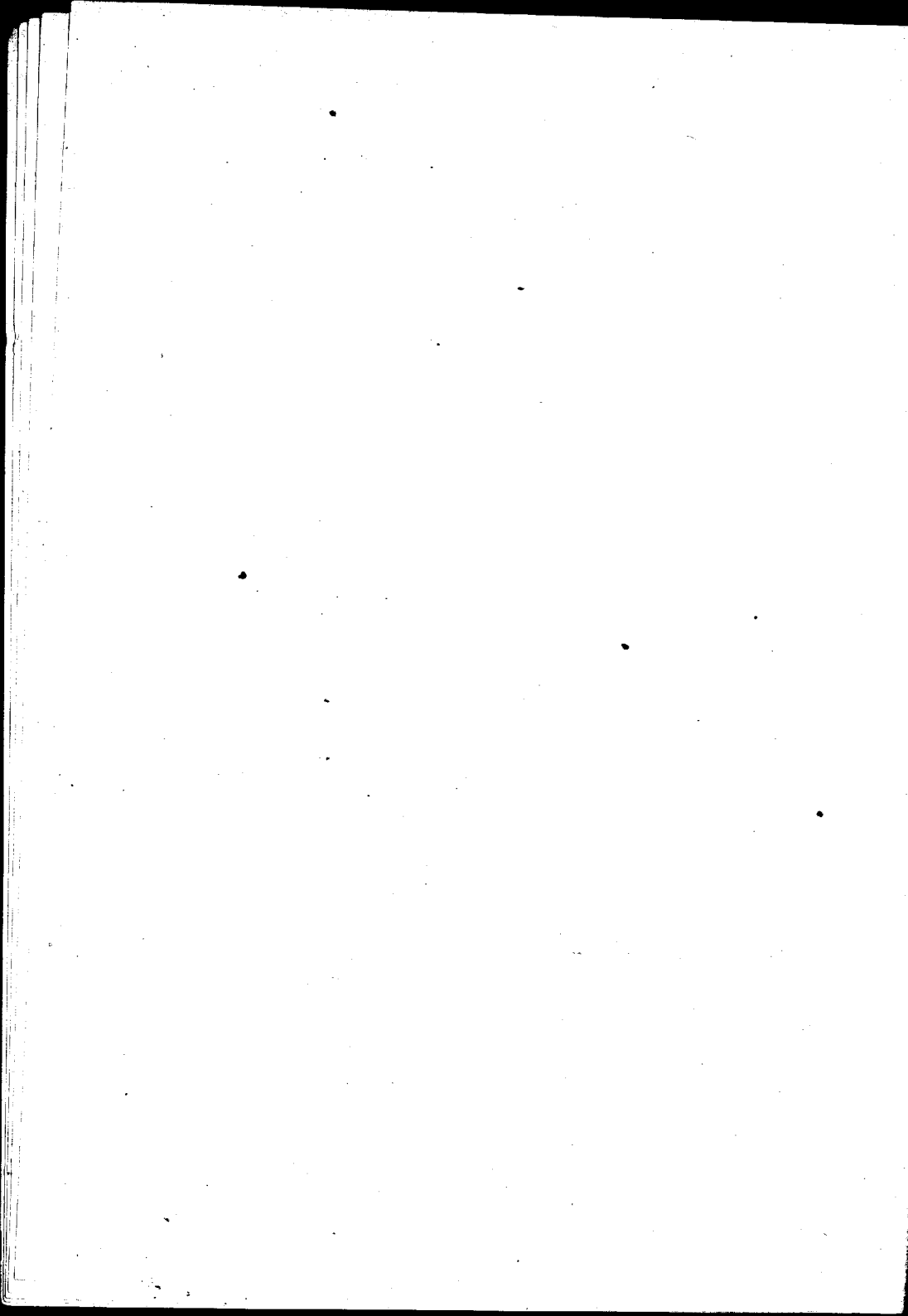
Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA .
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALBRÁN
» » JOSÉ F. MOLINARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina).



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

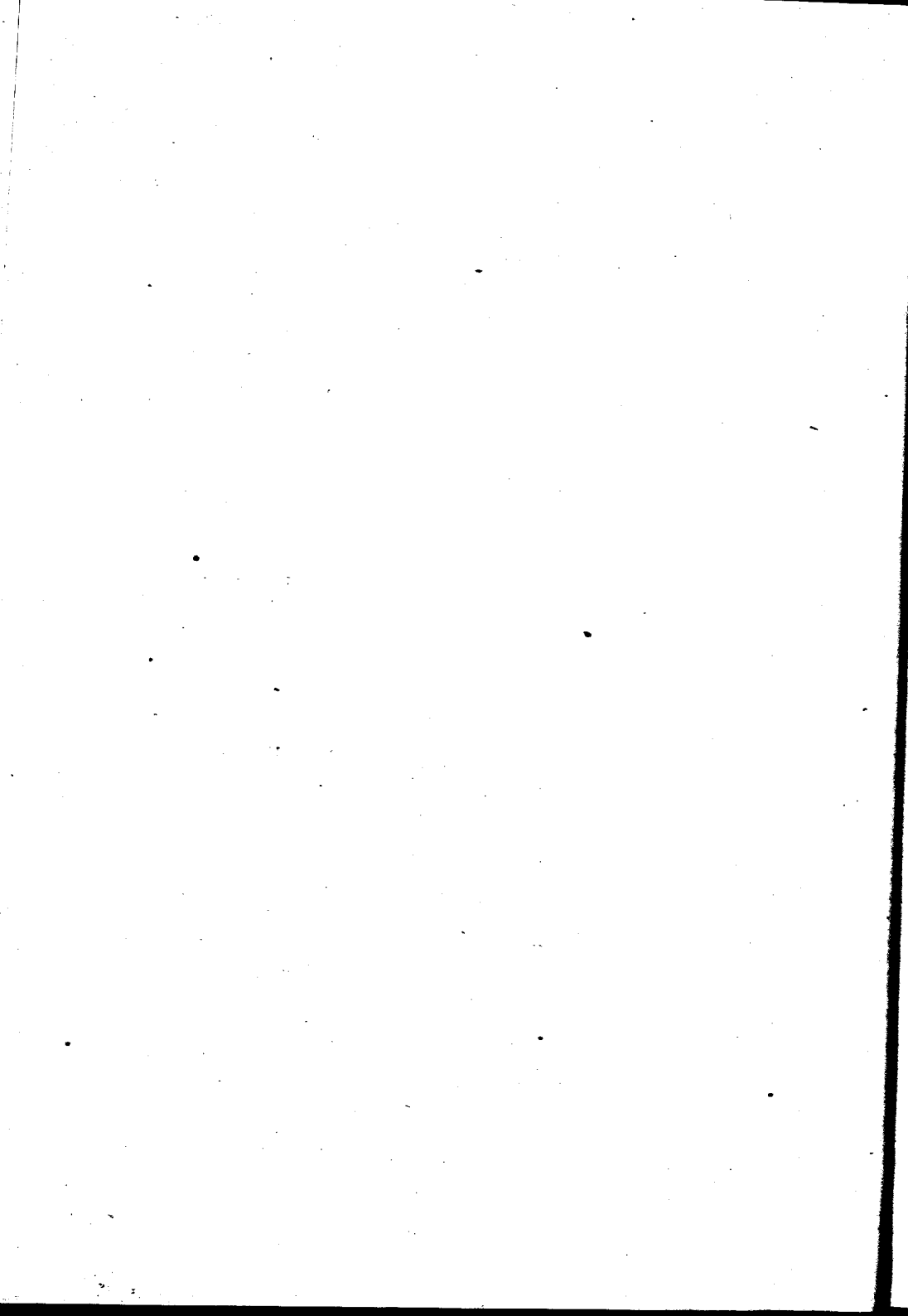
» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEIGA

» ELISEO CANTÓN

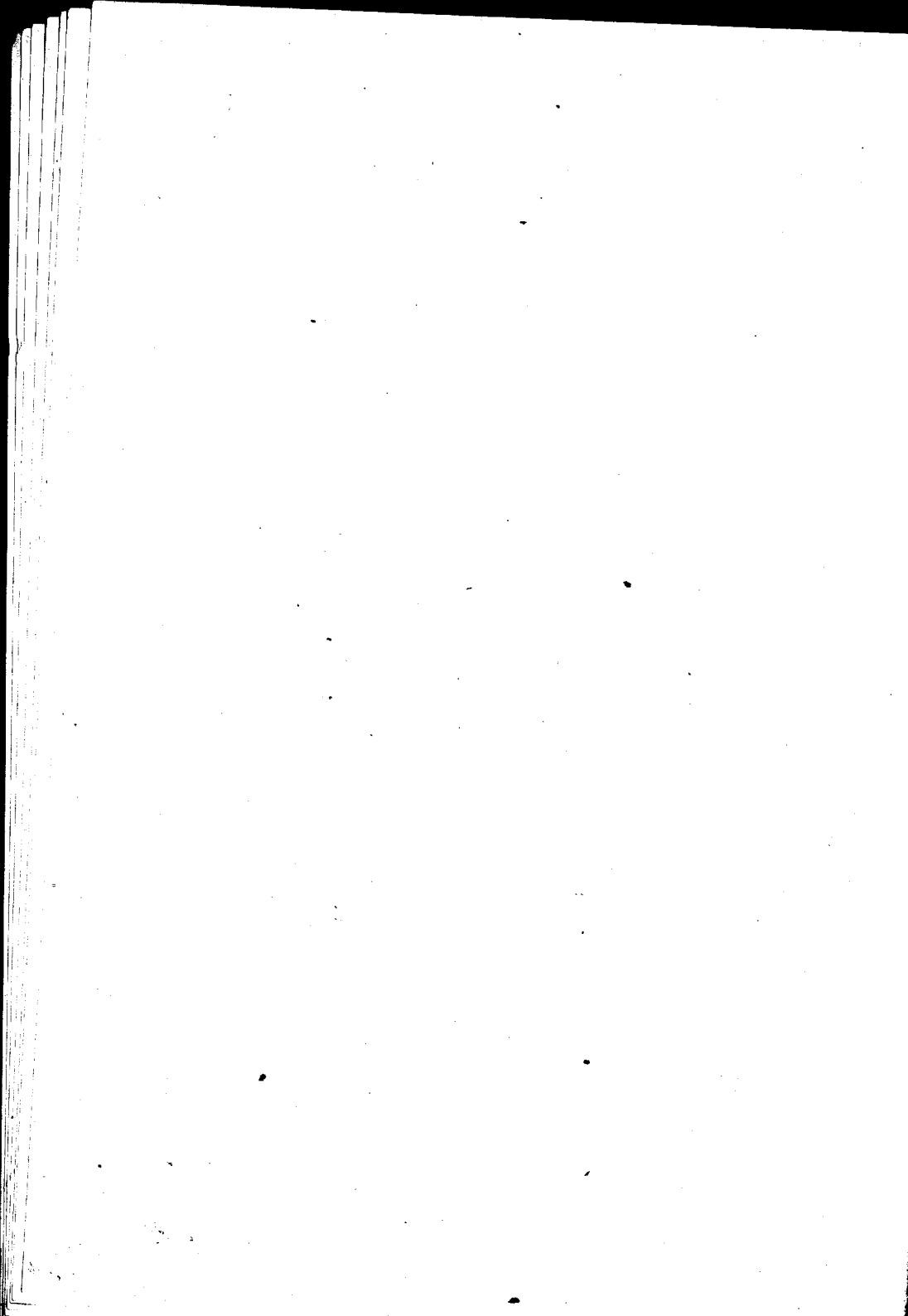
» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA.

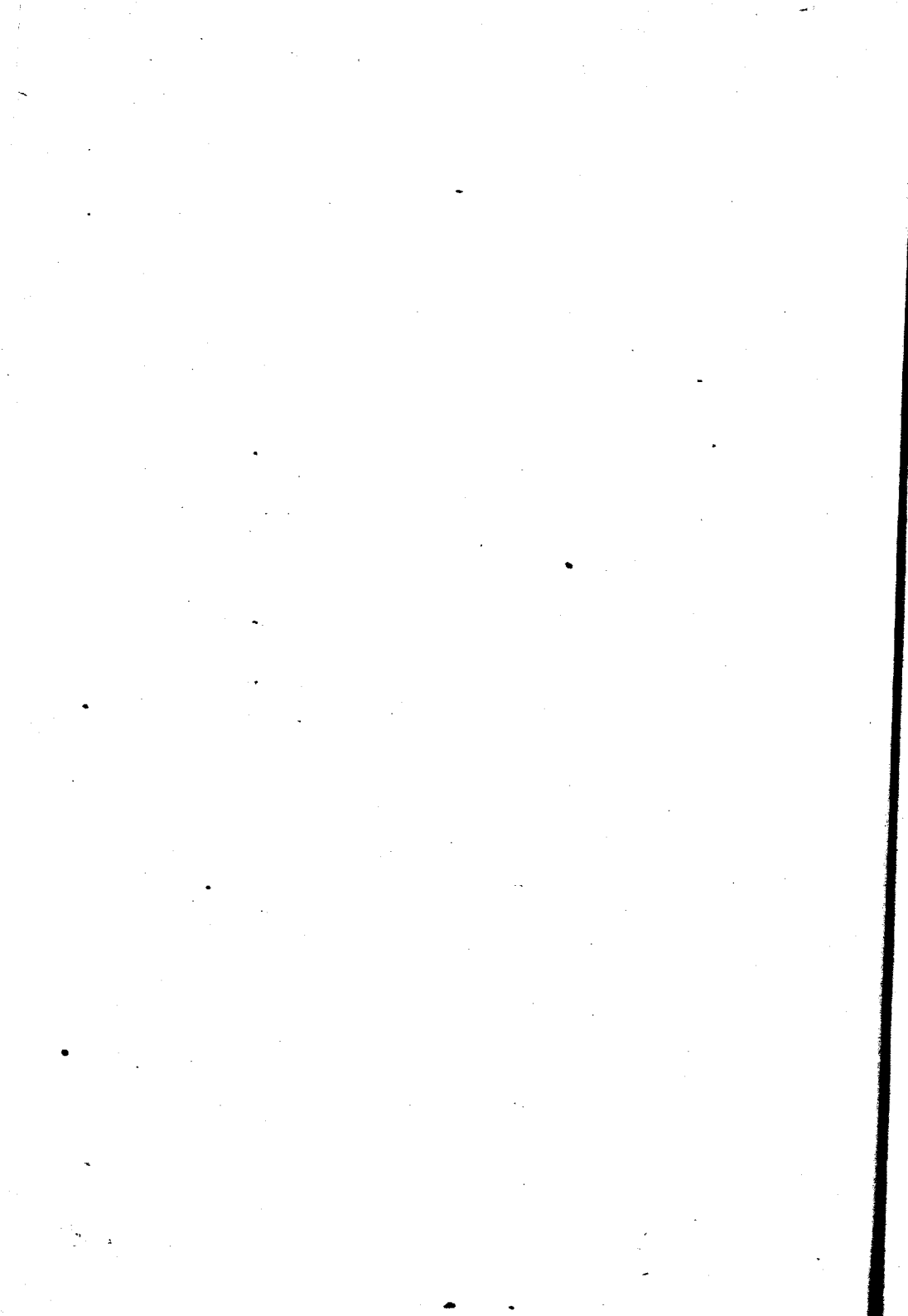
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ-FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana .	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica..	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínico:	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
Clínica Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental ...	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
	» LUIS GÜEMES
	» LUIS AGOTE
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	» JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica	» LEOPOLDO URIARTE
Clínica Ginecológica	» JOSÉ BADÍA
Clínica Médica	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Dermato-Sifilográfica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Neurológica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Psiquiátrica	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Pediátrica	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Quirúrgica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Patología Interna	» JOSÉ T. BORDA
Clínica oto-rino-laringológica	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELINO HERRERA VEGA
	» RICARDO COLON
	» ELISEO V. SEGURA

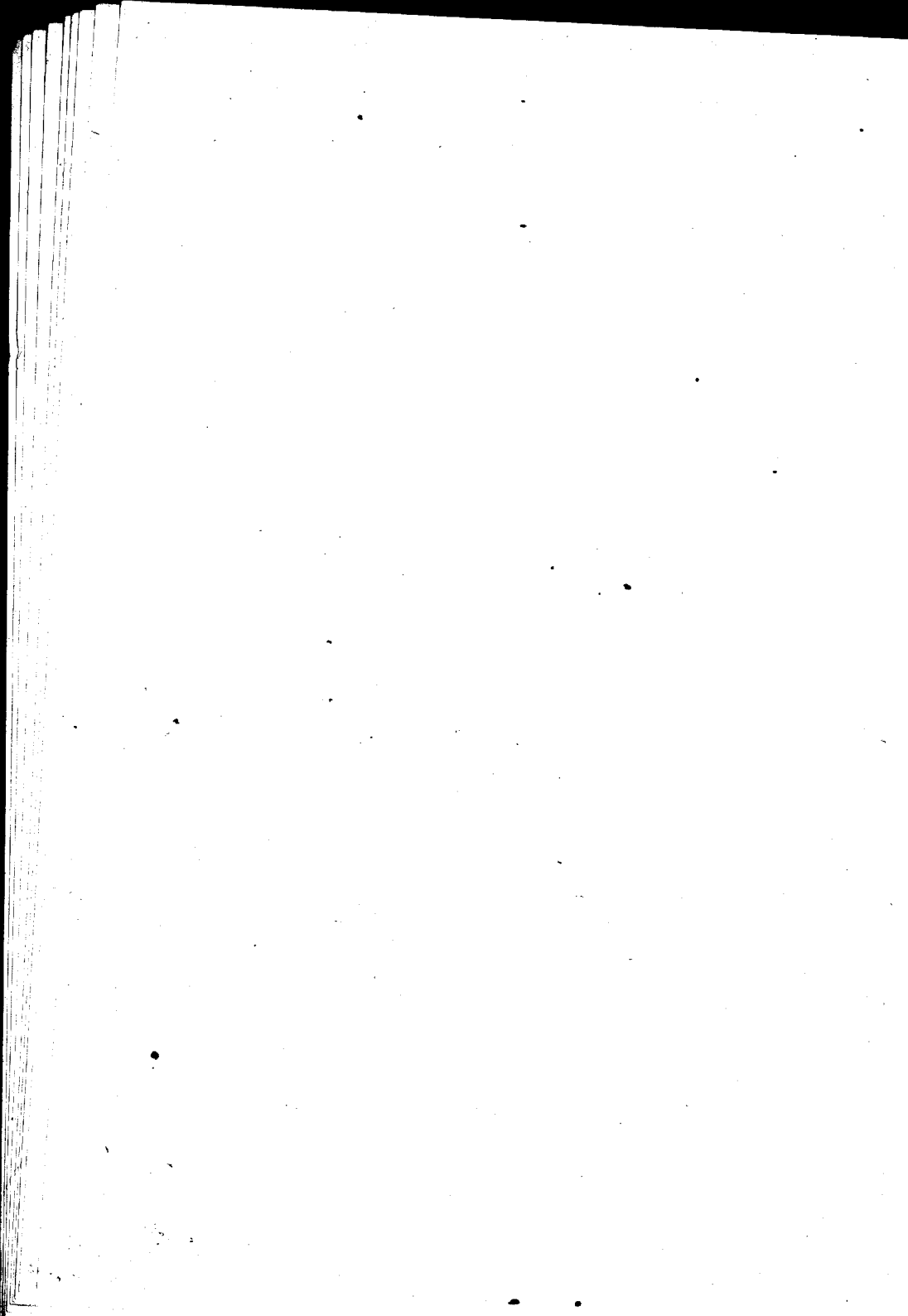


ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

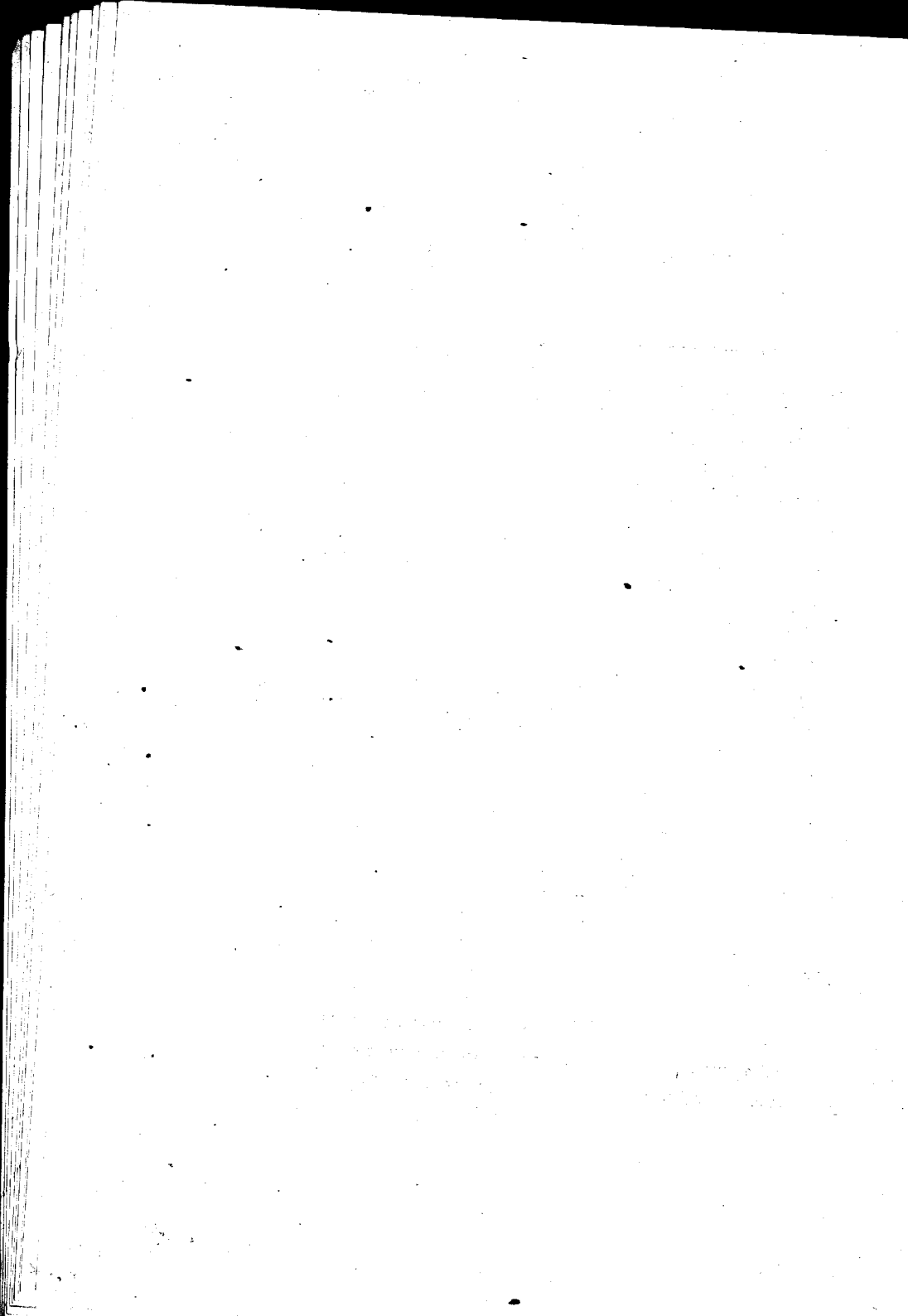
Catedráticos sustitutos

Botánica médica.....	DR RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	» GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	» SILVIO E. PARODI
	» EUGENIO GALLI
	» FRANK L. SOLER
Fisiología general y humana.....	» BERNARDO HOUSSAY
	» RODOLFO BIVAROLA
Bacteriología.....	» ALDOIS BACHMANN
Química Biológica.....	» GERMAN UNSCHUTZ
Higiene Médica.....	» BENJAMIN GALARCE
	» FELIPE A. JURTO
Semiología y ejercicios clínicos.....	» JANCEL V. CARBONELL
	» CARLOS BONORINO UDAONDO
	» ALFREDO VITON
Anatomía patológica.....	» JOAQUIN LLAMBIAS
Materia médica y terapéutica.....	» ANGEL H. ROPFO
Medicina operatoria.....	» JOSE MORENO
	» ENRIQUE FINOCCHIETTO
	» CARLOS ROBERTSON
Patología externa.....	» FRANCISCO P. CASTRO
	» CASTLEFORT LUGONES
	» NICOLÁS V. GRECO
	» PEDRO L. BALINA
Clinica dermato-sifilográfica.....	» FERNARDINO MARAINI
» génito-urinaria.....	» JOAQUIN NIN POSADAS
» epidemiológica.....	» FERNANDO R. TORRES
» oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARIA
	» ADOLFO NOGETI
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTIN CASTRO ESCALADA
	» PEDRO LABAQUI
Patología interna.....	» LEONIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARLARO
	» EDUARDO MARINO
	» JOSÉ ARCE
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHUTRO
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» OSCAR COPELLO
	» ADOLFO F. BANDIVAR
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO J. MOHSALINE
	» RAFAEL A. BELLERICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» JOSÉ DESTÉFANO
	» JUAN R. GOYENA
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» CARLOS R. CIRIO
	» ORVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUES
	» ALBERTO FERRALTA RAMOS
	» AUSTINGO J. TRONZE
	» JUAN B. GONZÁLEZ
	» JUAN C. BISSO DOMÍNGUEZ
	» JUAN A. GARASTOC
	» ENRIQUE A. BOKRO
	» JOAQUIN V. GNRCOO
	» JAVIER BRANDAN
Medicina legal.....	» ANTONIO FODESTA



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general, Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada ..	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Física farmacéutica	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ
Asignaturas	
Técnica farmacéutica	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas	» OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	SR. PEDRO J. MÉSIGOS
	» LUIS GUAGLIAMELLI
Química analítica	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica	» ANGEL SABATINI



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc. DR. J. C. LLAMES MASSINI

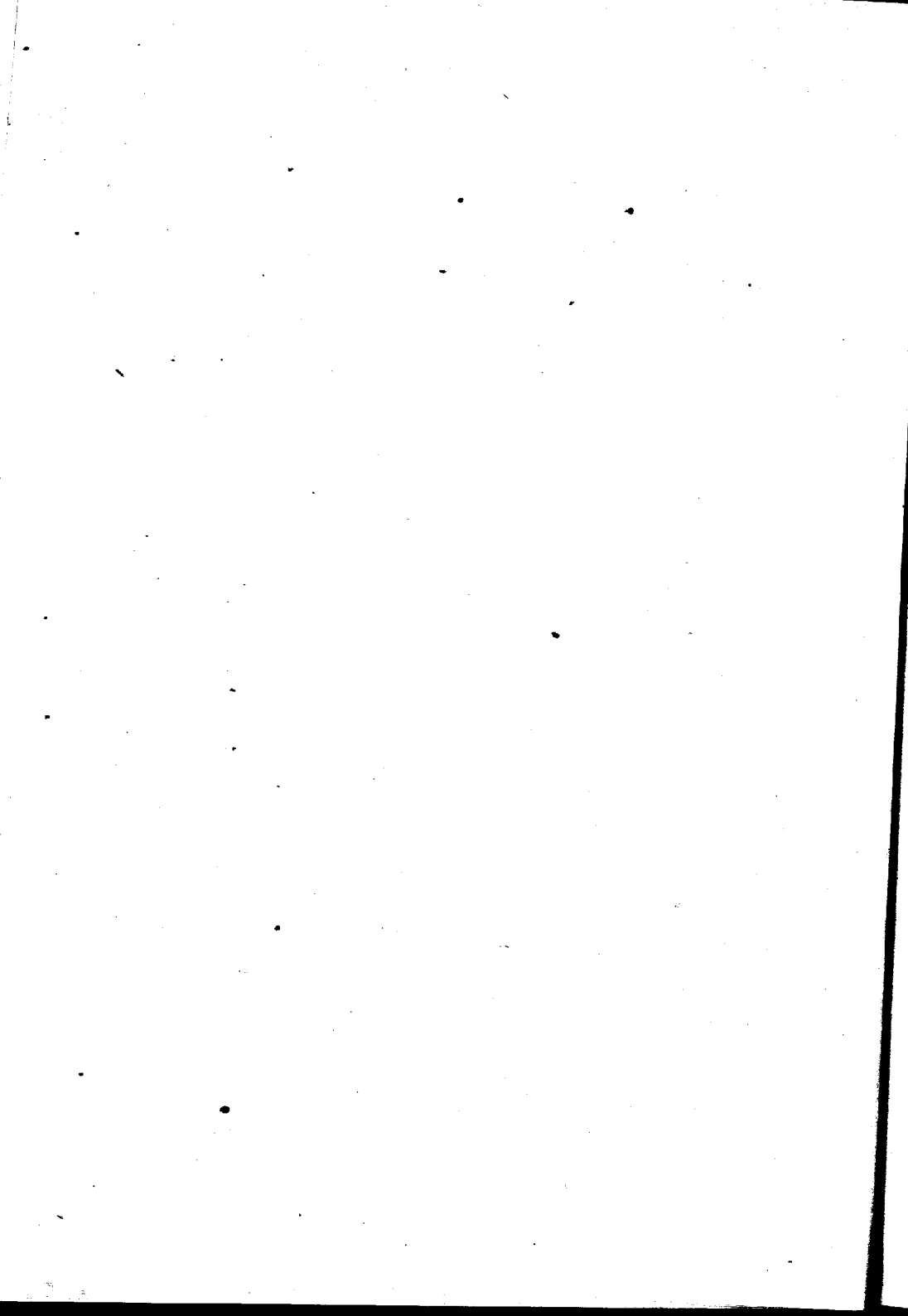
Segundo año:

Parto fisiológico DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clinica ostétrica DR. PANOR VELARDE

Puericultura DR. UBALDO FERNÁNDEZ

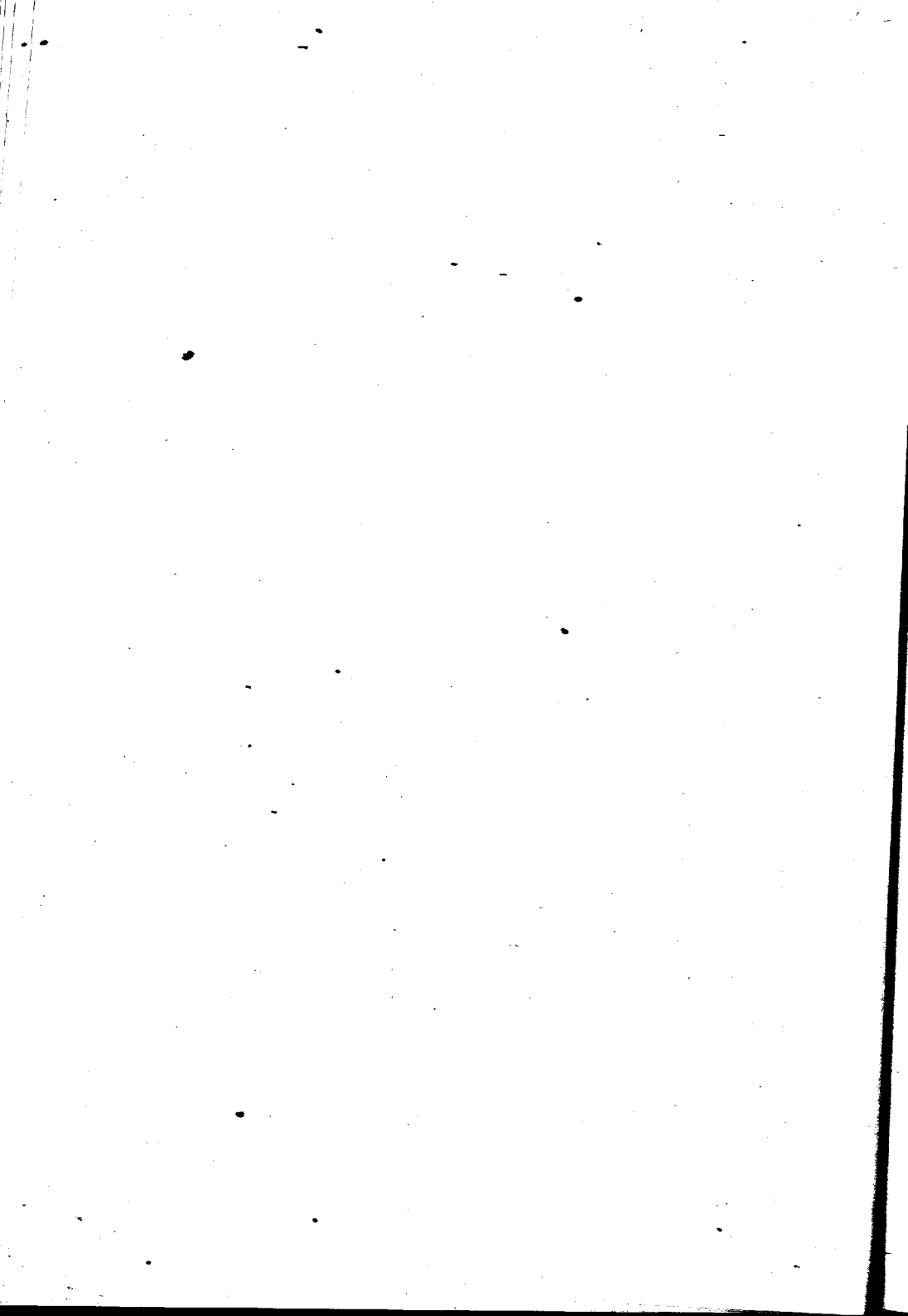


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	» LEÓN PEREYRA
3.er año	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO GUARDO

Catedráticos suplentes

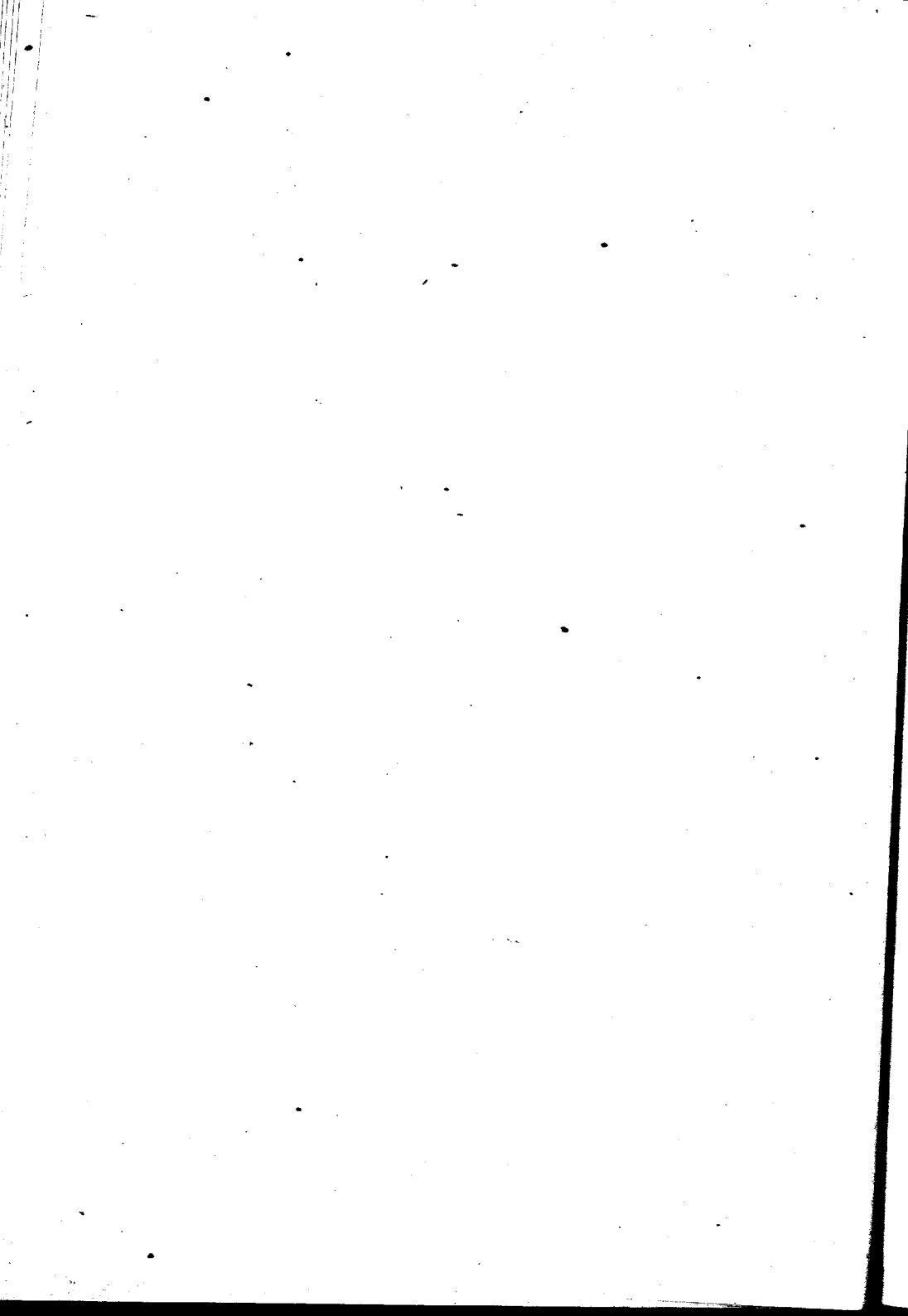
DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
» JUAN U. CARREA (Protesis)



PADRINO DE TESIS :

DOCTOR J. TORRES ZÁRATE

Jefe del servicio de piel y sífilis de los hospitales Francés y J. E. Fernández



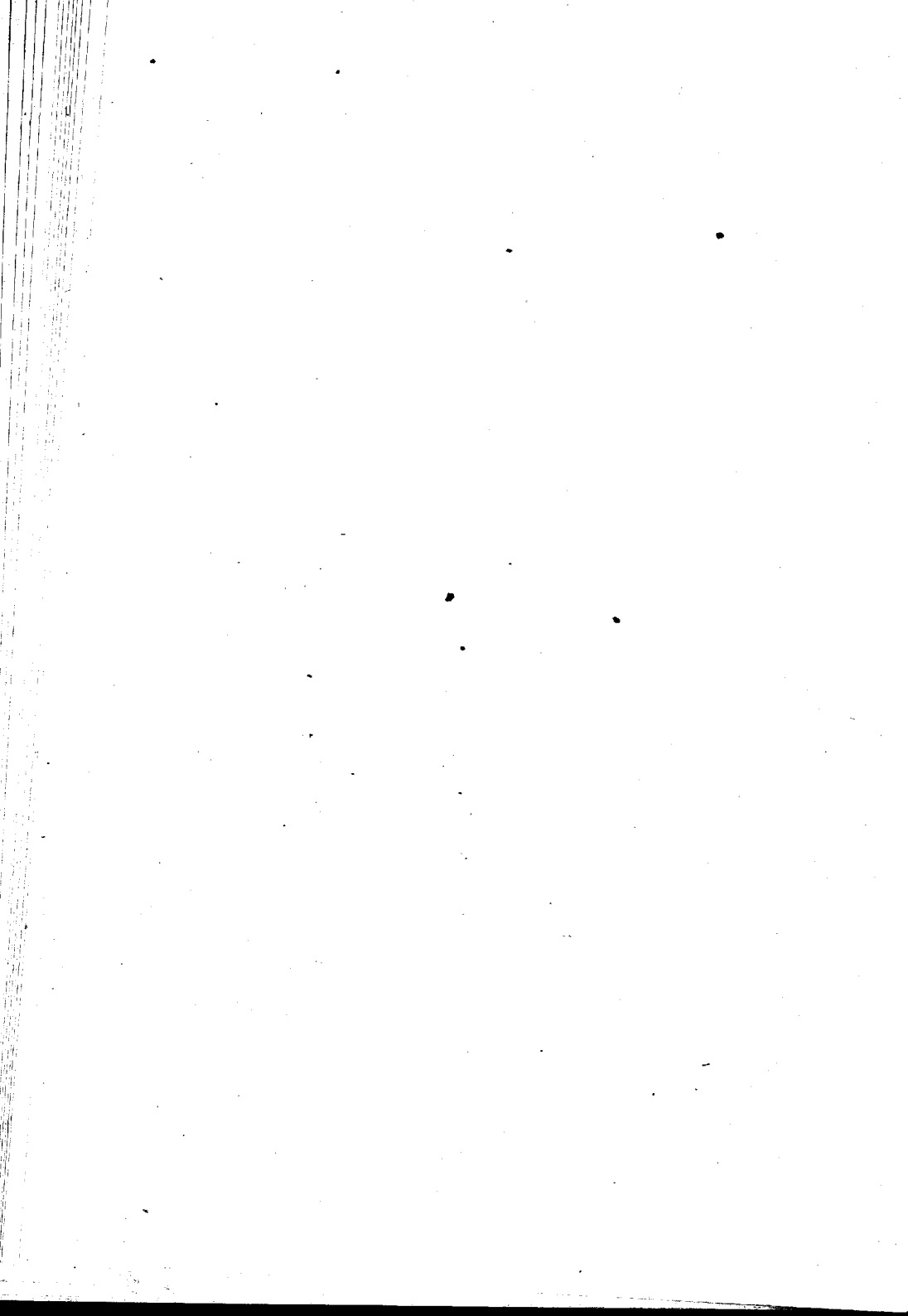
A LA MEMORIA DE MI PADRE



A MI QUERIDA MADRE

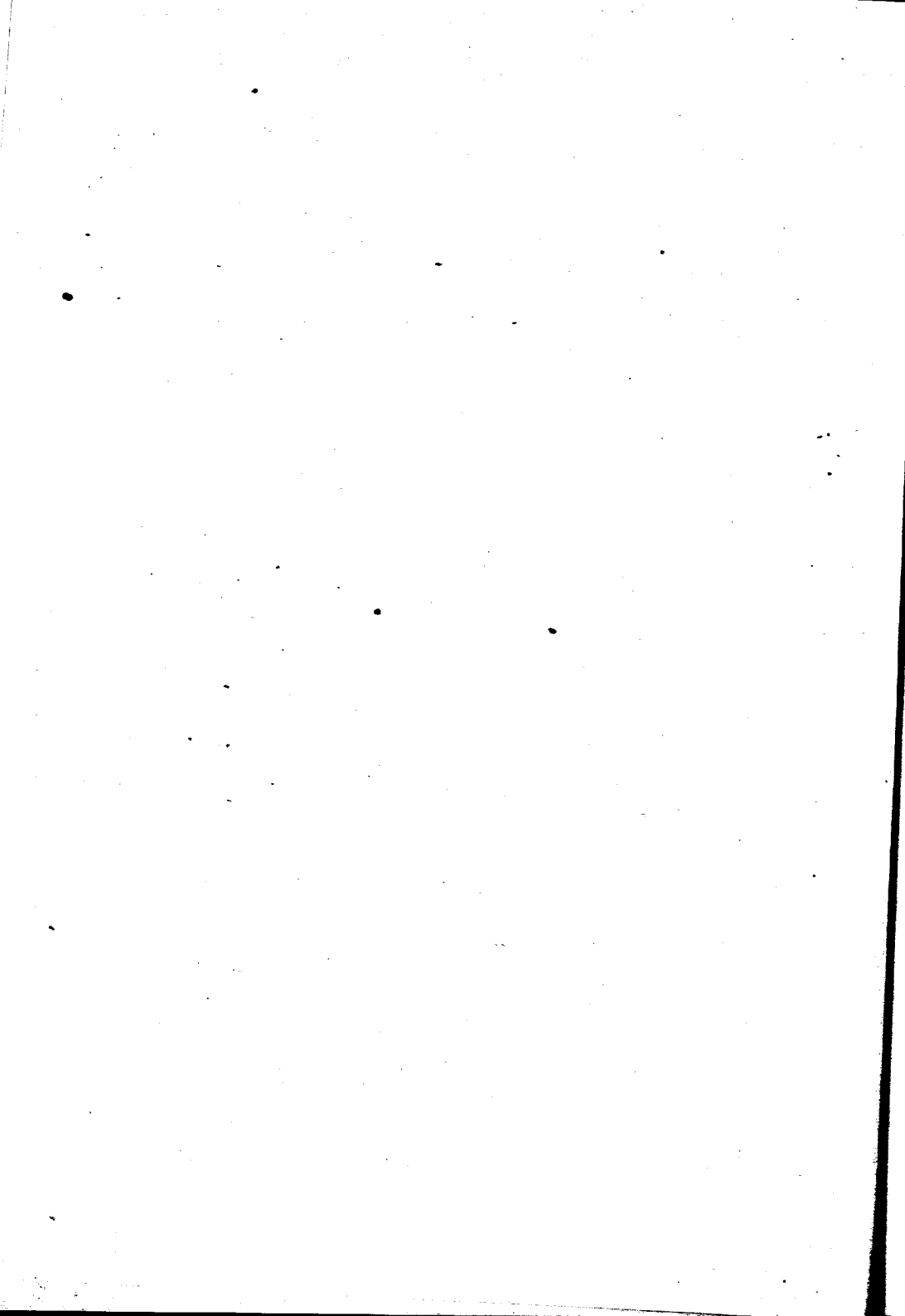
A MIS HERMANOS

A LOS MIOS



AL DR. A. H. ROFFO

Profesor suplente de Anatomía Patológica



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Al presentar a vuestra consideración este modesto trabajo, cumpliendo con una disposición reglamentaria, he elegido un tema a mi juicio interesante y de actualidad, si he de referirme a las últimas conquistas relativas a etiología y tratamiento.

EL GRANULOMA VENEREO que es el tema elegido, entra merced a estas investigaciones en el cuadro de la Dermatología como una entidad mórbida con caracteres bien definidos; y el médico práctico enriquece el caudal de sus conocimientos con todos los elementos que elucidan su diagnóstico.

Ante todo quiero hacer constar mi profundo reconocimiento: -

Al cuerpo de profesores de nuestra escuela, quienes moldearon nuestro carácter, en la cátedra con sus consejos, en el lecho del enfermo con la clarioevidencia de profunda observación.

Al Dr. J. Torres Zárate, maestro y amigo que hoy me honra acompañándome como padrino de tesis; cuyos consejos y enseñanzas prácticas he podido aprovechar durante el tiempo de mi internado en el servicio de piel y sífilis del Hospital Francés del cual es su jefe.

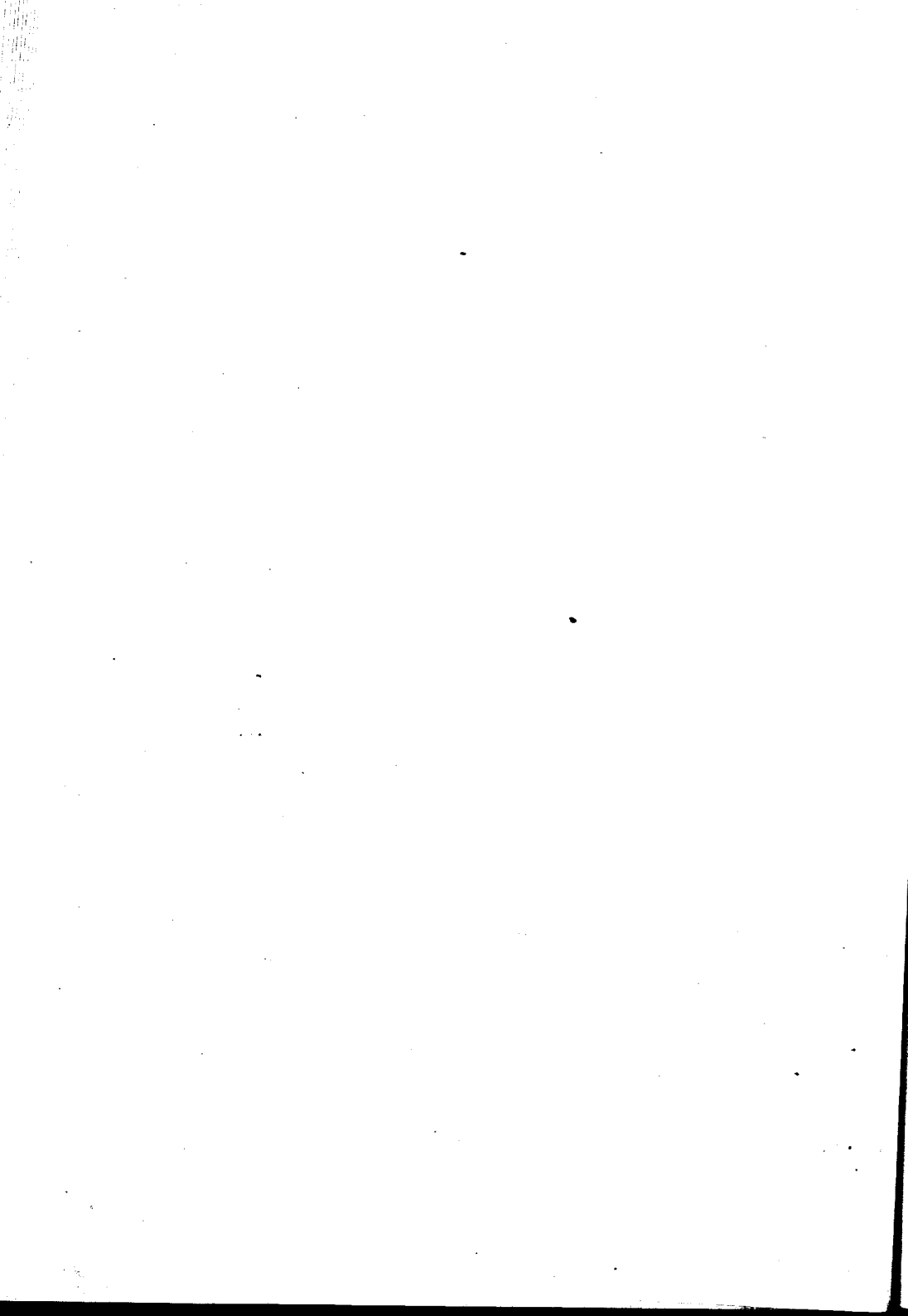
Al Dr. A. H. Roffo en homenaje a que él supo dirigirme y proporcionarme eficaz ayuda en el presente trabajo.

Al Dr. A. Caplane a cuyo lado encontré siempre, en todo momento, al maestro, al amigo, al compañero de tareas, que me guiara a cada instante con método y experiencia en el examen del enfermo.

Al cuerpo médico del Hospital Francés y muy especialmente a los doctores M. Barros, A. Cabaut, J. Laure, Escutari y E. Pagniez, por sus lecciones prácticas, por la amigable confianza con que supieron tratarme durante mi internado.

A los Dres. Zapata, Squasini, Sapere, y Tracchia, de quienes siempre tuve palabras de aliento y sanos consejos.

A mis compañeros de internado con quienes he pasado los momentos más felices, cariñoso recuerdo.



Granuloma venéreo

El granuloma venéreo es una enfermedad local, infecciosa, transmisible por contagio, atribuido al *calymmatobacterium granulomatis*.

Los autores ingleses lo consideran como una enfermedad de negros; sin embargo ha sido observado en individuos de raza blanca, como lo comprueban los dos casos que figuran en esta tesis, en el que uno es de nacionalidad rusa y el otro oriundo de Entre Ríos.

El contagio se hace por contacto venéreo o accidentalmente, siendo su puerta de entrada la piel y las mucosas.

En su evolución presenta los períodos siguientes:

1º. **Incubación.** — La duración de este período, es decir, el tiempo que transcurre desde el contacto infectante hasta la aparición de la primera manifestación local, no está determinada

aún. Este período es silencioso, sin repercusión sobre el estado general del sujeto.

2º. Invasión. — Este período lo caracteriza el accidente inicial constituido por una vesícula, una pápula o un nódulo, elementos que no tardan en invadir por vía subcutánea, apareciendo nuevas e idénticas lesiones a distancia que comunican con las primeras. Esta invasión progresiva se hace tardíamente cuando el accidente inicial ha sido un nódulo; más rápidamente cuando se inicia por una pápula o una vesícula.

En este período como en el primero, la salud general del enfermo continúa siendo satisfactoria.

3º Período estacionario— Se caracteriza por la concomitancia de lesiones cicatrizadas y lesiones en crecimiento.

4º. Período final — En este período las lesiones pasan al estado crónico; el paciente puede morir por una enfermedad intercurrente o curar, como otras enfermedades infecciosas, por las propias defensas del organismo.

Historia

Esta enfermedad ha sido descripta por primera vez por Conyers y Daniels en 1896 en las Guayanas Inglesas y observada posteriormente en las islas de Fidji, Nuevas Hébridas, Nueva Guinea, India Inglesa, Australia del Norte y Africa Occidental.

Es el Brasil el país donde más casos se han presentado y donde mejor se les ha estudiado. A los pacientes estudios llevados a cabo en el Instituto Osvaldo Cruz, debemos el conocimiento de un medicamento que podríamos llamar específico teniendo presente sus magníficos resultados y que haremos cuestión de un capítulo aparte.

Entre nosotros el profesor suplente doctor Angel H. Roffo, en septiembre de 1913, ha observado y confirmado bacteriológicamente el primer caso de granuloma, que ha estudiado y comunicado

oportunamente a la Sociedad Médica Argentina y a la Sociedad de Dermatología.

El doctor Souza de Araujo, de visita en nuestras clínicas en el año pasado, publica casos interesantes en lo que se refiere a bacteriología y tratamiento.

En Diciembre del mismo año, el doctor José Torres Zárate presenta otro caso con lesiones bien características y que el profesor doctor Roffo confirmó el diagnóstico bacteriológicamente. En este caso se corrobora la etiología bacteriana del granuloma y la eficacia del tratamiento por el tártaro emético, que se puso en práctica en la forma recomendada por sus iniciadores, con el más hatagüeño resultado, curando las lesiones ulcerosas al cabo de 14 inyecciones endovenosas.

Por referencia he tenido conocimiento que en otros hospitales se han presentado nuevos casos que están en estudios.

Todo esto nos parece demostrar que, si antes los casos de granuloma venéreo eran demasiado escasos, hoy aumentan precisamente porque poseemos los conocimientos necesarios para diferenciarlo de otros procesos inflamatorios crónicos con los cuales ha sido confundido en épocas anteriores.

Etiología

Grande ha sido la discrepancia de los autores en lo que se refiere a este interesante capítulo. Algunos han mencionado, como agente casual, diversas espiroquetas.

Jeanselme lo identifica al lupus verdadero, y Le Dantéc haciendo inoculaciones en animales de laboratorio con productos granulomatosos, consigue tuberculinizarlos, confirmando las ideas de su predecesor.

Es necesario llegar a las investigaciones de Donovan en 1905 quien fija nuevos rumbos que tienden a unificar las ideas.

Donovan, en su trabajo, describe un germen semejante a un gigantesco bacilo, a extremidades redondeadas, midiendo varios décimos de micrones de longitud.

Existen en abundancia dentro y fuera de las

células; al exterior, en medio del líquido exudado, forman colonias.

Estas mismas conclusiones han sido hechas posteriormente por Lieber, en 1907, por Flú en 1911 por Rabello en 1912, por el profesor suplente doctor Angel H. Roffo en 1913 y en 1915.

Para los investigadores brasileros, este germen es específico del granuloma, quienes lo han aislado y cultivado, estableciendo sus caracteres morfológicos y tintoriales de una manera satisfactoria.

En la clínica dermatológica del profesor doctor Baldomero Sommer, Hospital Ramos Mejía, el profesor suplente doctor Nicolás Greco ha llegado a conclusiones discordantes a las que dejamos apuntadas, habiendo aislado un hongo filamentoso; radiado, que ha clasificado como perteneciente al género *Scopulariopsis* y la especie la ha llamado *Scopulariopsis Venerei*.

Tambien ha ensayado el tratamiento por el tártaro emético y concluye que este medicamento no cura por sí, sino que es un coadyudante de la medicación antigua.

Síntomas clínicos

Sintomatología. — Se trata de una dermatosis infecciosa, crónica, caracterizada por un espesamiento nodular cutáneo de las partes húmedas de las regiones genitales y génito-perineal; excepcionalmente aparece en otras regiones. Los nódulos son formados por la infiltración del dermis por el bacilo y tienen un desarrollo crónico y rebelde a todos los tratamientos usuales. Se propagan por auto-inoculación del virus que es muy contagioso. Las lesiones presentan de característico en el centro o en su margen cicatrices espontáneas pequeñas o extensas, cubiertas de piel fina con contornos pigmentados. Es muy raro observar que en estas cicatrices aparezca de nuevo el proceso ulceroso.

Las úlceras crecen excéntricamente tomando caracteres de condilomas hipertróficos, hasta que los tejidos afectados activan los procesos de repa-

ración por sus defensas orgánicas, formando como hemos dicho, esas características cicatrices pigmentadas.

El microbio no invade el tejido conjuntivo subcutáneo y es un hecho de observación la permanencia indemne del sistema linfático. Tampoco altera el estado general del paciente.

Las lesiones se presentan a nuestra observación bajo la forma de una úlcera condilomatosa o pápulo-hipertrófica, seguido de un período de úlceras serpiginosas. Su color es rojo vivo y sangra fácilmente al menor contacto. Su fondo está constituido por pequeñísimas granulaciones rojas, unidas por trayectos acintados. En la periferia las granulaciones son elevadas, verugosas, ásperas, cubiertas por una débil película epitelial, de color rojó bermellón también con puentes de unión entre sí. Todas las superficies cruentas están recubiertas de un exudado purulento, espeso, fluido y de mal olor.

Después de un cierto tiempo de existencia, esta secreción se hace constante y a veces tan abundante que se escurre por los muslos. Las úlceras crecen continuamente llegando a invadir la uretra y el recto y en la mujer amenazando la mucosa génito-urinaria y la cavidad abdominal, lo que llega a comprometer seriamente la salud del paciente.

Los ganglios inguinales sólo son atacados cuando la enfermedad se desarrolla en un terreno específico, es decir, en caso de infección mixta.

Los síntomas subjetivos están constituidos por el prurito y el dolor, que en regla general son de poca consideración. Solo se hacen insorportables en casos muy graves, en que la anemia profunda favorece infecciones secundarias.



Evolución

Las lesiones se inician en el punto de inoculación bajo la forma de vesícula, pápula o nódulo.

En los casos en que la infección tiene lugar en una herida abierta, ya sea un ganglio ulcerado, un chancro o una herida traumática o quirúrgica, las lesiones iniciales faltan y el proceso granulomatoso hace continuación a la herida primitiva.

La vesícula es generalmente del tamaño de una lenteja, llena de serosidad. La pápula es de tamaño variable, dura y sangra fácilmente. El nódulo se asemeja a un forúnculo, estando en comunicación con otros que le circundan o que aparecen a su alrededor; si se incinden al bisturí dejan salir un líquido espeso, sanguinolento, rico en gérmenes libres e intracelulares. Estos elementos iniciales se ulceran al cabo de un tiempo que varía de 15 días a un mes. En las mujeres, que tienen

la piel más fina, la ulceración se hace en menos tiempos.

La región donde aparecen estas lesiones iniciales, varía según la forma del contagio. En el hombre, el sitio predilecto es el pene, desde la raíz al glande, en el surco bálano-prepucial, frenillo, en el escroto y pubis. En la mujer, los grandes y pequeños labios, clítoris y vagina son las regiones preferidas por las lesiones que se inician.

Desde estos puntos se extienden las lesiones al meato urinario, al ano, a los surcos génito-cruales, a las nalgas y al abdomen.

El granuloma se localiza en las regiones genitales, aunque se registran casos extra-genitales, que son muy raros, de una frecuencia insignificante en relación con los demás que son genitales.

A la ulceración más o menos rápida de los nódulos, pápulas o vesículas hace continuación el período ulceroso secundario que es de larga duración.

Cuando los nódulos son varios se comunican por vía subcutánea formando verdaderos puentes comunicantes hasta que llega el momento que todos confluyen formando una sola superficie ulcerosa. Esta tiene formas irregulares según la región, crece lentamente en algunos puntos en tanto que en otros, sufre el proceso cicatricial.

Cuando estas lesiones son muy extensas y la

secreción sero-purulenta muy abundante, los sujetos pueden llegar a la caquexia y a la muerte por infecciones secundarias por el hecho de encontrar un terreno propicio con muy pocas defensas orgánicas.

Las cicatrices tienen el inconveniente de producir estrechez a nivel de los orificios naturales, uretra o ano, por retracción del tejido de nueva formación.

Las lesiones crecen poco en profundidad y solamente en la forma ulcerosa y por infecciones secundarias, se ha dado el caso de llegar al tejido muscular y perforar ciertas cavidades.

El crecimiento se hace por invasión periférica y excéntrica y por auto-inoculación, llegando a invadir, después de varios años, vastas zonas. Así comprometen el funcionamiento de los esfínteres con todos sus inconvenientes.

Se citan casos en que las lesiones involucionan, es decir, sufren un proceso de reparación y de reabsorción, llegando a una curación espontánea. Así vemos que, después de una existencia más o menos larga, pierden su consistencia primitiva y disminuyen su volumen paulatinamente hasta desaparecer por completo, dejando en su sitio una cicatriz pigmentada y deforme. Otras veces aparecen cicatrices en diferentes puntos, que son definitivas algunas y otras constituyen focos recidi-

vantes que evolucionan en la forma que queda expuesta en los párrafos anteriores.

Sitio y extensión. — Hemos visto ya que en el hombre las lesiones se inician en el pene, ano, surco génito-crural extendiéndose a las regiones vecinas. En los enfermos en los cuales se inicia en el surco bálano-prepucial, se propaga por crecimiento excéntrico a toda la piel del pene y por contacto a la piel del escroto.

Cuando se inicia en las vecindades del ano, crece lentamente por continuidad llegando con el tiempo a ocupar el surco interglúteo y las nalgas.

En la mujer las lesiones comienzan en la vulva y en la vagina, extendiéndose a los grandes y pequeños labios, muslos, ingle, etc.

Las lesiones pueden propagarse a las mucosas vecinas trayendo serias complicaciones, fistulas, perforaciones, exténosis, etc.

En la práctica se observan casos en que las lesiones permanecen siempre cutáneas y superficiales, en tanto que en otros se profundizan con todas sus serias consecuencias.

En los casos extragenitales podemos citar algunos de localización facial (observación de Maithland) en donde la infección es accidental o indirecta. Hoffmann cita un caso en que la infección se produjo por la incisión de un condiloma. F. H. Sequeira publica un caso de localización en el

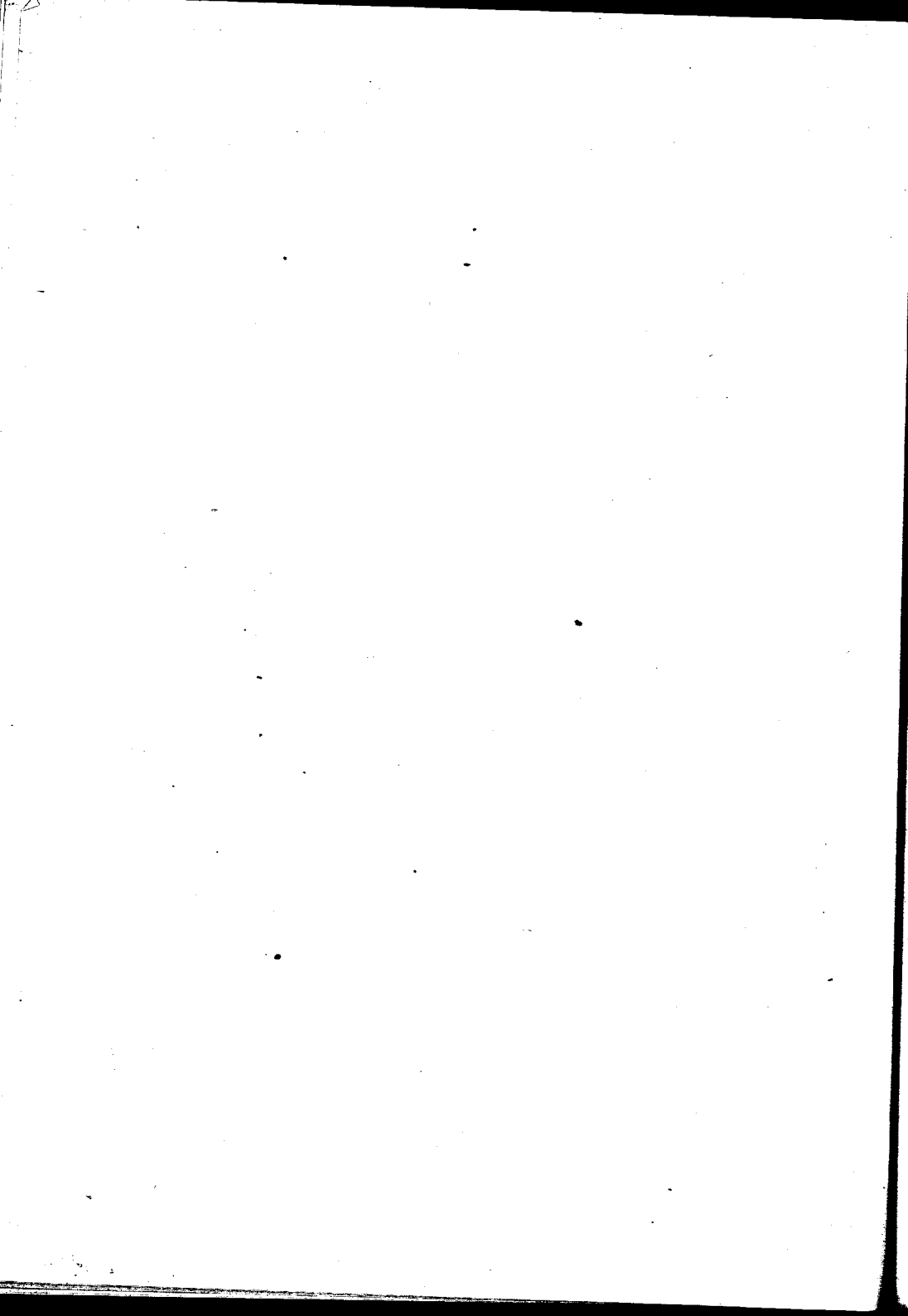
lado izquierdo de la boca. A. Pedroso, otro caso del labio superior confirmado bacteriológicamente.

Trasmisión. — Se verifica, según los autores, por medio del coito.

Su contagiosidad es fácilmente demostrable si se tiene presente la prontitud con que aparecen las lesiones por auto-inoculación debido al contacto de las partes enfermas con las vecinas, especialmente al nivel de los pliegues y surcos genitales.

La mayor frecuencia del granuloma en las prostitutas y pederastas corrobora el rol importante del coito infectante.

A pesar de esto, es posible la infección por otros medios; así Sabella cita casos de contagio familiar, por las ropas, útiles de uso común, por las manos, etc., que vehiculizan el germen.



Formas clínicas

El granuloma presenta una gran variación de modalidades en los diferentes enfermos en que se desarrolla

Según Daniels las lesiones son más extensas en los negros que en los sujetos de raza blanca.

Souza de Araujo ha notado que la sintomatología varía en los diferentes países cuyas clínicas ha visitado.

Terra y Rabello distinguen tres formas clínicas, basándose en los caracteres de las lesiones: 1.º forma hipertrófica; 2.º ulcerosa; 3.º mixta.

Souza de Araujo modifica esta clasificación distinguiendo en cada forma clínica sus variedades según puede verse en el cuadro adjunto:

GRANULOMA VENÉREO	Forma ulcerosa	Serpiginosa	}	Con bordes elevados
		y		
	Hipertrófica	No Serpiginosa	}	Sin bordes elevados
		Serpiginosa		
	y	}	Fungosa	
		No serpigiosa	}	Papilomatosa
Mixta o úlcero - hipertrófica.				

En los casos estudiados, cuyas historias van adjuntas, hemos distinguido el primero entre la forma hipertrófica, serpigiosa, variedad papilomatosa. El segundo pertenece a la forma clínica ulcerosa, variedad serpigiosa con bordes elevados.

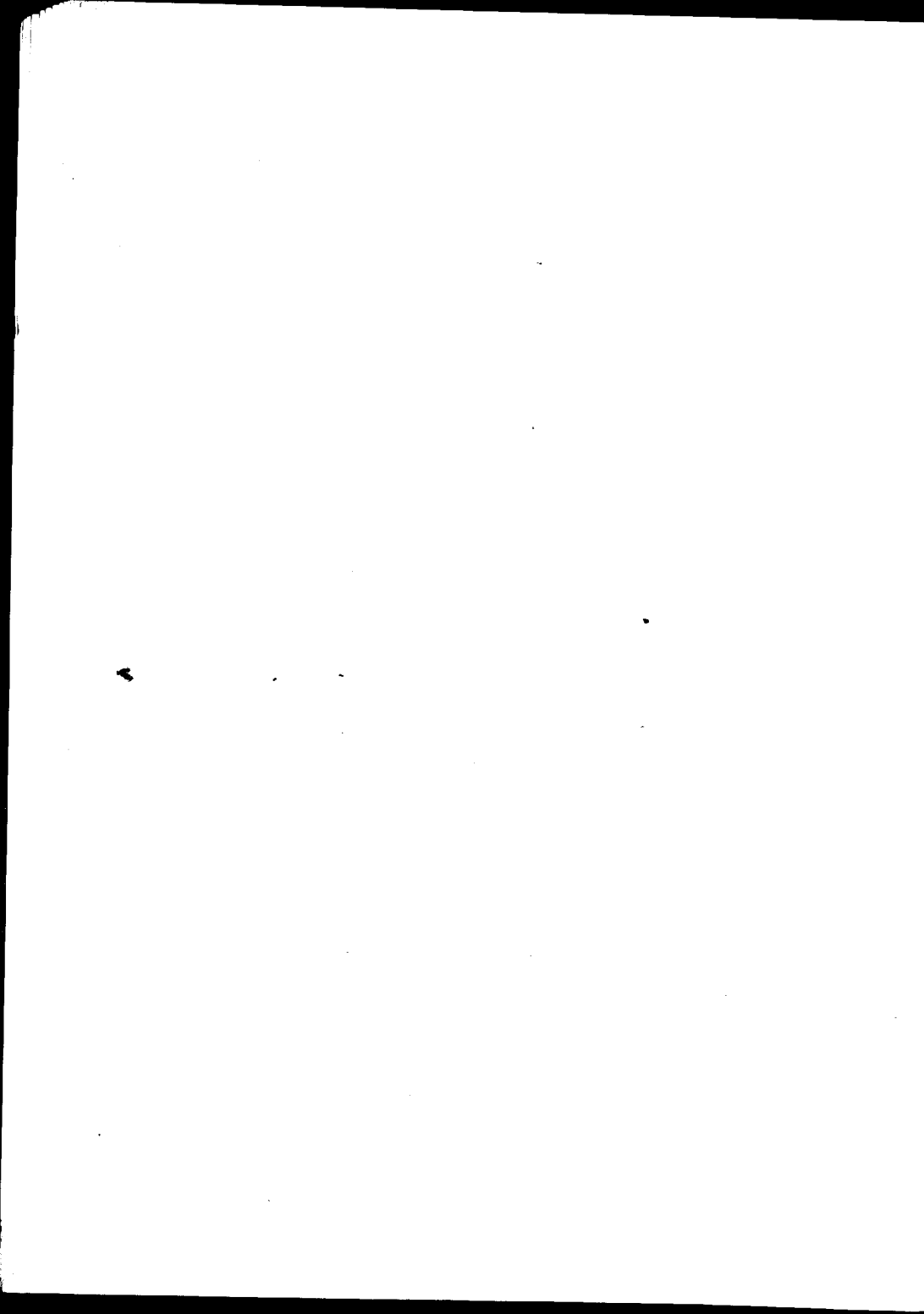
Complicaciones. — Para algunos autores la complicación primordial serían las infecciones secundarias o asociaciones microbianas, que son las que dejan mayor número de secuelas. Entre las asociaciones de gérmenes podemos citar aquellos casos en que el granuloma se desarrolla en terreno sifilítico, bacilar, etc.

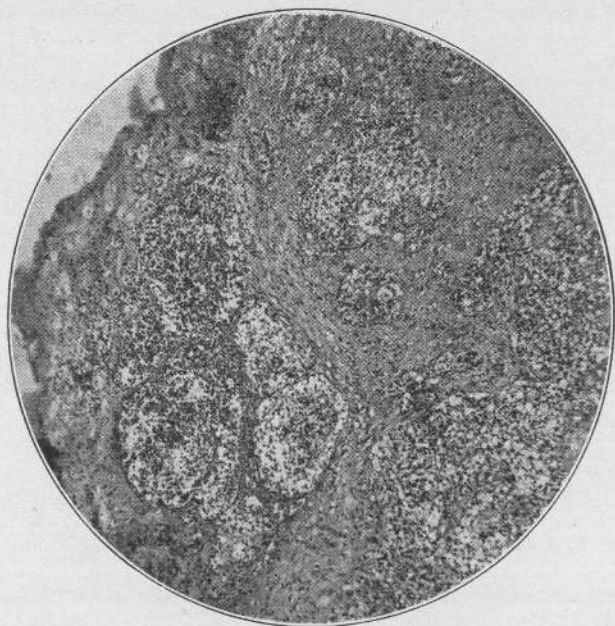
Aparte de todo esto podemos citar las siguientes complicaciones: elefantiasis del pene, escroto, grandes labios, (sin existir naturalmente complicación con filariosis) peritonitis, absesos del hígado, del bazo, fístulas vesicales, recto-vaginales y estenosis sobre todo anales y uretrales. En nuestra segunda observación se presentó esta última

complicación, la estenosis del ano, debido a las cicatrices retráctiles.

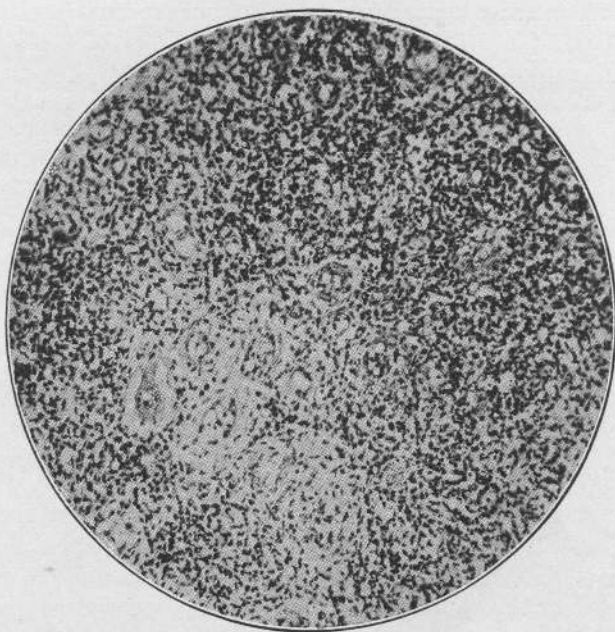
Recidivas.- Las recidivas han constituido el eterno escollo donde fracasaban todos los medios curativos usados contra el granuloma, las que tendrían por punto de partida uno o más focos donde persiste la infección con sus tendencias a invadir nuevamente los tejidos vecinos.

En el tratamiento por el tártaro emético, las recidivas han quedado reducidas a un escaso porcentaje. Según la estadística de Souza de Araujo, en los 25 casos observados, solo hay tres recidivas o sea el doce por ciento.



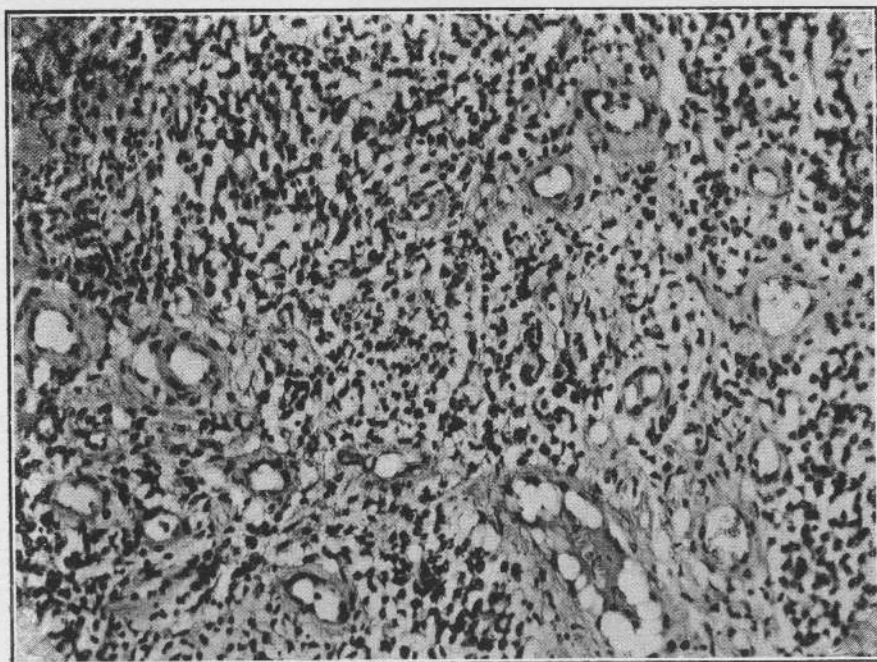


Microf. 1 (obj. Zeiss apocr., 16 mm., ocul. proy. I; dist. foc. 0,50). — Porción periférica de una vegetación; formación de flitetas y fuerte infiltración leucocitaria del epitelio epidérmico.

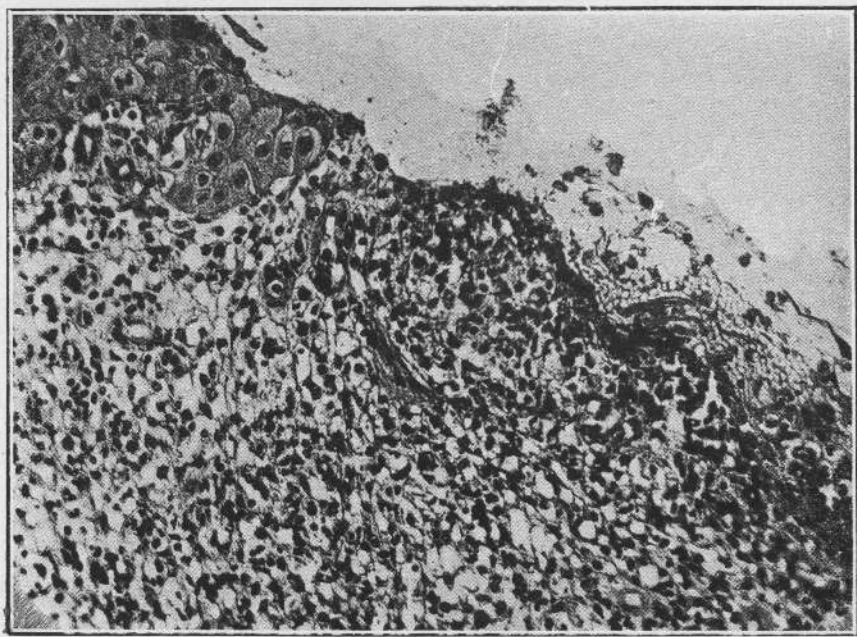


Microf. 2 (obj. Zeiss apocr., 16 mm., dist. foc. 0,50; ocul. proy. I). — Tejido de granulación, por debajo del epitelio epidérmico; visto a pequeño aumento. — Infiltración de células redondas, plasmazellen y numerosos vasos sanguíneos.



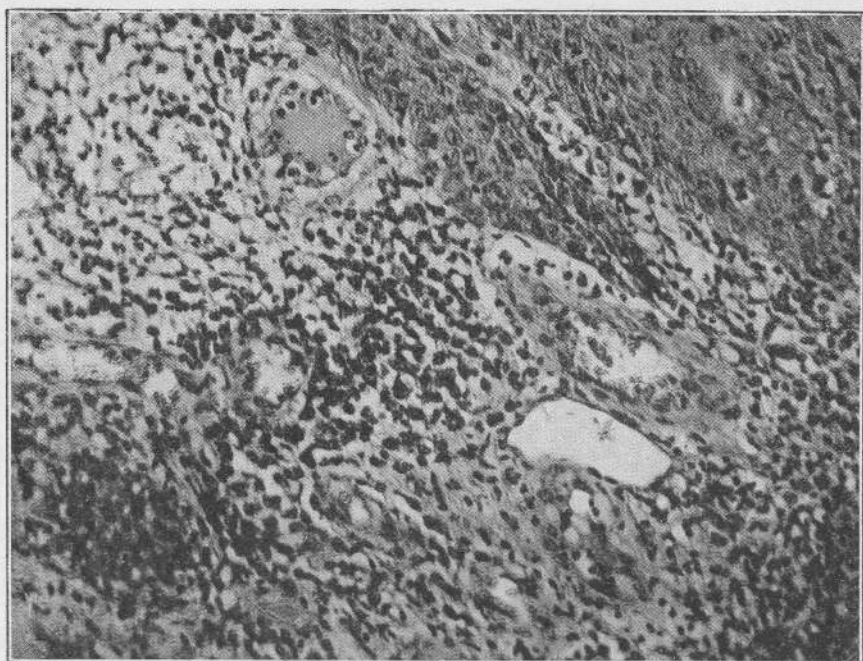


Microf. 3 (obj. Zeiss apocr., 4 mm., dist. foc. 0,50; ocul. proy. I). — Preparado anterior, visto con mayor aumento. Se ven entre las células redondas, células plasmáticas con prolongamientos protoplásmicos que se unen entre sí.

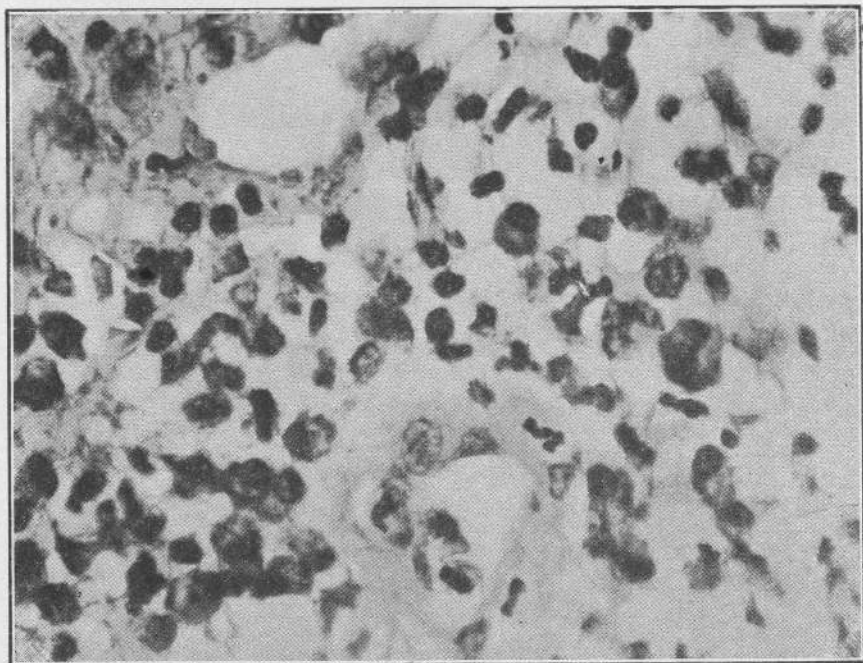


Microf. 4 (obj. Zeiss apocr., 4 mm., dist. foc. 0,50; ocul. proy. I). — Granulación vegetante con ulceración del epitelio epidérmico



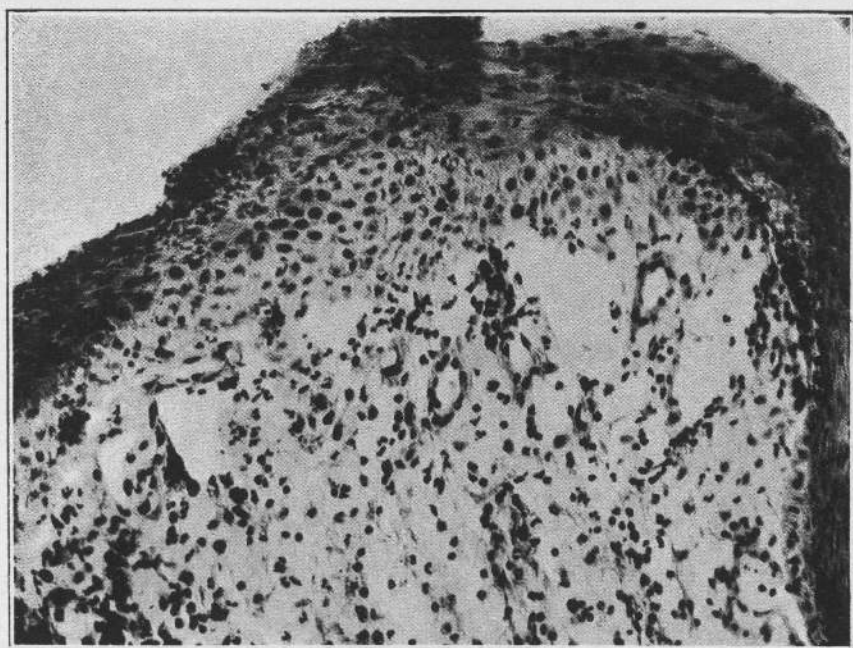


Microf. 5 (obj. Zeiss apocr., 4 mm., dist. foc. 0,50; ocul. proy. I). — Agrupación por debajo del epitelio en nódulos, de las células plasmáticas.

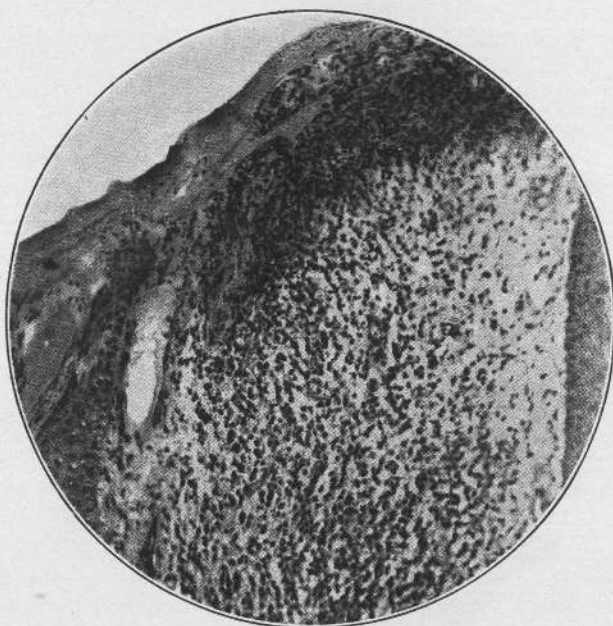


Microf. 6 (obj. Zeiss apocr., inmersión, ocul. proy. I; dist. foc. 0,50). — Numerosos plasmazellen con núcleo excéntrico, alrededor de capilares sanguíneos. Coloración: Unna-Pappenheim.

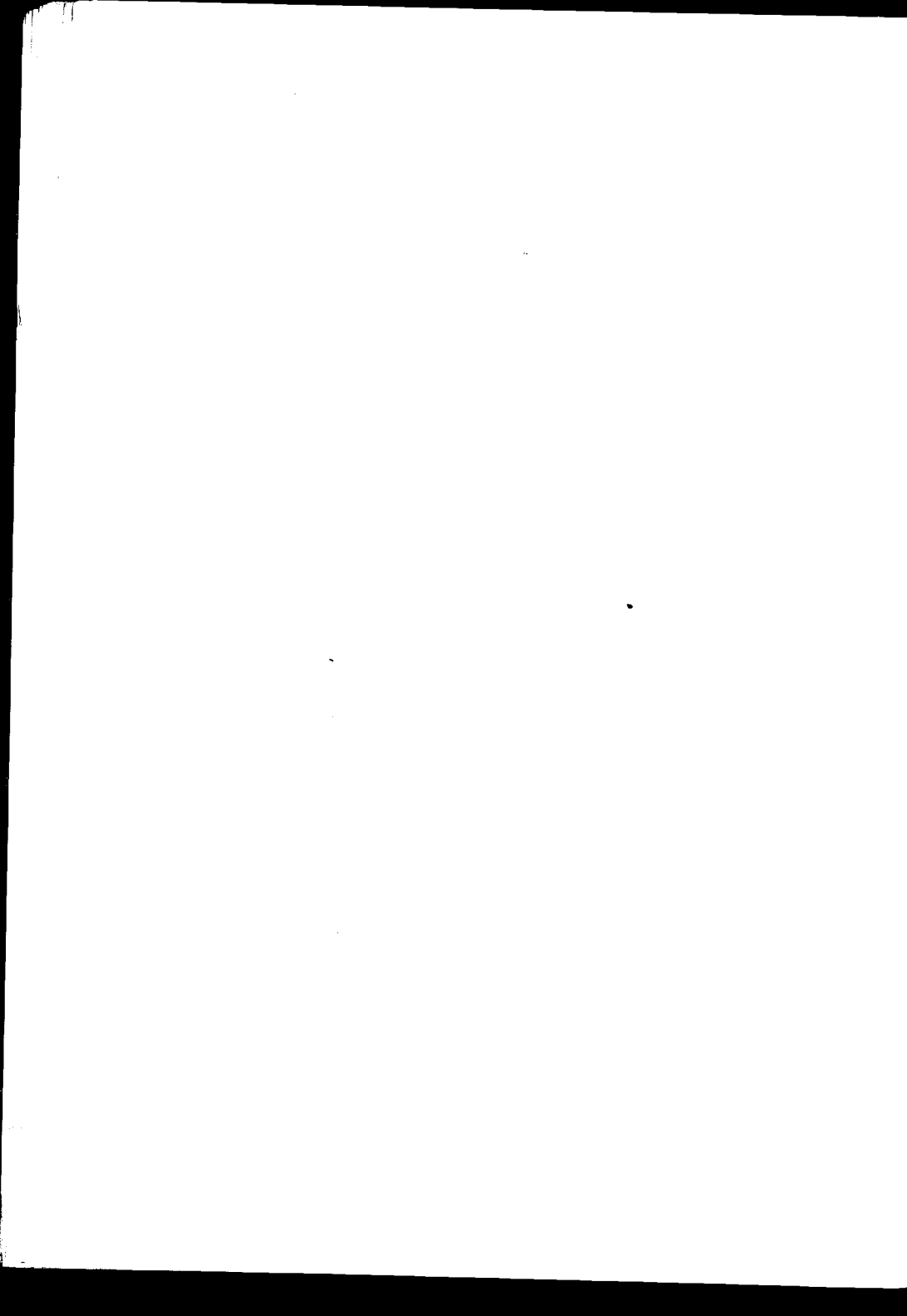


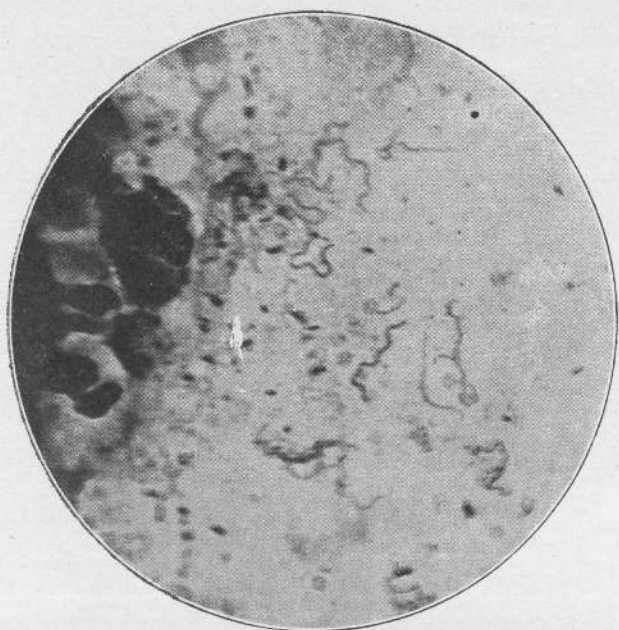


Microf. 7 (obj. Zeiss apocr., 4 mm., dist. foc. 0,50; ocul. proy. I). — Vegetación neoformada después de practicado el primer curetaje en la región inguino-escrotal. Trama de células plasmáticas con infiltración de leucocitos polinucleares; recubierta por epitelio compuesto.

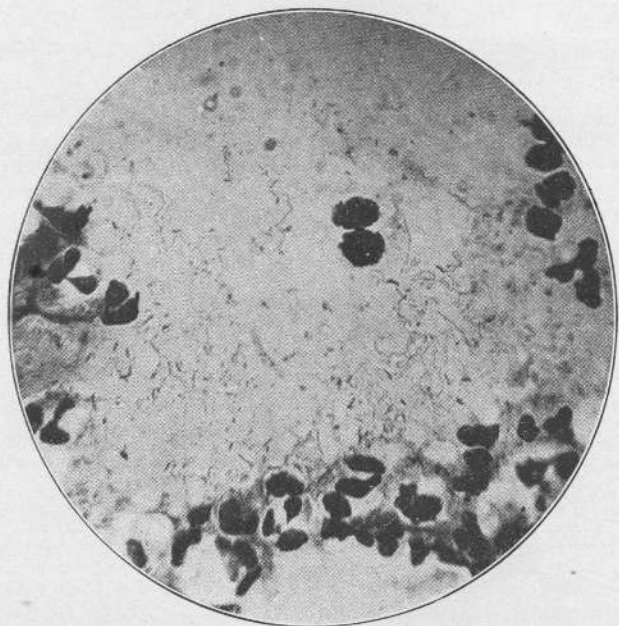


Microf. 8 (obj. Zeiss apocr., 8 mm., dist. foc. 0,50; ocul. proy. I). — Tejido extirpado después de la electrocoagulación. Porción periférica (superior) recubierta por una capa de fibrina; el dermis muy infiltrado de leucocitos polinucleares y mononucleares.

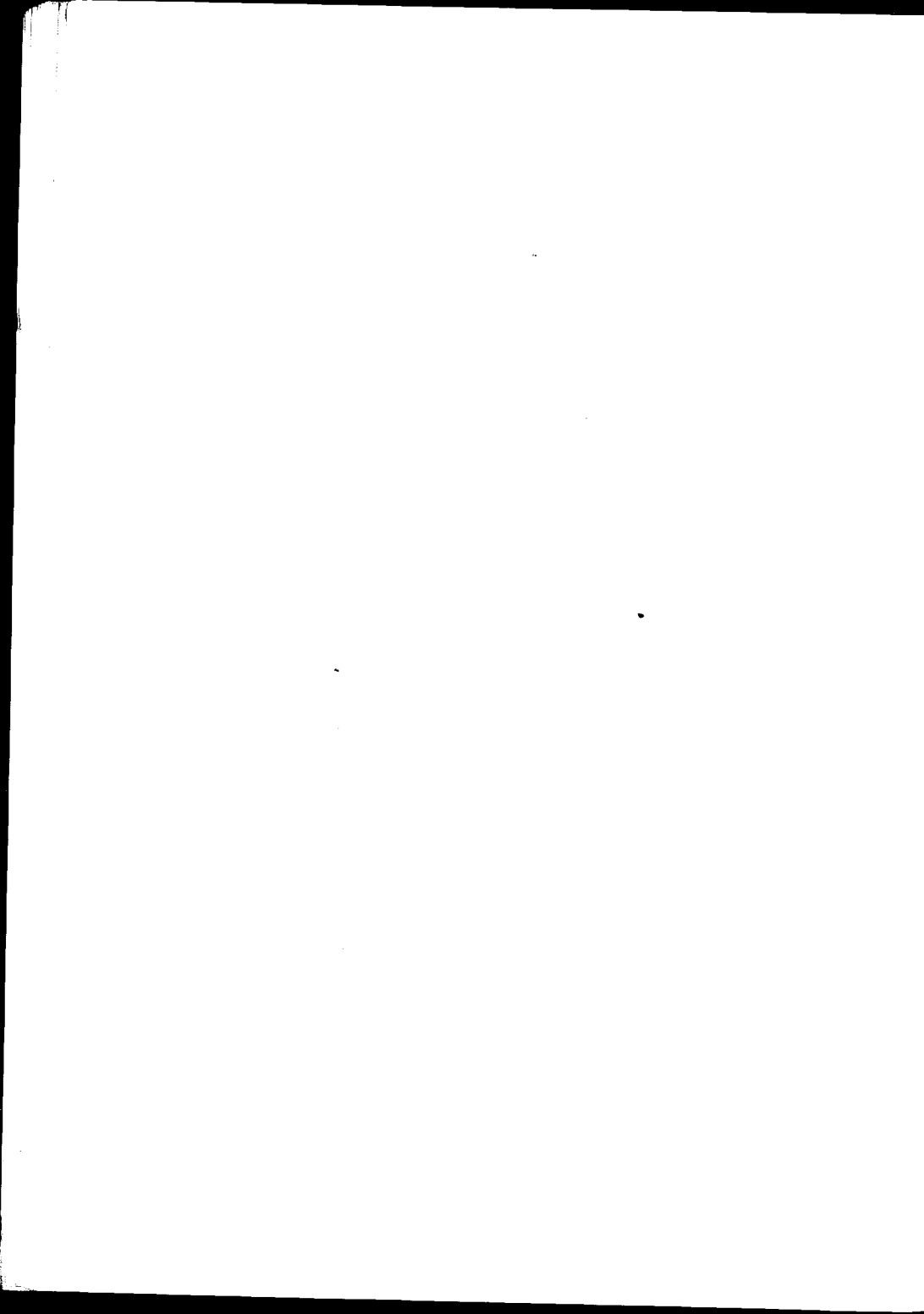


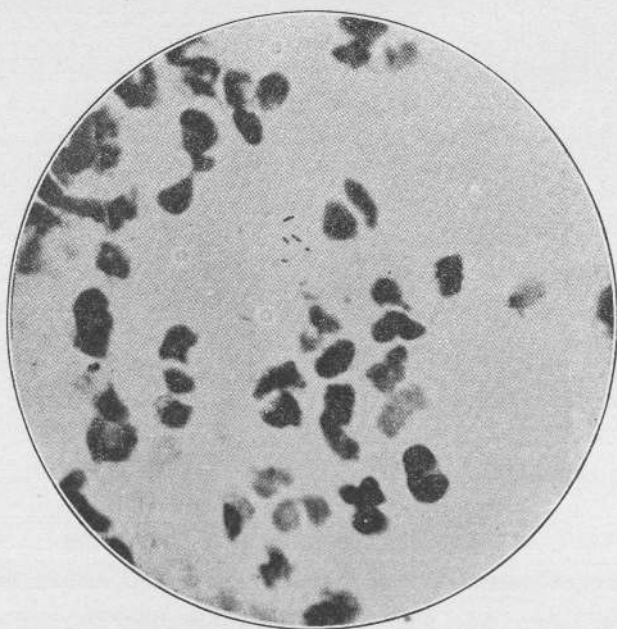


Microf. 9 (obj. Zeiss inmersión $\frac{1}{12}$, ocul. proy. II; dist. foc. 0.50). — Frotis del exudado del granuloma inguinal. Se observan leucocitos polinucleares, numerosas espiroquetas y diplococos. Coloración Giemsa.

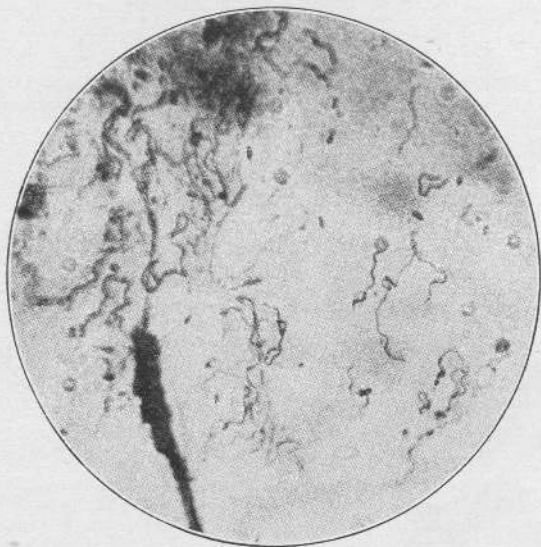


Microf. 10 (obj. Zeiss apocr., 4 mm., dist. foc. 0.50; ocul. proy. II). — Frotis del exudado del glande. Coloración Giemsa. Numerosas espiroquetas y diplococos

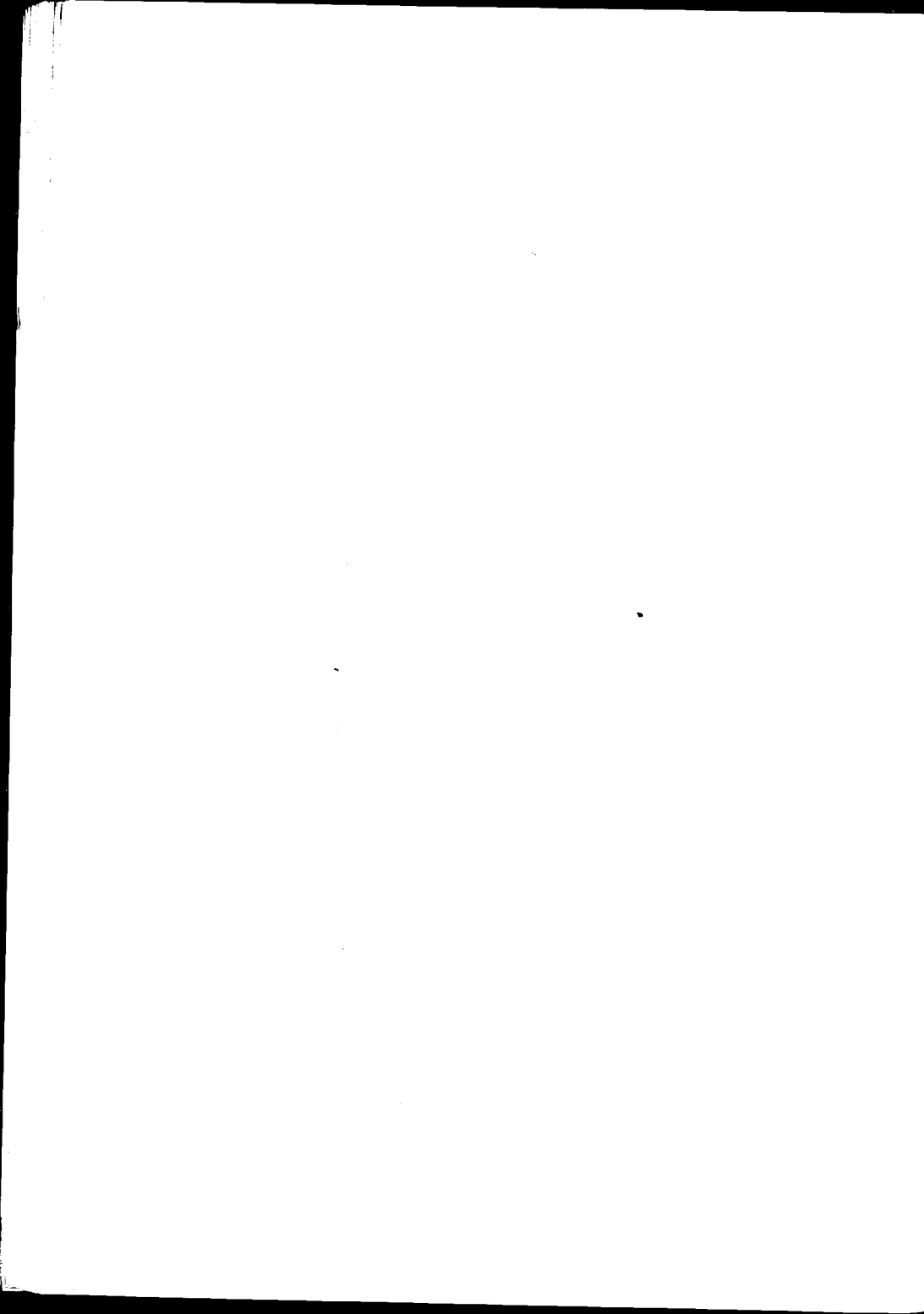


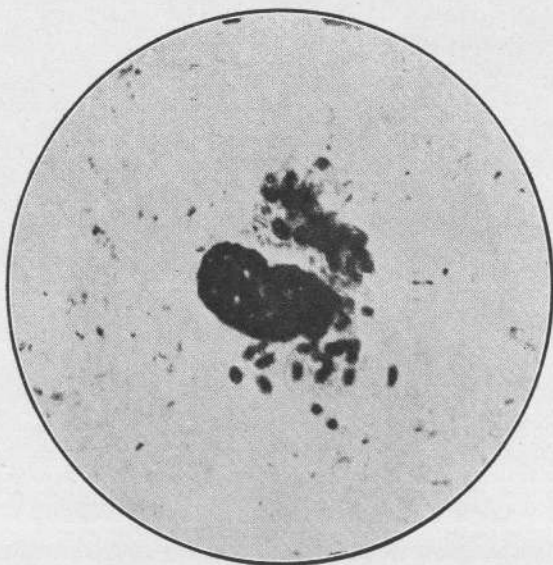


Microf. 11 (obj. Zeiss apocr., 4 mm., dist. foc. 0,50; ocul. proy. II). — Coloración Giemsa. Frotis del exudado inguinal, después de la electrocoagulación. Se observan sólo leucocitos polinucleares y diplococos. Las espiroquetas han desaparecido.

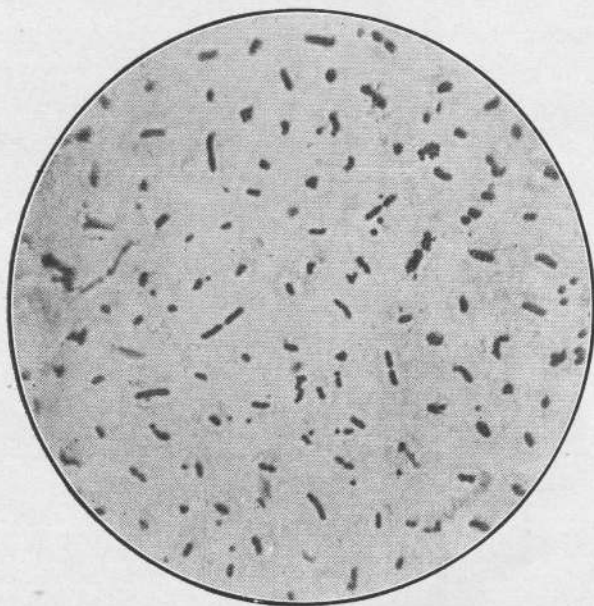


Microf. 12 (obj. Zeiss immers. $\frac{1}{2}$, ocul. proy. II; dist. foc. 0,50). — Espiroquetas de una cultura en agar con sangre del enfermo

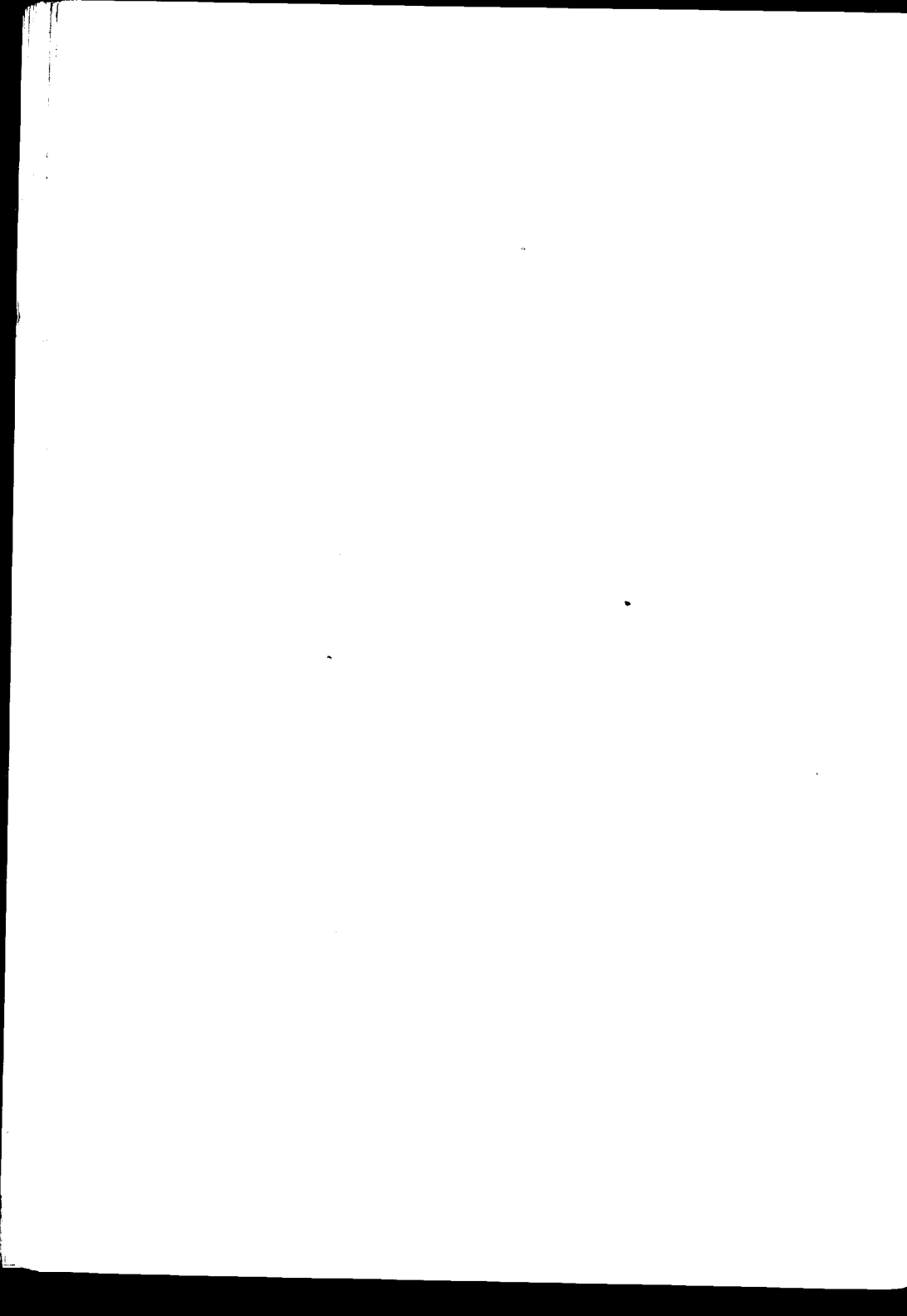




Microf. 13 (obj. Zeiss apocr., inmersión $\frac{1}{12}$, ocul. proy. II; dist. foc. 0,40). —
Frotis del exudado inguinal. Bacterios libres e intracelulares



Microf. 14 (obj. Zeiss inmersión $\frac{1}{12}$, ocul. proy. II; dist. foc. 0,50). — Cultivo
en agar ascítico. Coloración Zielh. La cápsula que rodea al bacterio aparece
débilmente teñida.



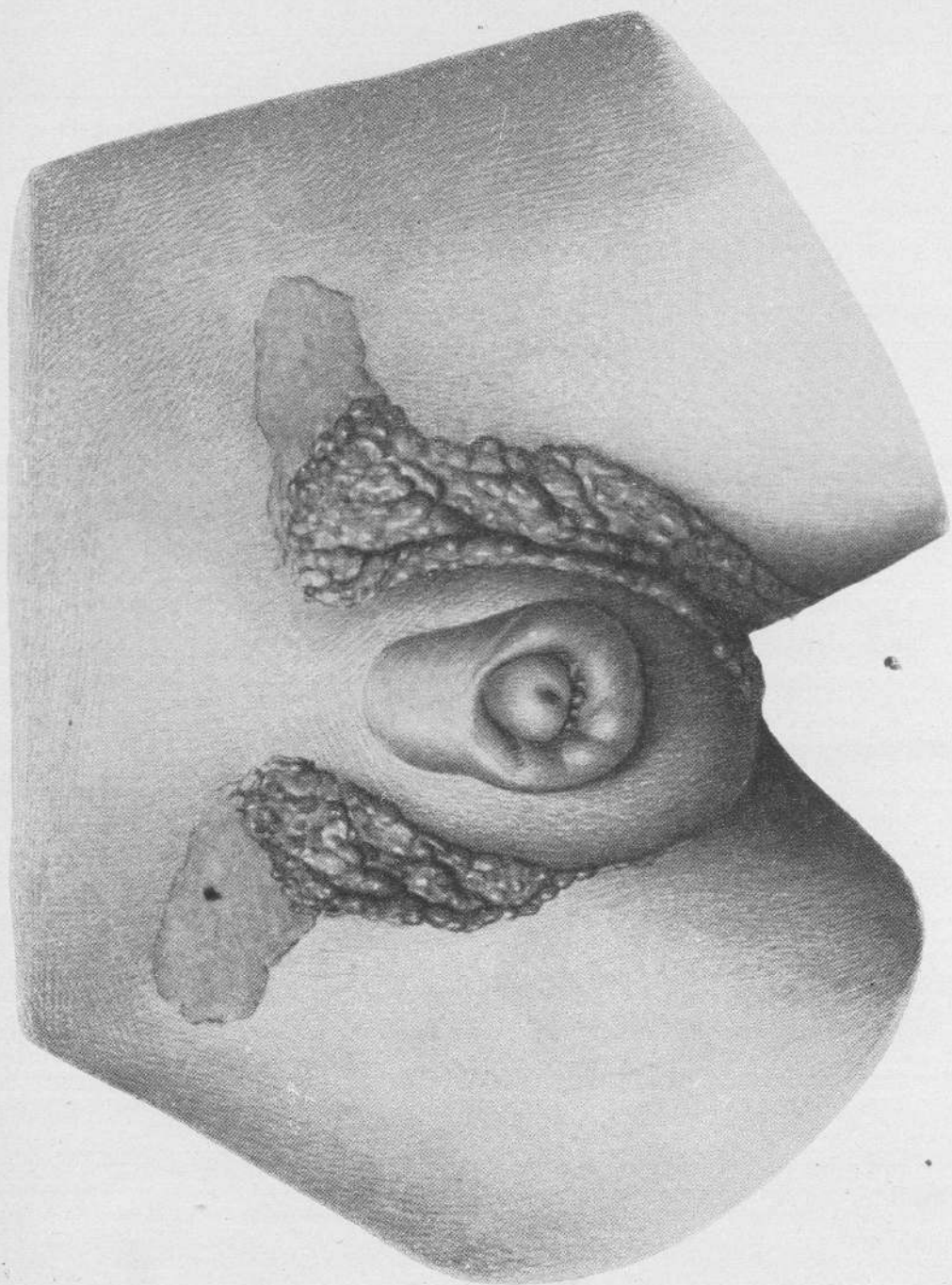
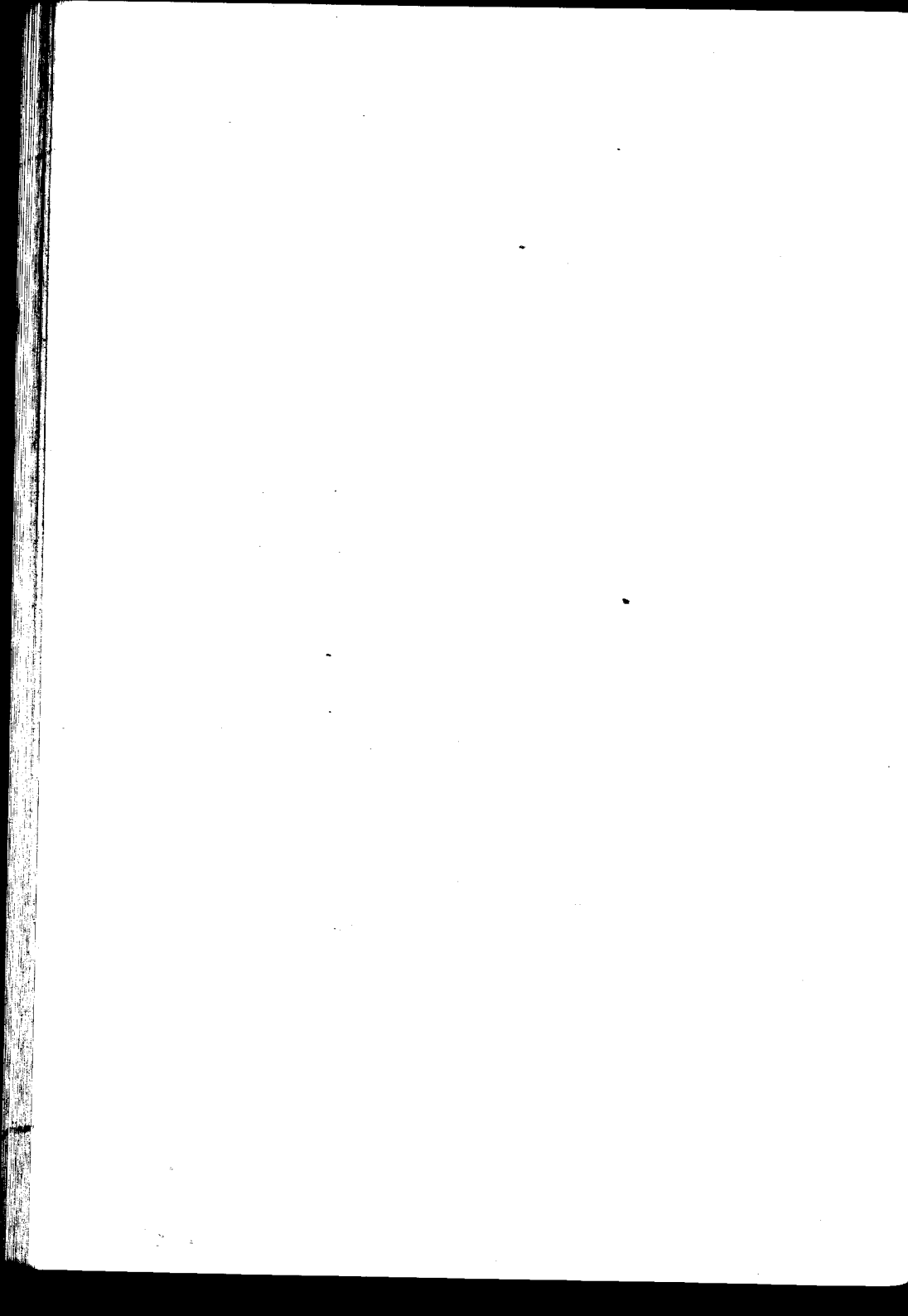


Fig. 1. — Cicatrización inguinal después del curetaje. Recidiva inguino-escrotal



Diagnóstico y pronóstico

Diagnóstico clínico.— Es importante establecer el diagnóstico exacto para evitar errores de tratamiento y de pronóstico. Antiguamente se hacía largo y defectuoso, pero las dificultades se han ido clínicamente eliminando, pudiendo contar hoy con elementos precisos y prácticos que nos auxilián.

El aspecto de las lesiones, antecedentes y duración sólo pueden hacernos sospechar la posibilidad de tratarse de un granuloma. No nos permiten estos datos asegurar, pero estas sospechas serán o no confirmadas con el examen bacteriológico.

Sin embargo, Daniels da importancia capital a la cronicidad, induración de la base de las úlceras y a la falta de infarto ganglionar. A estos síntomas podemos agregar, la localización genital, secreción abundante y de olor característico, le-

siones poco dolorosas y que sangran con gran facilidad.

Constatados todos estos síntomas debemos recurrir al examen de la frotis, coloreando con el Giemsa, lo que nos permitirá asegurar si se trata efectivamente de la enfermedad que nos ocupa.

Es de regla practicar la reacción de Wassermann.

Diagnóstico diferencial. Sífilis.— La presencia de espiroquetas en las preparaciones con frotis ha hecho considerar al granuloma como manifestación sífilítica. La ineficacia de la medicación anti-sífilítica constituye, sin embargo, un dato a favor del granuloma. A esto agregaremos las diferencias que nos proporciona el estudio de los antecedentes, diferentes en uno y otro proceso y la cronicidad sin caquexia que caracteriza al granuloma. El examen de los frotis demuestra la presencia del *calymmatobacterium*.

La sífilis tiene repercusión ganglionar a continuación de la lesión inicial, en tanto que el granuloma en ninguna época presenta la clásica pléyade de Ricord.

En último término citaré la biopsia que no es muy concluyente, pues en ambos casos se constata un proceso inflamatorio crónico.

La reacción de Wassermann no debe descuidarse en ningún caso sospechoso, que a menos

de tratarse de una infección mixta, sus resultados se convierten en un precioso auxiliar.

Condiloma acuminado.— La confusión es posible cuando se trata de la forma hipertrófica papilomatosa y cuando la lesión no es muy extensa aún. Bastaría la observación de los frotis para esclarecer el diagnóstico.

Frambuesia del trópico o buba.— Esta es una enfermedad caracterizada por la presencia de nódulos distribuidos por toda la piel, producida por una espiroqueta muy semejante a la que produce la sífilis. Da la reacción de Wassermann positiva y cura por la medicación anti-sifilítica. Dada la semejanza que existe con la sífilis, es inútil insistir en la diferenciación que queda expuesta en los párrafos anteriores.

Lepra.— La forma tuberosa de la lepra cuando llega a su período ulcerativo podría prestarse a confusiones. La investigación bacteriológica del bacilo de Hansen en el leproma o en la secreción nasal o la presencia del *calymmatobacterium* son elementos de diagnóstico indiscutible.

Tuberculosis.— En la tuberculosis encontramos el bacilo de Koch, zonas de reblandecimiento, células gigantes, las inoculaciones experimentales y las reacciones biológicas a las tuberculinas, síntomas bien característicos que faltan en el granuloma. Además, la semejanza de ambos proce-

sos no es absoluta y basta haber visto ambas lesiones para poder diferenciarlas.

Actinomicosis. — Enfermedad producida por un hongo caracterizable por el microscopio y por medio de cultivos. Se trata de lesiones de color amarillento con trayectos fistulosos y de localización diferente al granuloma.

Blastomicosis. — Producida también por un hongo fácilmente caracterizable por el examen bacteriológico cuyas lesiones tienden a localizarse en la cavidad bucal con repercusión regional, que llega muy a menudo a la supuración. Es de evolución más rápida y más grave. En el pus de las lesiones se constata al microscopio el germen blastomicótico que lo produce.

Esporotricosis. — Constituida por nódulos que se ulceran, en cuya secreción se encuentran al examen microscópico los parásitos específicos.

Pronóstico

El pronóstico del granuloma depende como en toda afección, del estado general y de las resistencias que oponga el organismo, como así de la virulencia del germen productor.

Teniendo presente que se trata de un proceso local con poca repercusión general y que son muy raros los casos de marcha rápida y mortal, podemos considerar al granuloma como de pronóstico benigno.

Cuando las lesiones son avanzadas, la curación con restitución anatómica completa no es posible. Sin embargo, con el emético y en su iniciación puede conseguirse la restitución anatómica *ad-integrum*.

Siempre se obtienen cicatrices deformes, retráctiles, acompañadas de fístulas y estenosis.

La muerte solo se ha observado por infecciones secundarias o enfermedades intercurrentes.

Anatomía patológica

Examen Histológico.— Del interesante trabajo del doctor Roffo extraemos los siguientes datos de anatomía patológica que él expresa en la forma que sigue: en el examen de las preparaciones hechas con trozos de las partes vegetantes o los bordes periféricos de la ulceración, se observa un tejido de granulación, en el cual no se advierten ni los elementos, ni la disposición propia que caracterizan a los granulomas neo-formados a consecuencia de agentes específicos (micosis - sífilis - tuberculosis - lepra - etc.).

Estudiada en detalle la parte vegetante, se ve en ella una evidente proliferación del tejido epidérmico, que la recubre no solamente en toda su extensión, sino que emite largos brotes que penetran profundamente en el tejido de granulación. En algunas vegetaciones este tejido epidérmico se halla engrosado con la superposición de ca-

pas de células epiteliales pavimentosas y queratinizadas; en otras se le encuentra ulcerado y con depósitos fibrinosos fuertemente infiltrados de leucocitos polinucleares, infiltración que se insinúa entre el epitelio cercano.

Se observa además en este tejido, pequeñas flictenas formadas a expensas de las capas extremas del epitelio pavimentoso; unas, las más, llenas de serosidad que engloban a numerosos leucocitos; y otras, en donde el epitelio se encuentra tan atrofiado, que se reduce a una delgada membrana de una a dos capas poco diferenciadas y que forman pequeña cavidad con el líquido seroso.

El tejido de granulación que se encuentra por debajo de esta capa, está constituido por células del tipo de las plasmáticas, por células redondas mono nucleares y plazmazellen. Estos elementos están aislados o forman pequeños nódulos que descansan en una delicada red de fibrillas conjuntivas. En este tejido hay muchos vasos sanguíneos, cuyas paredes se encuentran engrosadas e infiltradas por leucocitos polinucleares, principalmente aquellos próximos a la periferia. No se observa entre ellos zonas de reblandecimiento ni hemorragias, a pesar de la abundante vascularización. En las preparaciones efectuadas con frotis del exudado del tejido granulomatoso, vistas al microscopio, se observa gran cantidad de epi-

roquetas, 30 a 40 por campo, con movimientos ondulatorios muy activos cuyos caracteres morfológicos responden al tipo espiroqueta refringens especialmente cuando se les observe teñidas con Giemsa. Junto a estas espiroquetas se ven otras que por sus caracteres, sobre todo en lo que se refiere a la morfología, ondulaciones agudas y juntas, se asemejan más al treponema pálido (fig. Microfoto. 9 y 10).

En las preparaciones fijadas se ven entre las espiroquetas descritas, numerosos microorganismos de forma de pequeños cócos, a veces algo alargados, de extremidades redondeadas que alcanzan a un micrón de largo o también con forma de diplococos, los más numerosos, que no toman el Gram.

Se tiñen fuertemente con los colorantes de anilina comunes; cuando se usan estos o el Giemsa muestran una tenue membrana ligeramente coloreada. (Fig. 9 y 10).

Estos gérmenes se encuentran libres o incluidos en el protoplasma de las células redondas, hecho que hemos observado no solo en las células de los frotis, sino también en las coloraciones efectuadas en los cortes. (Fig. 11).

Caracteres culturales. -- A Flú se deben las primeras tentativas quien ensayó como medio de cultivo el agar-ascítico aislando un germen de caracte-

teres semejantes pero desprovistos de cápsulas.

Estas tentativas se han continuado y perfeccionado en el Instituto Osvaldo Cruz con todo éxito. A ellos se deben las conclusiones que van a continuación:

El medio más adecuado es el maltosado de Saboraud. En él forma colonias al cabo de 24 horas, bien diferenciables y más rápidamente que los demás gérmenes que se encuentran en las úlceras. Esto permite aislarlo con más facilidad.

La siembra se hace como sigue: se toma líquido seroso conveniente, se deposita en los medios de cultivo, se llevan los tubos a la estufa a 37° durante 24 horas. Transcurrido este tiempo las colonias aparecen pequeñas, viscosas, brillantes, blancas cuando jóvenes, se hacen rojizas cuando han pasado algunos días.

Los demás medios de cultivos le son también favorables a su crecimiento: el caldo glucosado, el agar simple, agar-ascítico, etc.

No licúa la gelatina. Coagula la leche a las 48 horas. Enrojece los medios tornasolados. No produce indol ni ácido sulfúrico. Tiene poder de fermentación y su resistencia es considerable.

Tratamiento

Infinidad de procedimientos terapéuticos se han empleado. Todos han tenido sus éxitos y sus fracasos. Estos últimos eran debido a las recidivas, las cuales no cedían a ninguna medicación.

Se usaron los antisépticos locales, tintura de iodo, óxido de zinc, permanganato de potasio, ácido salicílico, etc., así como algunos cáusticos químicos: nitrato de plata, cloruro de zinc, creosota, etc.; termo y gávano-cauterio, la estirpación quirúrgica cuando las lesiones no eran muy extendidas; los rayos X, la electro-coagulación, la vacinoterapia que ha fracasado en sus primeras tentativas, habiéndose preparado con cultivos de *calymmatobacterium*, una vacuna Wright.

El tratamiento antisifilítico: sales mercuriales, 606, 914, y yoduro de potasio hubo de usarse cuando se creía en el origen específico del granuloma y ac-

tualmente como tratamiento de prueba ayudando a establecer el diagnóstico.

Tártaro emético — El tratamiento por el tártaro emético es, a juzgar por las numerosas publicaciones al respecto, el único que ha satisfecho las exigencias científicas. Su conocimiento lo debemos al doctor Gaspar Vianna quién en 1912, en vista del éxito obtenido en el tratamiento de la Leishmania, se decidió de común acuerdo con el doctor Souza de Araujo aplicarlo al tratamiento del granuloma.

Al principio se usaron las soluciones al 1 % o en suero fisiológico esterilizadas por filtración en bujías.

En vista de que estas soluciones dificultaban la técnica, puesto que era necesario inyectar 60 a 120 centímetros cúbicos en cada dosis, se ha elevado la solución al 1 % con lo cual 5 a 10 centímetros cúbicos bastan para introducir 5 a 10 mgrs. de la sustancia mencionada.

Desde las primeras tentativas el resultado fué sorprendente.

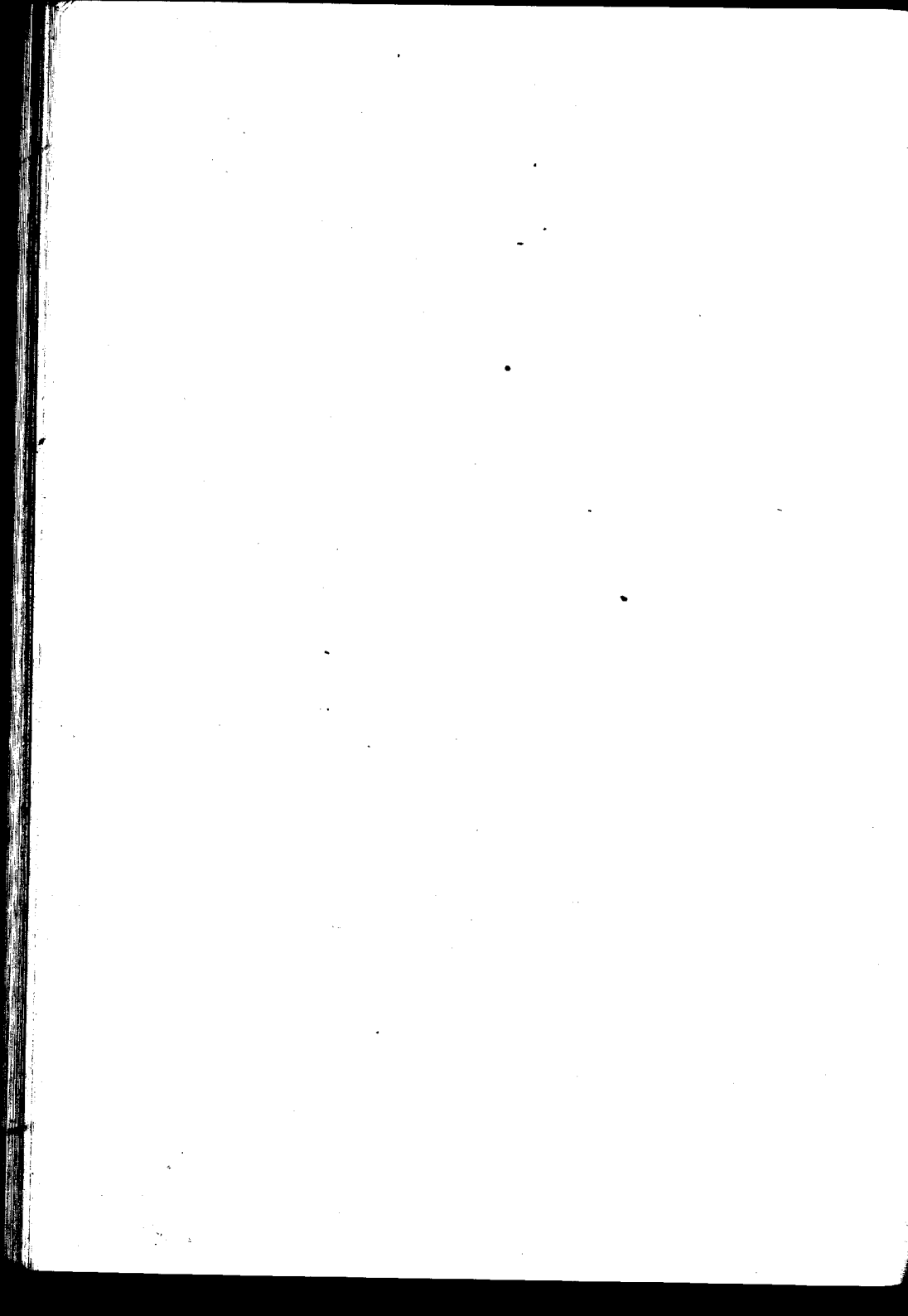
Las inyecciones se practican por vía endovenosa, que tiene la ventaja de no producir dolor como las intramusculares. Se hacen día por medio si las reacciones no son muy intensas.

En general, para la curación definitiva son necesarias alrededor de 20 a 30 inyecciones. Es con-

veniente dar a los enfermos un descanso de 15 a 20 días después de cada serie de 10 o más inyecciones, para evitar que el organismo o el microbio se habitúen al medicamento. Con las primeras inyecciones, se observa que la secreción de las úlceras aumenta lo mismo que el prurito para mayor molestias del paciente.

Al cabo de 15 días de tratamiento estos síntomas desaparecen, constatándose simultáneamente una disminución de los gérmenes en los frotis, hasta la desaparición completa, con lo cual, el proceso cicatricial avanza. Este se inicia rápidamente en los bordes y en el centro de las úlceras por abundante proliferación de los restos epiteliales de los fondos glandulares.

Después de la epidermización completa de las lesiones es conveniente continuar las inyecciones para evitar las recidivas, las cuales se presentan, según la estadística de Souza de Araujo, en un 12 % en los casos tratados por el emético.



Historias Clínicas

1ª.—*Observación del Prof. Supl. Dr. Angel H. Roffo*

A. G. argentino, de 24 años de edad, de profesión mayoral, residente en Villa Federal, (Prov. de Entre Ríos). Ingresa a la clínica del profesor doctor Pedro Benedict en septiembre de 1913.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia. No hay tuberculosis ni sífilis.

Antecedentes personales. — Varicela a los diez años, ha tenido blenorragia.

Enfermedad actual.— Se inició hace 7 años con la aparición de una pequeña vesícula en el glande, próxima al frenillo, y cuyas primeras manifestaciones las nota recién 10 días después de haber tenido relaciones sensuales con una mujer, que no tenía lesiones visibles. Según el enfermo, las primeras lesiones se manifestaron por pequeñas vesículas en el glande, que al romperse deja-

ban salir un líquido claro, quedando entonces una superficie ulcerosa que se agrandaba con la aparición y confluencia de otras nuevas.

Después de 15 a 20 días de la aparición de estas lesiones en el glande se produce una adenitis inguinal en ambos lados. Esta fué abierta por el médico de campaña, a los 2 meses y según dice el enfermo, de la incisión no salió pus, pero sí, un poco de sangre.

Desde este momento se desarrolla en los bordes de las heridas inguinales lenta y progresivamente el proceso que presenta en el momento del examen. Este se inicia como hemos dicho ya, en los bôrdes de las heridas quirúrgicas, en una forma semejante a la lesión del glande que presenta el enfermo, constituidas por pequeñas vesículas, las cuales al romperse dejan salir un líquido claro y que por confluencia van agrandando la zona ulcerosa donde se desarrolla más tarde el tejido granulomatoso.

La lesión llega al tercer mes, siguiendo la dirección de los pliegues inguinales y escrotales, a tener 12 centímetros de largo en su mayor diámetro; tamaño que conserva durante 7 años, a pesar del tratamiento efectuado en su provincia. El enfermo observó hace tres meses que los extremos inferiores de la lesión se agrandan, ex-

tendiéndose más rápidamente que antes, hasta llegar a alcanzar la región ano-perineal.

Estado actual.— El enfermo camina con dificultad, está delgado y dice haber disminuido varios kilos de peso.

Presenta dos grandes ulceraciones vegetantes, situadas en los pliegues inguinales de ambos lados desde cerca de la espina iliaca ántero-superior hasta el pliegue ínguino-escrotal, abarcando piel del escroto en su parte póstero-interna, la porción opuesta de la piel del muslo, pene y el ano (Fig. Fot. 1).

El aspecto de la lesión granulomatosa es igual en todas sus partes. No es pruriginosa. Dolorosa a la presión y sangra con facilidad. Bordes no filtrados son irregulares y rojos.

Presentan las ulceraciones un tejido vegetante, recubiertas por un exudado purulento, espeso y fétido. Las producciones hipertróficas son muy pronunciadas llegando a medir 5 mms., forman superficies finamente granulosas y fácilmente disociables por el anza de platino.

El prepucio está edematoso, con fimosis muy pronunciada, deja escurrir serosidad muco-purulenta mostrando en sus bordes algunas vegetaciones como las ya descriptas. Más tarde cuando se hizo el desbridamiento de esta fimosis, pudo verse en el glande una ulceración que lo circunda

en su totalidad, mucho más extendida al nivel del frenillo y con producciones semejantes a las anteriores.

Examen histológico. — En el examen de las preparaciones histológicas hechas con pequeñas vegetaciones se observa que, se hallan formadas por un tejido de granulación recubierto de epitelio epidérmico que emite profundos brotes.

Entre el tejido conjuntivo se ven numerosos capilares sanguíneos y una infiltración difusa de Plazmazellen (Fig. 2).

En el examen de los preparados hechos con el exudado se observa numerosos micrococos, ya aislados, ya agrupados en diplococos que no toman el Gram y que teñidos con el Giemsa muestran una gruesa cápsula. Estos gérmenes se encuentran aislados o intracelulares. Se cultivan en los medios comunes.

En estas preparaciones se observa gran cantidad de espiroquetas, cuyos movimientos ondulatorios muy activos y cuyos caracteres morfológicos responden al tipo refringens.

Tratamiento. — Agosto, 30. Inyección endovenosa de 0.30 gramos de neo-salvarsán.

Septiembre 7. Inyección endovenosa de 0.30 gramos de neo salvarsán.

Septiembre 11. Lesiones no se han modificado.

Septiembre 15. Inyección de 0.30 gramos de salvarsán.

Septiembre 18. Lesiones en el mismo estado.

Septiembre 20. Inyección de 0.45 gramos de salvarsán.

Septiembre 25. Estado general mejora y aumenta tres kilos de peso.

Septiembre 28. Inyección de 0.90 gramos de neosalvarsán.

Diciembre 7. El estado general sigue mejorando, aumenta dos kilos más; como las lesiones no se modifican se decide la intervención quirúrgica.

El doctor David Fernández, previa anestesia clorofórmica, curetea bien todas las superficies que se hallan recubiertas de brotes exuberantes, produciendo esto una abundante hemorragia que se cohibe luego con termocauterio.

Curaciones diarias hasta el 10 de Noviembre, y a partir de esta fecha se le aplica diariamente resorcina en colodión al 40 % en el lado izquierdo.

Diciembre 3. Se suspende la resorcina y se hace cauterizaciones con lápiz de nitrato de plata.

Diciembre 15. El enfermo presenta la región inguinal cicatrizada (fig.....) pero hay una abundante recidiva en el escroto.

Enero 1° de 1914. Nueva reacción de Wassermann positiva. El proceso no se modifica. Se ha

ce tratamiento por el cianuro de mercurio (0.02 grs.) intramuscular.

Enero 16. Después de 7 inyecciones las lesiones continúan lo mismo.

Enero 17. Se inicia el tratamiento por el tártaro emético, aconsejado por Araujo y Vianna, con el que han obtenido buenos resultados en los casos de granulomas. Se le hace una inyección subcutánea de 0.04 gramos de la solución al 1 %, día por medio.

Enero 19. Se le dá una nueva dosis de 0.04 gramos; en este día como en el anterior, el paciente tiene cansancio y ganas de dormir.

Febrero 22. En vista de la poca eficacia de las inyecciones intra-musculares, se las continúan por vía éndovenosa en número de 10; la 1ª de 0.04 gramos, la 2ª de 0.05 gramos, la 3ª de 0.08 gramos y las subsiguientes de 0.10 gramos.

Como no se modificaran las lesiones con ninguno de estos tratamientos se recurre a la electrocoagulación, cuya aplicación hace el doctor De Nucci.

Marzo 17 - 18. Exuda la lesión secreción abundante y fétida. Se le hacen lavajes con permanganato de potasio.

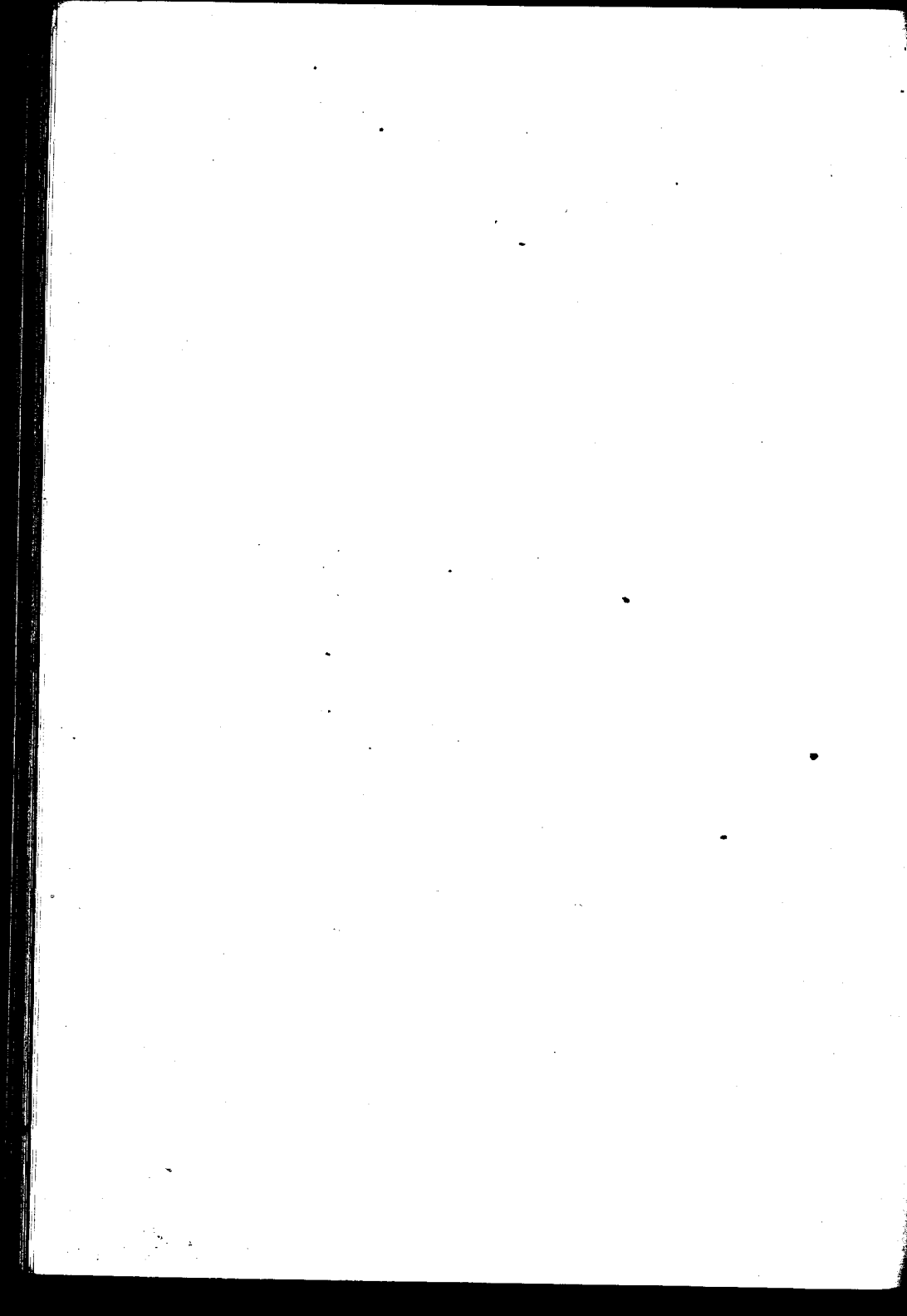
Marzo 21. El aspecto de la herida mejora notablemente, empezando la cicatrización, si se excep-

túa el pliegue inguino-crural del lado izquierdo, donde hay abundantes brotes.

Abril 6. Nueva aplicación sobre los brotes restantes, curaciones con agua oxigenada y toques con azul de metileno hasta :

Junio 3. Herida cicatrizado, solo quedan 3 pequeñas ulceraciones en el surco inguino-crural izquierdo y dos pequeños brotes que se destruyen por el termo-cautrio.

Junio 30. Cicatrización y alta.



Observación de los Dres. A. H. Roffo y J. Torres Zárate

E. M., ruso, de 22 años de edad, con 4 de residencia en el país.

Antecedentes hereditarios. — Padre y madre viven aún. El padre ha sido siempre sano, la madre es cardíaca. Tiene 3 hermanos los que no han estado enfermos nunca.

Antecedentes personales. — Vino al país en Mayo de 1910, sano, no habiendo tenido enfermedades anteriores.

Enfermedad actual.—En Junio de 1911 fué condenado a 15 días de prisión cumpliendo ésta en el Departamento Central de Policía, en el cuadro número 3, donde fué víctima de una «violación brutal» por el ano y de la cual se origina su enfermedad actual.

Esta se inicia con la aparición de numerosas vegetaciones pequeñas, alrededor del ano. Remi-

tido por esta causa al Hospital de la Penitenciaría Nacional, donde es tratado con termó-cauterio, quedando aparentemente curado y saliendo a continuación en libertad.

Poco tiempo después, Febrero de 1913, nota el enfermo la aparición de algunas vesículas que se rompen y que por confluencia forman una superficie extendida y de fondo vegetante.

En estas condiciones reincide en el delito siendo alojado en la prisión nacional (Junio de 1913) donde es tratada la lesión como eczematosa. A pesar del tratamiento continuado la lesión úlcero-vegetante hacía progresos, abarcando a los 8 meses de iniciada, toda la región perineal, escrotal e inguinal.

Se modifica entonces el tratamiento. Se le hacen inyecciones de aceite gris, destruyéndose las vegetaciones con galvanocauterío, pero sin ningún resultado.

Conseguida la libertad, recurre al Hospital Alvear, donde se le recomienda baños de asiento con permanganato de potasio. Después de 10 días y viendo que no mejoraba, se fué al Hospital Ramos Mejía, donde le hacen la reacción de Wassermann con resultado positivo, en vista de lo cual se le instituye tratamiento mercurial y iodurado.

Habiendo obtenido poco éxito con este trata-

miento se recurre al nitrato de plata y tintura de iodo.

Después de 2 meses y medio sin obtener mejoría, pasa al Hospital Durand en el que se insiste en considerar específica la lesión.

Le aplican en consecuencia 3^o inyecciones de 914. La lesión se modifica hasta permitir caminar al enfermo, por lo cual pide su alta.

Un mes después observa que la lesión se desarrolla de nuevo con gran intensidad. Cae nuevamente preso y conducido al Hospital de la Penitenciaría Nacional donde el enfermo presenta el siguiente:

Estado actual.— Sujeto de buen estado de nutrición, conserva su apetito, camina con dificultad. Alrededor del ano existe una zona úlcero-vegetante, de coloración roja que se extiende al periné, al escroto, pliegues inguino-escrotales de ambos lados.

El aspecto de la lesión en toda su extensión se halla formado de numerosas vegetaciones pequeñas, de algunos milímetros de altura, que se adosan las unas a las otras formando una superficie finamente granulosa. Los bordes son irregulares, rojos y poco infiltrados. Esta lesión no es pruriginosa y sí dolorosa a la presión.

Se halla recubierta de un abundante exudado, purulento, espeso y fétido.

En el examen de las preparaciones hechas con pequeñas vegetaciones (practicadas por el Dr. Roffo) se observa que se hallan formadas por un tejido de granulación, recubierto por un epitelio epidérmico, el que emite brotes hacia la profundidad. Entre el tejido conjuntivo se ven numerosos capilares sanguíneos y una infiltración difusa de plazmazellen.

En el examen hecho con frotis del exudado, se observan numerosos micrococos, ya aislados, ya agrupados en diplococos que no toman el Gram. Teñidos con Giemsa muéstranse rodeados de gruesa cápsula.

Estos gérmenes se encuentran aislados o intracelulares. Se cultivan en los medios comunes.

Tratamiento.— Julio de 1915. 60 fricciones mercuriales. Lavajes con solución de timol. Las lesiones no se modifican, en vista de lo cual se le practican dos inyecciones de 606; la 1ª de 0.30 gramos, la 2ª de 0.45 gramos. Mejora el estado general, pero localmente ninguna modificación favorable. Entonces el doctor Roffo confirma bacteriológicamente el diagnóstico (a pedido del Dr. Torres Zárate) de granuloma venéreo.

Noviembre 3. Se instituye el tratamiento por el tártaro emético que con tanto éxito se ha aplicado en la vecina República del Brasil. Se emplea la solución al 1 W, esterilizada por filtra-

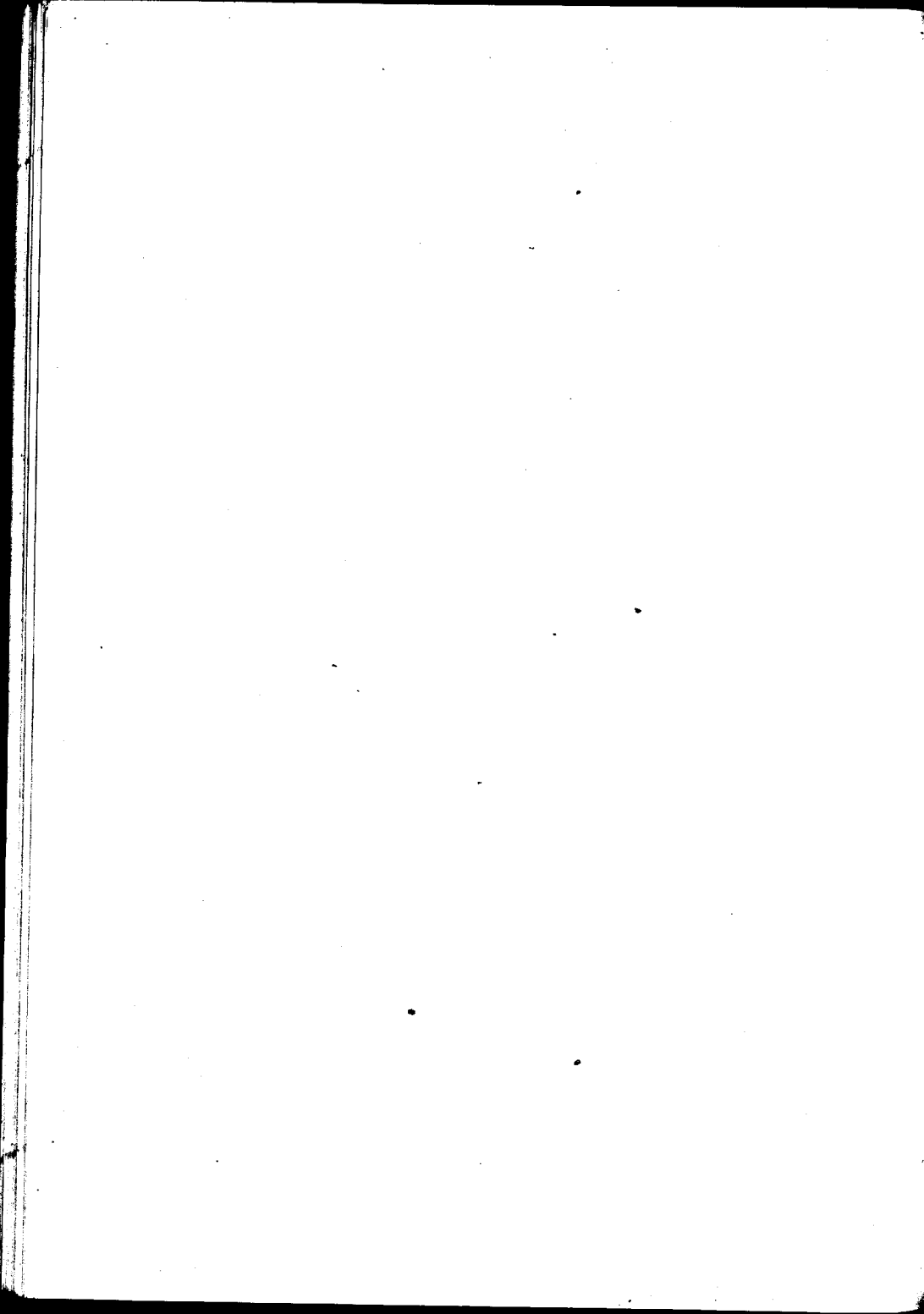
ción en bujía, usándose la vía endovenosa, con una dosis inicial de 0.05 gramos y aumentándose progresivamente hasta 0.08 gramos cuando lo permitan las reacciones generales del enfermo. Estas consisten a veces en estado nauseoso pasajero, somnolencia durante todo el día, elevación térmica que oscila entre 1° y 1°5, a veces o 4 deposiciones diarreicas, etc.

En esta forma se termina una serie de 14 inyecciones, con las cuales la lesión quedó casi totalmente curada, salvo pequeños focos recidivantes del surco inguino-crural.

Previo descanso de 10 días, se inicia una nueva serie de 10 inyecciones que determinan una curación definitiva.

Un mes más tarde, ha sido nuevamente examinado, constatándose que el sujeto continúa en estado satisfactorio.





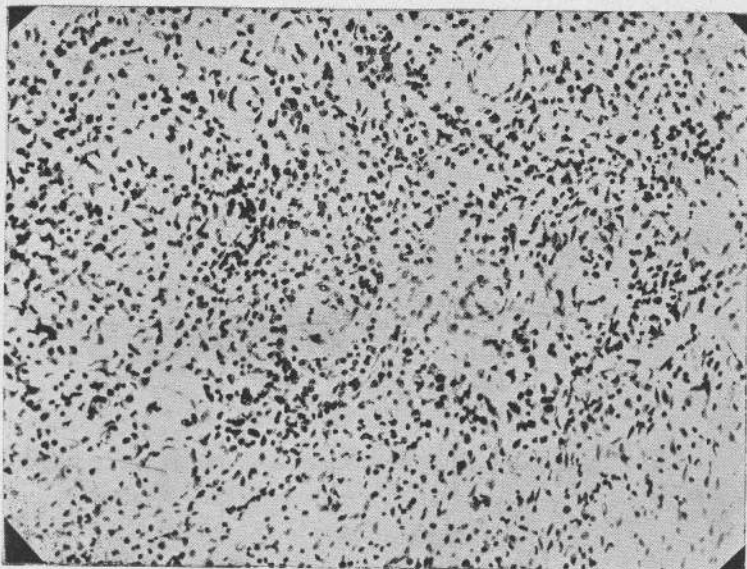


Fig. N.º 1 — (Obj. Zeiss apoer. 8 mm. Dist. focal 0.40 Oc. pr. 1) Tejido de granulación visto a un pequeño aumento. Se observa abundante infiltración de células redondas y plasmazellen al rededor de los pequeños capilares.

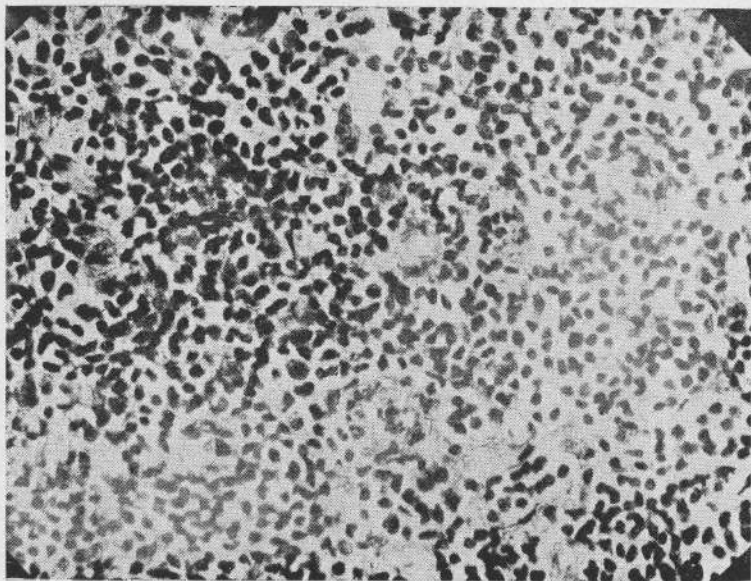
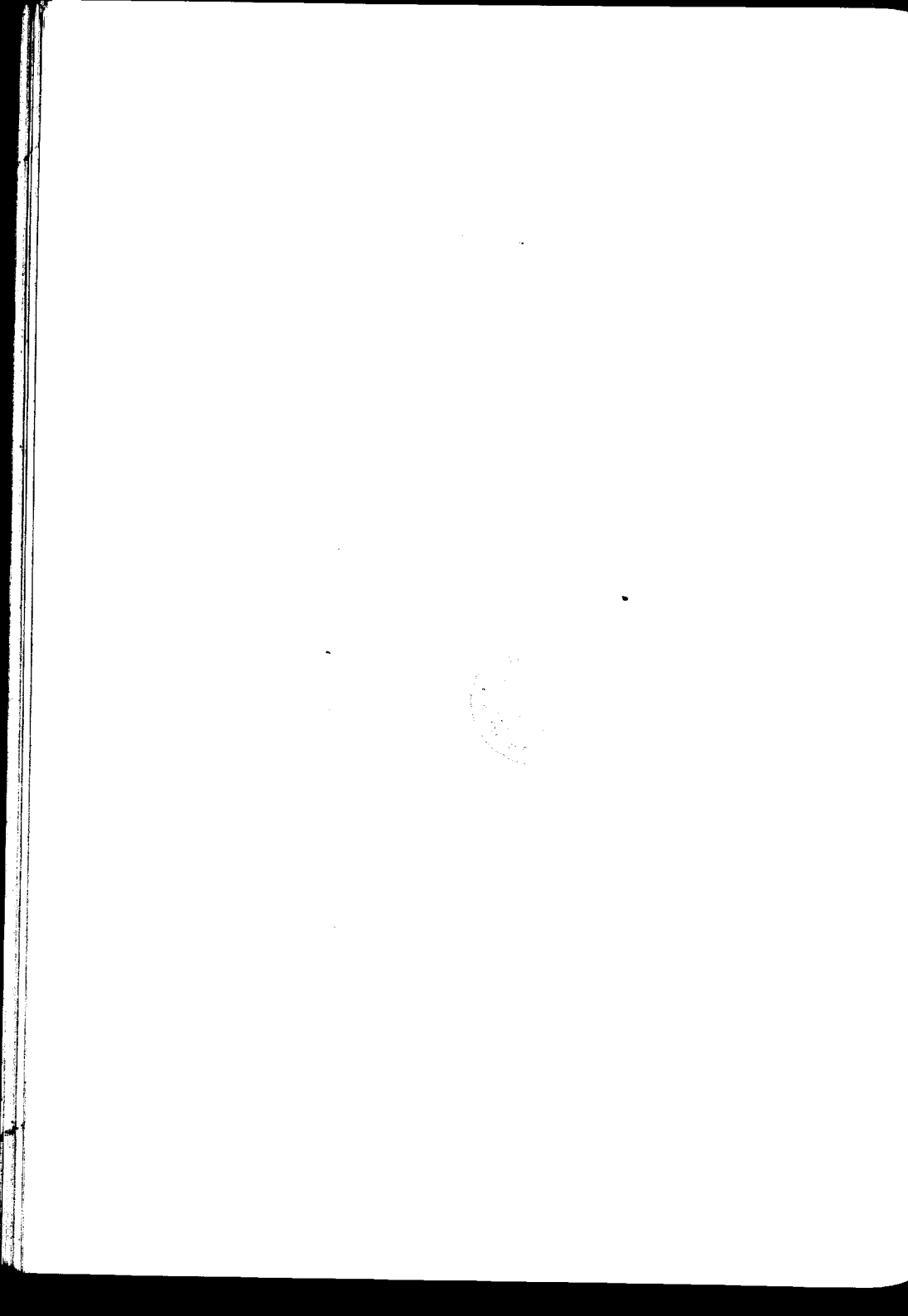


Fig. N.º 2—(Obj. Zeiss apoer. 8 mm. Dist. focal 0.40 Oc. pr. 11) Misma preparación vista con mayor aumento.



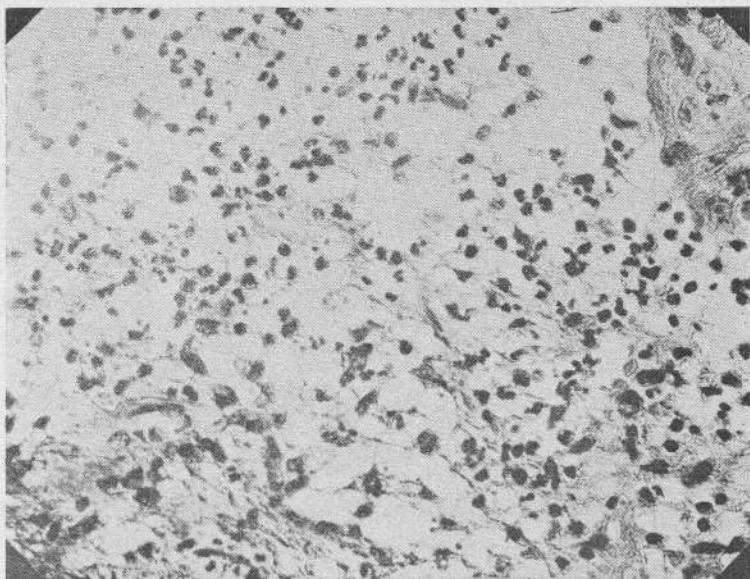


Fig. N.º 3—(Obj. Zeiss apoer. 8 mm. Dist. focal 0.40 Oc. pr. 11) Trama formada por fibrillas conjuntivas y celulas plasmáticas, estrelladas y alargadas.

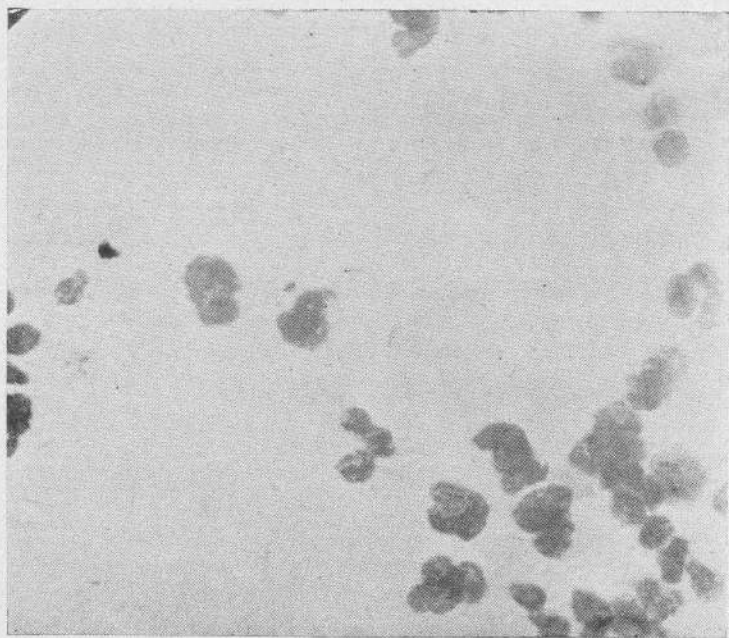
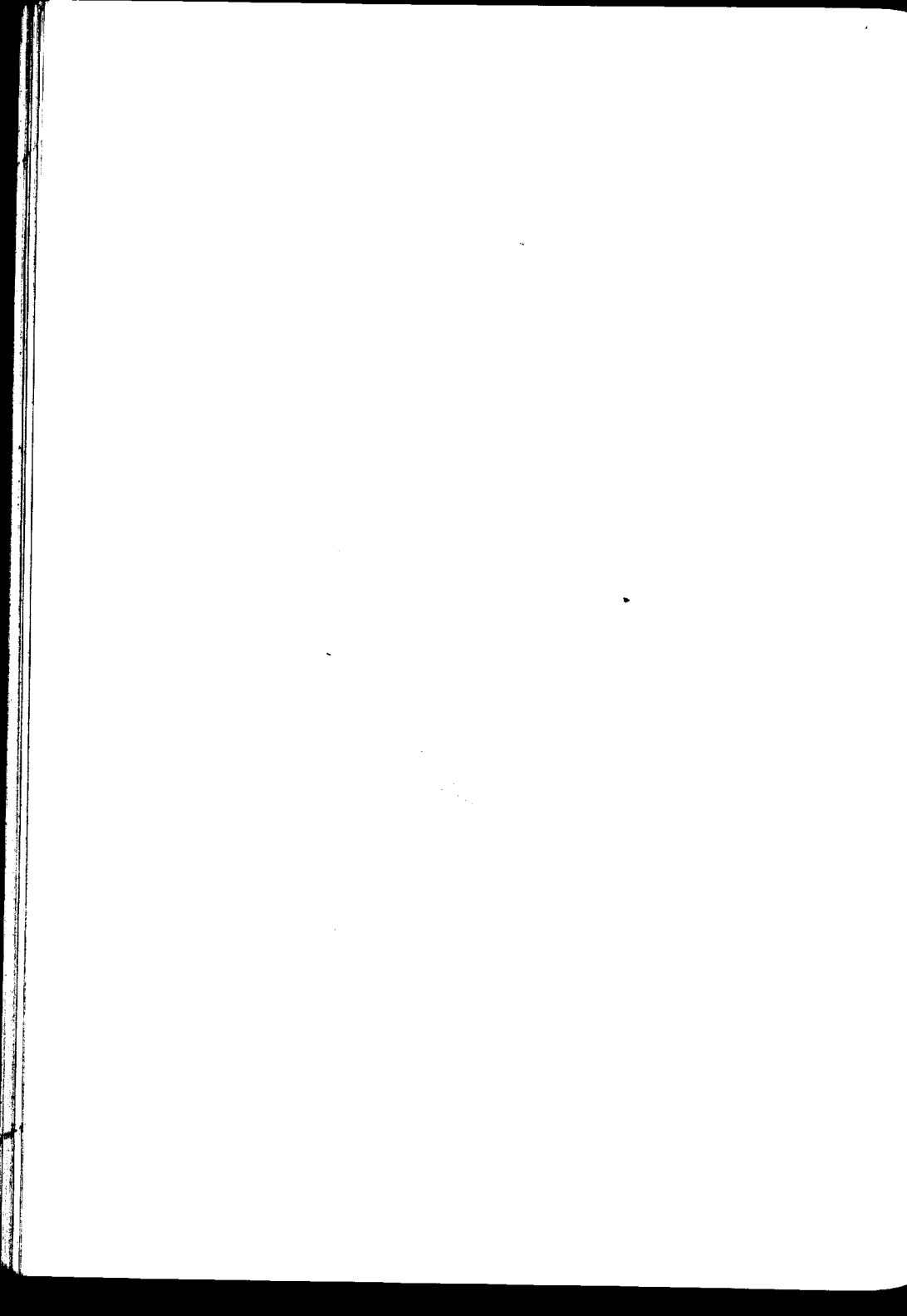


Fig. N.º 4—(Obj. Zeiss inmersión 1/12. Oc. pr. 1 Dist. focal 0.50) Frotis del exudado. Se ven numerosos leucocitos mono y polinucleares; algunos bacterios encapsulados libres e intra celulares.



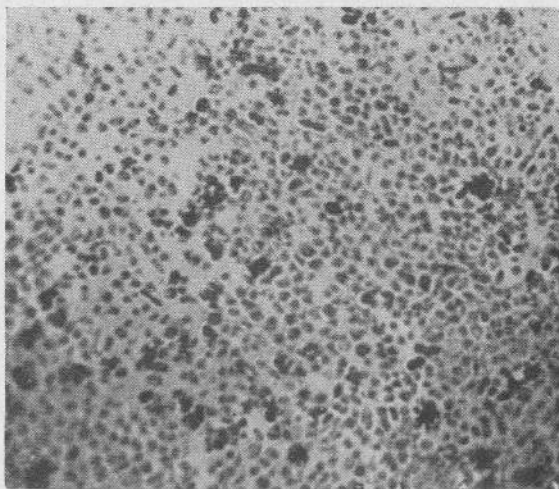


Fig. N.º 5—(Obj. Zeiss inmersión 1/12 Oc. pr. 1 Dist. focal 0.60) Preparación de una cultura en agar-agar.

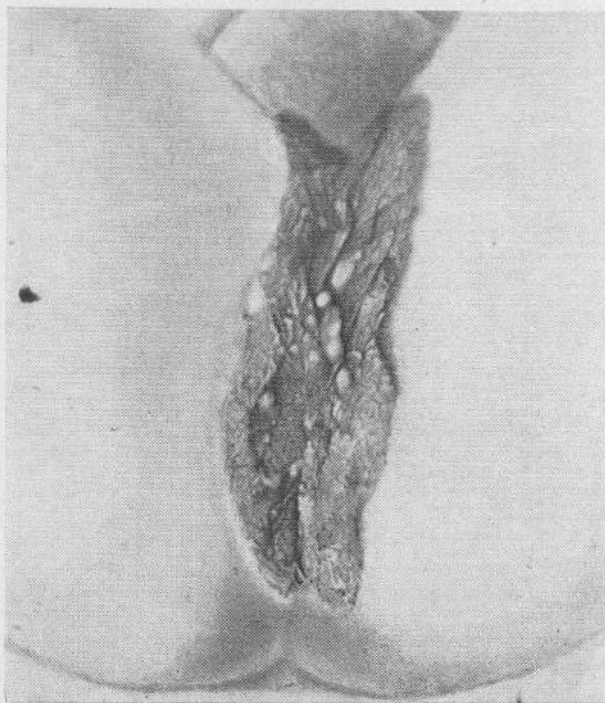


Fig. N.º 6—Aspecto de la lesión perineal al iniciar el tratamiento.

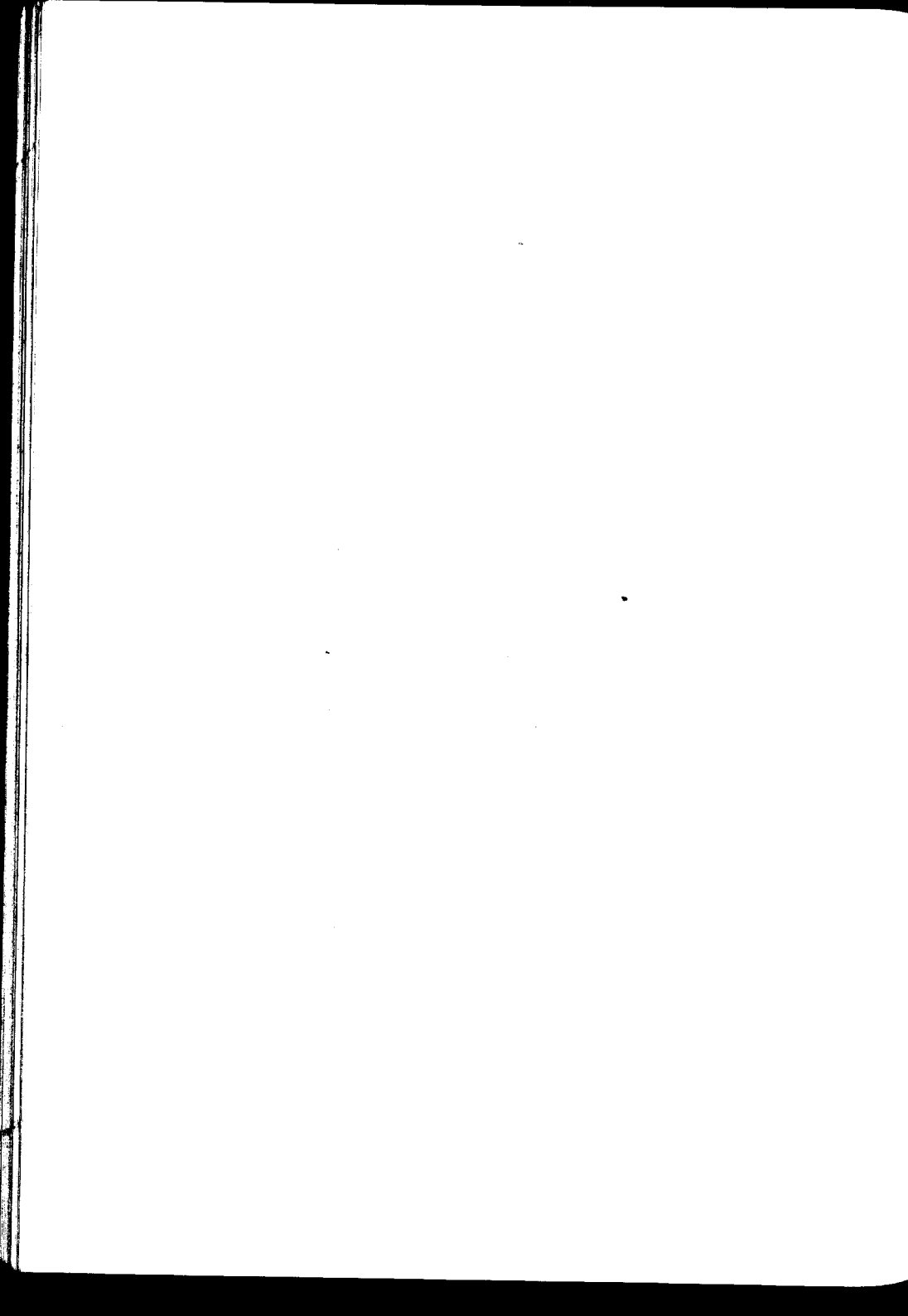




Fig. N.º 7—Lesión perineal cicatrizada.

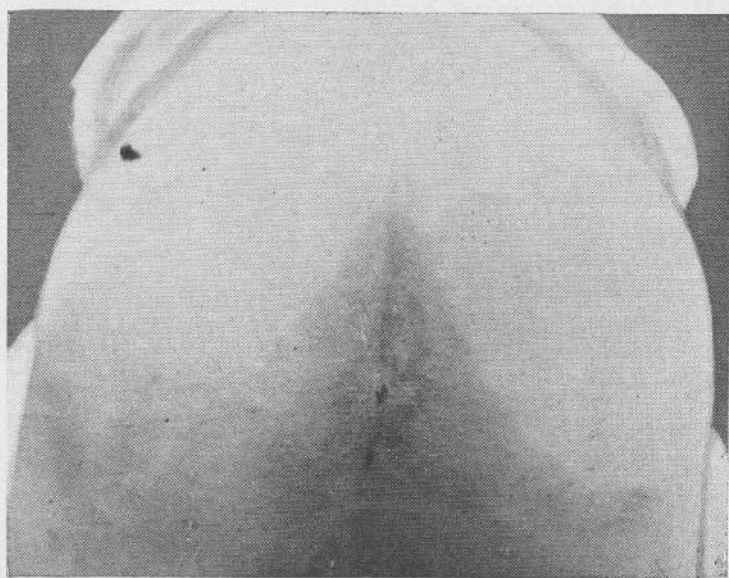


Fig. N.º 8—Lesión perianal cicatrizada.



Bibliografia

A. M. Lennan.—Memorandum on the observation of spirochaeta in yaws and granuloma pudendi. Brit. Journ. Vol. 11—1906.

J. Maitland.—Etiology of granuloma pudendi. Brit. Journ. 1908.

E. Martini.—Ei kultur des erregerers von granuloma venereum. Munich. Med. Woch. Numero 14.—1912.

K. Wise A.—Note on the etiology of granuloma pudendi. Brit. Med. Journ. Vol. I—1906.

H. Aragao y G. Vianna.—Pesquisas sobre o granuloma venéreo. Memorias do Instituto Oswaldo Cruz,—1913.

J. Maitland.—On the chronic venereal sores or ulcerating granuloma. Tomo I. The Lancet 1899.

P. Manson.—Maladie des pays chauds.—1908.

C. Mense.—Trattato delle malattie dei paesi tropicali.—1913.

A. H. Roffo.—Granuloma venéreo. De la Revista de la Universidad de Bs. Aires. Tomo XXXI, pág. 414.

A. C. Sousa Araujo.— Estudio Clínico do Granuloma venéreo.—1915.

Buenos Aires, Marzo 22 de 1916.

Nómbrese al señor Académico Dr. Baldomero Sommer, al profesor titular Dr. Pedro Benedit y al profesor suplente Dr. Pedro L. Baliña para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la « Ordenanza sobre exámenes ».

E. BAZTERRICA.

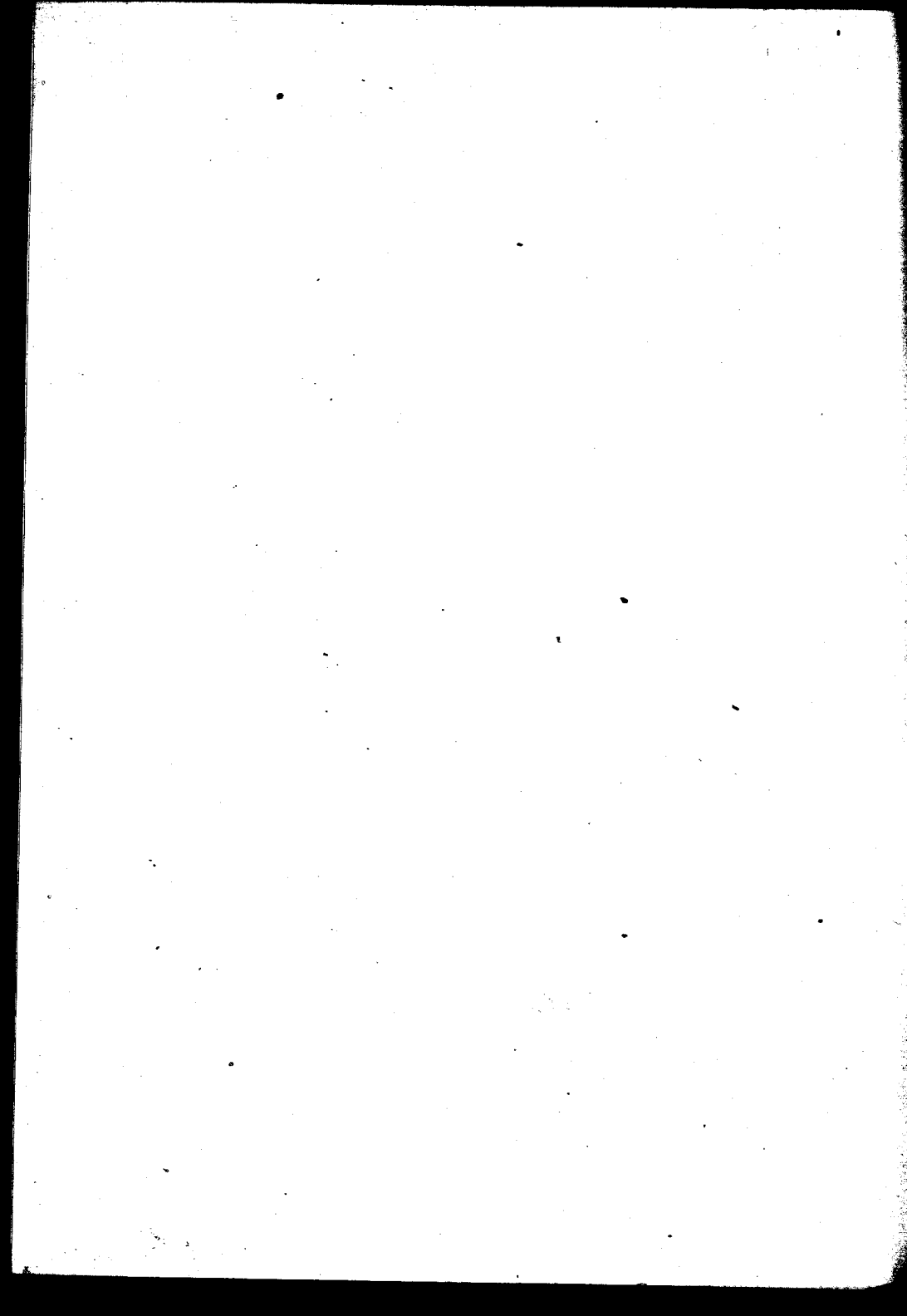
J. A. Gabastou.

Buenos Aires, Abril 26 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3090 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Para el diagnóstico del granuloma venéreo no es indispensable el examen bacteriológico.

Baldomero Sommer.

II

¿Existe un tratamiento específico del granuloma venéreo?

Pedro Benedit.

III

¿Tienen histológicamente las lesiones del granuloma venéreo caracteres propios?

Pedro L. Balña.

30446

