

“GRANULOMA VENÉREO”

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA

POR

RAFAEL SANTOLINO C.

(Guatemalteco)

Ex-interno del 1º y 2º Servicios de Cirugía de Hombres del Hospital General.— Ex-interno del 1er. Servicio de Medicina del Hospital Militar.— Practicante de los Cantones Barrios y Cervantes durante los terremotos de Diciembre de 1917 y Enero de 1918; y durante la epidemia de Grippe, (1919).— Practicante enviado a combatir las epidemias: de Tifus Exantemático a Mixco, Febrero de 1918; y de Fiebre Amarilla a Ayutla, Abril de 1918.— Practicante del Hospital Provisional del Teatro Rex, durante el bombardeo de la Capital, Abril de 1920.— Ex-Cirujano Militar de las fuerzas expedicionarias de Ayutla y Pajapita, de Abril a Agosto de 1918.— EX-AYUDANTE DEL PROSECTOR DEL ANFITEATRO ANATÓMICO DE LA FACULTAD (1917, 18 y 19)

EN EL ACTO
DE SU INVESTIDURA DE

MÉDICO Y CIRUJANO

MAYO DE 1921

GUATEMALA, C. A.

TIPOGRAFIA SANCHEZ & DE GUISE
8^a Avenida Sur, N^o 24.

“GRANULOMA VENÉREO”

SUMARIO:

PRIMERA PARTE

1º Historia.—2º Definición.—3º Sinonimia.—4º Distribución Geográfica.—5º Etiología y Patogenia.—6º Bacteriología.—a) Historia.—b) Manera de Investigar el Kalymmato-Bacterium Granulomatis.—c) Coloración y Morfología.—d) Cultivos.—e) Poder Patógeno.—f) Resistencia al Medio.—g) Aglutinación.—h) Vacuna y Sueroterapia.—7º Anatomía Patológica.—8º Sintomatología y marcha de la enfermedad.—9º Complicaciones.—10º Formas Clínicas.—11º Evolución.—12º Diagnóstico. (Clínico, Bacteriológico y Anatomo-patológico).—13º Pronóstico.—14º Profilaxia.—15º Tratamiento.

SEGUNDA PARTE

“EL GRANULOMA VENÉREO EN GUATEMALA”

1º Historia.—2º Observaciones y 3º Conclusiones.

TERCERA PARTE

BIBLIOGRAFÍA

PRIMERA PARTE

1.º—HISTORIA

Se disputan la primacía en el descubrimiento del "Granuloma Venéreo" Mac-Leod y Jackson, médicos ingleses que se encontraban en la India en 1882.

Ambos lo caracterizaron por ulceraciones de la piel de la región genital y su vecindad así como de las mucosas anal y génito urinaria.

Neal y Ozzard en 1892 fueron los primeros que encontraron el Granuloma en la Guayana Inglesa, e hicieron una comunicación al "British Medical Association."

En 1896 Conyers y Daniels, en la misma Guayana, describieron con el nombre de "GROIN ULCERATION" nueve casos típicos de Granuloma. Esta fué la primera descripción clínica que se publicó con fotograbados.

En ese mismo año, Galloway, ante la Sociedad Dermatológica de Londres, confirmó que en los casos observados por Conyers y Daniels no se trataba de manifestaciones sifilíticas, tuberculosas ni epiteliomatosas, sino que se trataba de una enfermedad específica y contagiosa.

En 1903 Hoffmann, en la Nueva Guinea Alemana, encontró varios casos, uno de los cuales se terminó por la muerte debido a la invasión peritoneal.

Jeanselme y Muzzio en 1904 comprueban su trasmisión por el coito.

Donovan en 1905 descubrió el gérmen patógeno de esta enfermedad.

En 1908 C. E. Brook creó el nombre de Granuloma Venéreo para designar esta enfermedad.

En 1911 Flu intentó cultivar el microbio descubierto por Donovan, pero no quedó satisfecho de sus investigaciones, sin embargo sus trabajos sobre etiología y patogenia del Granuloma fueron los más completos de su época.

En el Brasil fué el Profesor E. Rabello quien, en 1912, encontró el germen descrito por Donovan.

Ha sido el Brasil el país donde mejor se ha estudiado el Granuloma.

En 1912 Enrique de Beaurepaire Aragão y Gaspar Vianna aislaron por primera vez y describieron los caracteres de los cul-

tivos del gérmen que entonces llamaron "Kalimma-Bacterium de Kalimma (Manto), y al que más tarde designaron, "Kalmato Bacterium Granulomatis-Donovan-Aragão-Vianna."

Los mismos, Aragão y Vianna, publicaron en 1913 nueve observaciones en las "Memorias do Instituto Oswaldo Cruz."

Es al Doctor Souza Araujo a quien se le deben los mejores estudios acerca del Granuloma; muy interesantes son los trabajos que envió al Congreso Médico Pan-Americanico celebrado en San Francisco de California en 1915, y titulados "El Granuloma Venéreo en el Brasil, Aislamiento y Estudio Experimental de su Microbio."

Los publicados en "El Brasil Médico" año XXIX, N.º 26, sobre "El Granuloma Venéreo y la Roentgentherapia,"

Sus comunicaciones a las Sociedades de Dermatología y Medicina en Buenos Aires.

Su tesis inaugural sobre "El Estudio Clínico del Granuloma Venéreo," fué aprobada con distinción.

Dos trabajos del mismo autor muy interesantes, uno publicado en los "Archivos del Brasil Médico" año VI N.º 2, y el otro en la "Revista de la Asociación Médica Argentina" volumen 24 N.º 138.

Una obra publicada por él en 1917 sobre el "Granuloma Venéreo" con más de 250 páginas, con 7 láminas de colores y 40 fotografías de los casos más interesantes.

En fin, el más importante tal vez de sus trabajos sobre el mismo tema es el que presentó al Instituto Oswaldo Cruz con motivo del primer Congreso Médico Paulista, en Diciembre de 1916.

En una gira científica que hizo por Río de la Plata, Uruguay, y Argentina, comprobó la existencia del Granuloma en diversos casos confirmados bacteriológicamente, cuyas observaciones están publicadas en su tesis de Doctorado.

Estos trabajos son los que han servido de base a los estudios que posteriormente se han hecho en varios países, particularmente en México por el Doctor Oseguera; quien, en Mayo de 1920, presentó su tesis sobre "Granuloma Venéreo" a la Universidad Nacional.

Herman Goodman, en los "Archives of Dermatology and Syphilology" de Chicago en Febrero de 1920, publicó un interesante trabajo titulado "Granuloma of Pudenda" tomado de observaciones hechas en Puerto-Rico.

Observaciones dignas de tomarse en consideración, pueden leerse en distintas revistas cuyos nombres y fechas están indicados en la parte bibliográfica de este trabajo.

2.º—DEFINICIÓN

Souza Araujo, en su tesis de Doctorado, lo define así: “El Granuloma Venéreo” es una enfermedad local, infecciosa, trasmisible por contacto y no hereditaria; debida al *Kalymmato-Bacterium-Granulomatis*.

En su trabajo del Instituto Oswaldo Cruz dice: “El Granuloma Venéreo” es una dermatosis ulcerosa o vegetante, crónica, causada por el *Kalymmato-Bacterium-Granulomatis*, atacando de preferencia los órganos genitales externos y la zona perigenital.”

Osegura, en su tesis dice: “El Granuloma Venéreo” es una dermatosis ulcerosa o vegetante, crónica; trasmisible por contacto y no hereditaria, causada por el *Kalymmato-Bacterium-Granulomatis*; atacando de preferencia los órganos genitales externos y la zona perigenital.

Esta última definición, que reune las dos anteriores, aunque larga parece la más completa.

3.º—SINONIMIA

“Sclerosing Granuloma of the Pudenda.” “Granuloma of Pudenda.” “Ulcerating Granuloma of the Pudenda.” “Chronic Venereal Sores.” “Serpiginous Ulcerations of the Genitalia.” “Granuloma Inguinale Tropicum.” “Groin Ulceration.” “Granulome Ulcereux des organes génitaux.” “Granuloma Ulceroso delle Pudendi.” “Das Venerische Granulom.” “Granuloma Venereum.” “Granuloma Maligno.” “Granuloma Ulcero-so de las Regiones Genitales.” “Granuloma Inguinal.” “Granulomatosis.”

4.º—DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Es un error considerar el “Granuloma Venéreo” como una enfermedad tropical; pues ha sido observado en países situados en latitudes diferentes de las cinco partes del mundo.

En América es sumamente frecuente, en el Brasil, en Argentina, Uruguay, las Guayanas Inglesa y Holandesa; grandes y pequeñas Antillas, México, los Estados Unidos, Guatemala y probablemente en las otras Repúblicas de Centro-América.

En Europa: particularmente en Inglaterra, Alemania y Portugal.

En Asia: Madrás, Calcuta, Ceylán, Bombay, Afghanistan, Bokahara, Beirut y China.

En África: Trípoli, Nueva Guinea-Alemana y Camerón.

En Oceanía: Australia, Archipiélago de Bismarck, Archipiélago de Salomón, Islas Viti y Fiji, Islas Hawaí y Sandwich.

5.º—ETIOLOGÍA Y PATOGENÍA

La edad en que se observa más el Granuloma es la edad adulta, porque en ella las relaciones sexuales son más frecuentes. Ni clima, ni sexo, ni raza tienen influencia sobre su desarrollo. En la distribución geográfica, vimos ya la diversidad de localidades en que ha aparecido. El desaseo, como para todas las afecciones cutáneas, contribuye a la extensión del Granuloma. La prostitución, factor principal en la difusión de las enfermedades venéreas, contribuye a su propagación.

Una solución de continuidad en la piel o en la mucosa es la puerta de entrada del gérmen. Esta puerta puede muy bien ser un chancre duro o blando, papilomas, placas mucosas, un bubón abierto como lo indica el Doctor Souza Araujo.

En ciertas ocasiones se observa el Granuloma en partes extra-genitales: ano, cavidad bucal, labios etc., se explica perfectamente su trasmisión por las perversiones sexuales, o bien porque un instrumento o las manos sucias sean el vehículo del microbio.

Es importante conocer que en los casos que una placa mucosa ha servido de puerta de entrada se presenta una infección mixta y por consiguiente treponemas que están asociados al gérmen Granulomatoso; desconociéndose la existencia de éste se atribuye a la sífilis toda la lesión.

Verificada la inoculación en la piel, o en las mucosas, el microbio prolifera en el subcorion sin producir gran reacción ni molestia marcada hasta el momento en que aparece la manifestación primaria.

El germen no tiene tendencia a invadir el organismo, ni por la vía linfática, ni por la vía venosa. *El Granuloma no infarta los ganglios*, de tal manera que cuando se encuentran crecidos se puede asegurar que existe una infección mixta o que no se trata de Granuloma.

Contrasta notablemente la gran extensión que llegan a tener las ulceraciones Granulomatosas quedando los ganglios normales.

Cleeland dice que, en Australia Occidental, la enfermedad es excesivamente frecuente entre las mujeres nativas; y refiere que la idea prevaleciente es que las niñas vienen a infectarse por el contagio con los perros, pero Ernesto Black, que hizo una investigación minuciosa, dice que es inadmisible la hipótesis de Cleeland.

Todos los autores están de acuerdo en la trasmisión por contagio, particularmente por el coito. Maitland dice que en la

India la creencia general es que el Granuloma es muy contagioso y de origen venéreo. La estadística del Doctor Souza Araujo demuestra la trasmisibilidad por contacto venéreo.

6.º—BACTERIOLOGÍA

(a) Historia:

El estudio bacteriológico de Granuloma Venéreo ha dado lugar a numerosas teorías acerca del agente causal.

Le-Dantec habiendo tomado un fragmento de uno de los bordes de una ulceración granulomatosa a uno de sus enfermos, lo inoculó a un conejillo de Indias, que se hizo tuberculoso; sosteniendo por este motivo que no es más que una manifestación lúpica y que por esta razón debe considerársele como Estiómeno de la Vulva.

El Doctor Souza Araujo piensa que la enferma de Le-Dantec no sería probablemente una paciente de Granuloma sino de Lúpus.

También Conyers y Daniels opinan que las ulceraciones granulomatosas son muy semejantes al Lúpus Eritematoso.

Wise, en 1906, encontró la Espiroqueta Refrigens (?) y el Treponema Pálido y por esta razón considera el Granuloma Venéreo como una manifestación sifilítica. Es probable que los enfermos en que Wise hizo sus investigaciones eran sifilíticos o tenían una infección mixta.

Maitland, en los enfermos de Granuloma Venéreo en que encontró Treponemas Pálidos aplicó el tratamiento antisifilítico sin ningún resultado.

Por mi parte debo añadir que en los tres enfermos que he estudiado y cuyas observaciones presento más adelante, no se encontró el Treponema Pálido, y habían sido tratados sin ningún resultado por los mercuriales y arsenicales.

Otros autores como Mac-Lennan, Cleeland, Hickinbotham, han encontrado el Treponema Pálido de Schaudinn y el que Cleeland llamó Espiroqueta-Aborígenes cuya acción patógena no se ha dilucidado bien todavía.

Donovan, en 1905, describió el microbio descubierto por él en el mismo año, como agente patógeno del Granuloma Venéreo. Hizo sus estudios con enfermos del Hospital General de Madrás (India). Lo encontró en seis casos y lo consideró como un protozoario muy semejante a las Leischmanias.

Preséntase en cocos dispuestos dos a dos en el interior de una cápsula clara, pero a veces acumulados y aún alterados por plasmolisis o presentándose en formas de bastoncitos de polos más cromatófilos. En ciertos casos el microbio se presenta en el

interior de los leucocitos mononucleares rechazando el núcleo hacia la periferia.

En ese mismo año (1905), Seibert que no tenía conocimiento de los trabajos ni del descubrimiento de Donovan presentó un trabajo sobre la Etiología del Granuloma Venéreo ante el Instituto de Medicina Tropical de Hamburgo; descubrió el mismo gérmen en enfermos que llegaron de Madrás y otras regiones tropicales.

El agente patógeno descrito por Dónovan y por Seibert fué encontrado, también, por Flu en Paramaribo, en 1911. Por Rabello en el Brasil, en 1912, en uno de sus enfermos; pero en otros enfermos encontró un Sporotrichum y emitió la teoría esporotricósica del Granuloma Venéreo.

En ese mismo año (1912) fué cuando los Doctores Enrique de Breaurepaire Aragão y Gaspar Vianna aislaron por primera vez el microbio; describieron los caracteres de sus cultivos y crearon el nombre de "Kalyymato-bacterium Granulomatis."

(b) Manera de investigar el Kalyymato-Bacterium-Granulomatis.

Para esto basta cortar un nódulo de los bordes de la ulceración granulomatosa, después de haberla limpiado perfectamente con suero fisiológico. En seguida se extiende este nódulo sobre una lámina y de este modo se obtiene un frote. Hay que tener siempre muy presente que es en los bordes donde más abunda el germen. En los mismos bordes se puede tallar un fragmento mayor si se desea hacer el estudio histológico o siembras.

(c) Manera de colorearlo y Morfología.

Los frotos obtenidos del modo que indicamos deberán ser delgados y de una extensión suficiente para que se vean varios campos al microscopio.

El colorante de elección es el Giemsa.

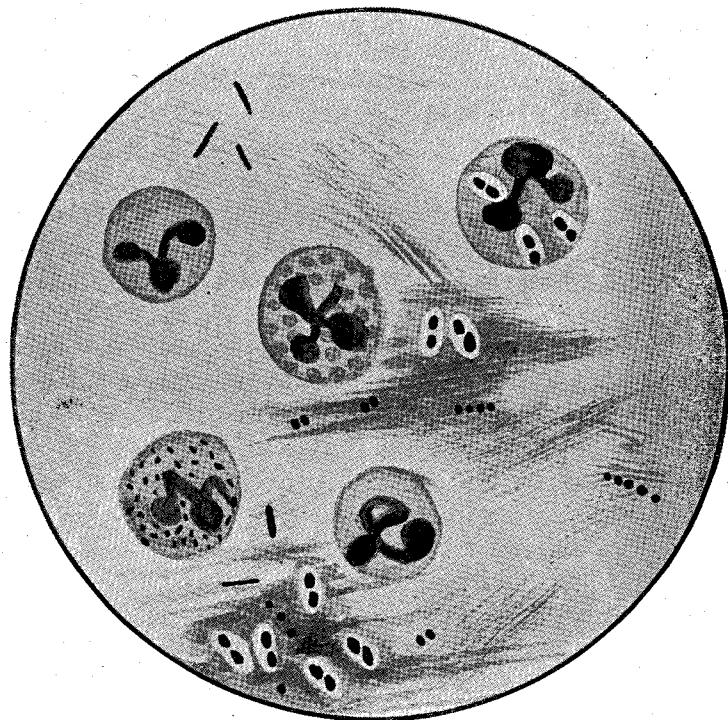
Coloreado por el Giemsa toma un color violeta rodeado de una cápsula rosa pálido.

Casi siempre es un coco teñido de violeta oscuro rodeado de una cápsula redonda; midiendo dos a tres décimos de micrón, a un micrón o micrón y medio con su cápsula.

Otras veces la cápsula es de forma ovalar y contiene en su interior al microbio que se presenta alargado en forma de bastoncito.

En fin, en ciertos puntos de la preparación se puede ver que reviste la forma de halterio o de guitarrita y más a menudo

diplococo. Estas son formas de transición. Al multiplicarse, que lo hace siempre por segmentación, el coco comienza por alargarse, se segmenta en dos, trasversalmente, y más tarde la cápsula se divide consecutivamente. La división se efectúa también en el interior de los leucocitos.



H. Montano.

Kalymmato-Bacterium-Granulomatis-Donovan, Aragão-Vianna.

La morfología del germen varía también cuando se le ha extraído de los medios del cultivo, según sea la naturaleza y edad de estos últimos. En medios líquidos y en el agua de condensación se ve muchas veces que el microbio presenta tendencia a formar filamentos más o menos largos; generalmente los gérmenes son redondeados y aislados.

(d) Cultivos.

Flu, en 1911, fué el primero que hizo ensayos de cultivo. Consiguió obtener dos veces en agar-ascitis colonias muy pequeñas, constituidas por bastoncitos sin cápsula y no tomando el Gram. El germen era cultivable en agar y caldo-ascitis y moría después de tres pasos sucesivos en este medio. Flu consideró inciertos los resultados así obtenidos.

A Aragão y Vianna se debe el mérito de haber logrado el aislamiento y de haber descrito los caracteres de los cultivos.

El Doctor Souza - Araujo indica las condiciones siguientes para el desarrollo: calor y humedad; germina en todos los medios habituales, es un aerobio facultativo siendo su temperatura óptima la de 37°. Germina rápidamente, adquiere mayores proporciones que las que presenta en los frotos y tiene la forma de bacilos encapsulados.

Germina en los medios habituales: caldo simple, glicerinado y glucosado; gelatina, gelosa simple lactosada o glucosada, papa, zanahoria, en el medio Sabouraud; en los medios para anaerobios (caldo glicerinado con una capa de vaselina) lo que demuestra que es un aerobio facultativo; en la leche a la cual no coagula; en el caldo-aescitis; gelosa-sangre y medios tornasolados.

Caldo simple: Se colocan los tubos con las siembras en la estufa a 20° o 25° y si la temperatura ambiente no es inferior a 15° no hay necesidad de la estufa. Al cabo de 24 horas se nota un enturbiamiento que al agitar el tubo aumenta. Al cabo de 48 horas se forma un anillo en la superficie, adherente a las paredes del tubo, en tanto que la parte baja se aclara. A los 4 días el anillo mide dos a tres milímetros y lo demás de la superficie se cubre de una capa delgada quedando el resto casi limpio. Si se agita, cae la película superficial al fondo del tubo y el anillo permanece adherido en su lugar; si se deja reposar, no se vuelve a formar la película en la superficie sino que queda sustituyéndola un depósito blanco filante y viscoso, lo cual se ha asignado como propio de los microbios encapsulados. Si se deja envejecer se enturbia de nuevo, pero persiste el sedimento. En los tubos testigos no hay modificación.

En el caldo glucosado y glicerinado tienen un aspecto semejante los cultivos, dando en el primero gases de fermentación.

Gelatina en superficie: En las mismas condiciones de temperatura que para el caldo, se hace la siembra en tubos o cajas de Petri. Al cabo de 24 horas se ven pequeñas colonias puntiformes y homogéneas; a las 48 horas están aumentadas y crecidas, redondas y salientes, de bordes regulares, blancos, brillantes y viscosas. Con el tiempo se funden unas con otras hasta revestir casi toda la superficie.

Por picadura: A las 24 horas se nota en la superficie una pequeña colonia blanca amarillenta, brillante y en el canal pequeñísimas colonias que tienden a fundirse unas con otras en el transcurso del tiempo.

Gelosa: En este medio el aspecto del cultivo es muy semejante al que se hace en gelatina, con la diferencia de que en la gelosa es más exuberante la germinación.

Haciendo la siembra en tubo inclinado las colonias deslizan hacia el fondo donde permanecen en el agua de condensación; conservando allí los gérmenes su virulencia por varios meses y donde puede tomarse para trasplantaciones.

Papa: En los tubos de Roux para el cultivo en papa, al cabo de algún tiempo se enturbia el líquido de condensación en el segmento inferior del tubo, y en la superficie de la papa la germinación se efectúa formando un ligero barniz pardusco. Así como en los cultivos en caldo aquí también se forma un anillo en el líquido de condensación y una película en el resto de la superficie, la cual cae al fondo formando un depósito de sedimento filamentoso.

Medio de Sabouraud: Que es de elección para el diagnóstico, tiene la propiedad de impedir el desarrollo de otros gérmenes mientras que en nada perjudica al microbio que aislamos del Granuloma Venéreo.

Las siembras hechas y colocados los tubos en la estufa a 37° al cabo de 24 horas las colonias son perfectamente características. Aparecen bajo la forma de pequeños discos de uno a uno y medio milímetros de diámetro, muy húmedas, viscosas y brillantes. Con el transcurso del tiempo las colonias aumentan de tamaño y van perdiendo el aspecto húmedo y brillante, adquiriendo un color de chocolate.

Cualquiera que haya sido el medio de cultivo empleado, si queremos investigar el germen no basta más que colocar en un porta-objetos una gota de agua destilada y tomar con una aguja una colonia, o mojarla simplemente en la superficie de la película que se forma en el caldo o en el anillo; diluir el producto de la gota de agua y extenderlo hasta que se seque. Se fija después a la llama y se colorea.

(e) Poder patógeno.

El Doctor Souza-Araujo ha llegado a trasplantar cultivos que tienen más de seis meses y germinan con exuberancia; pero cuando ya tienen mucho tiempo los cultivos, se ve que los gérmenes no tienen la forma habitual de diplococos.

Su virulencia es variable con el medio que se tome para la inoculación; es muy virulento y casi seguro el resultado cuando se hace la inoculación tomando directamente el germen de la lesión granulomatosa. Experiencias hechas con distintos animales, prueban que la rata y el ratón son los más sensibles a la inoculación del *Kalymmato-Bacterium-Granulomatis*; y produce en ellos la muerte por septicemia, al cabo de 24 horas: es pues, muy semejante en este sentido al neumococo.

El Doctor Souza - Araujo inyectó 0'5 a 2 cc. de cultivo en caldo reciente o en agar emulsionado en caldo común, a conejillos de Indias y a conejos obteniendo la muerte por septicemia al cabo de 48 horas. Tanto de los exudados serosos como de la sangre de las vísceras se puede obtener el gérmen.

En nuestras experiencias hechas a conejillos de Indias, a los que inyectamos subcutáneamente exudado de las lesiones granulomatosas, no se produjo la enfermedad.

Inyectando cultivos en el tórax a través de la pared se obtiene pleuresía o bronco-neumonía y el animal muere en poco tiempo. Si la inyección se hace en el peritoneo se produce peritonitis mortal.

(f) Resistencia al medio.

El *Kalymmato-Bacterium-Granulomatis* resiste a la desecación pero no al calor húmedo.

El Doctor Souza-Araujo y otros experimentadores han colocado al sol o a una temperatura de 50° a 55° un cultivo reciente en agar en tubo inclinado y han observado la muerte del germen al cabo de tres horas. Al calor húmedo de 48 horas muere antes de nueve horas a 55° y en un cuarto de hora a 60°.

Un cultivo en gelosa o en caldo dejado a la estufa a 45° por 12 horas ya no germina; pero si se lleva sólo a 40° se favorece la germinación exuberante, haciéndose predominar la forma de bacilos cortos.

Los agentes químicos influyen sobre el germen, ya destruyéndolo, ya impidiéndole su proliferación.

El sublimado corrosivo impide el desarrollo de un cultivo en solución muy diluida. De igual manera el permanganato de potasa, el fenol, el formol son germicidas aún en soluciones débiles.

El tártaro emético que tiene una acción verdaderamente específica cuando se le inyecta intravenosamente, obra también como antiséptico local y en eso se funda el tratamiento de Guilliani.

(g) Aglutinación, vacuna, sueroterapia.

Siendo el Granuloma Venéreo una enfermedad puramente local, no es extraño que no tenga poder aglutinante el suero de los enfermos, y que no haya vacuna ni sueroterapia antigranulomatosas.

7.º—ANATOMÍA PATOLÓGICA

Trabajos muy interesantes a este respecto han sido hechos por el Doctor F. Susviela Guarch (Jefe del Laboratorio de Histología Patológica del Instituto de Radiología de Montevideo), por Hoffmann, por Galloway etc.; pero es sobre todo el estudio del Doctor Susviela Guarch el que me ha servido para esta descripción.

De una manera general las partes afectadas son: la epidermis, el cutis y el subcutis.

Las capas aisladas de la epidermis se hayan casi siempre más o menos reducidas a la capa córnea y ésta limitada a un filamento frecuentemente desprendido, coloreado de amarillo naranja.

Por consiguiente las capas de la epidermis no presentan sus relaciones recíprocas, ni la topografía ordinaria. Cuando existe la capa germinativa, filamentosa y granulosa, con células alteradas lo mismo que modificadas en su disposición, estructura y granulación, penetran a veces como desprendidas de la capa lúcida, en la forma de pequeñas acumulaciones, que pudieran tomarse como brotes epiteliales neoplásicos, por debajo del límite epidermis-corion, para confundirse con una infiltración linfocitaria vecina.

Además, esas capas, en el caso de conservación, presentan de cuando en cuando espacios que contienen restos o detritus celulares. Esos espacios a veces muy extendidos, alterando la red epitelial a la que dan formas caprichosas, encierran además del detritus, infiltración de linfocitos, del tipo de células plasmáticas linfocitarias sobre un fondo de ligera masa de tejido colágeno, que puede reconocerse como tejido conjuntivo joven, por su débil constitución fibrilar y sus núcleos. Toda esta alteración de la epidermis puede demostrarse muy claramente por medio del azul polícromo de Unna.

La deformación de las capas de la epidermis enunciada, y su alteración, hacen comprender la dificultad de poder encontrar alteraciones regulares en las células correspondientes. Sólo se puede anotar irregularidad de la capa germinativa, desprovista de las expansiones protoplásmicas, dirigidas hacia el cutis, penetración de sus células en la capa filamentosa, alteración de la estructura, mitosis; la capa lúcida aparece como más conservada; por último la capa córnea rara vez presenta sus núcleos alargados; casi siempre se han reducido a un filamento desprendido coloreado de amarillo anaranjado por Weigert Van-Giesson. En resumen: la epidermis parece ser el asiento de un proceso invasor y destructor dirigido de abajo arriba. El límite epidermis-corion, según lo precedente, carece de línea regular, y es el asiento de infiltración linfocitaria, esparcida hacia el cutis y ocupando el lugar

de las papilas. Estas se hallan dilatadas, apenas provistas de sus fibras ascendentes de tejido conjuntivo, pero ocupadas por la infiltración. No se encuentran vasos.

Por debajo del límite de epidermis-corion, se tiene una capa maciza, ancha, de infiltración con prolongaciones del cuerpo papilar. La masa de células de infiltración, comienza más abajo, en montones o acumulaciones en el cutis, ocupando como islotes, pequeños o grandes espacios. Estos espacios, pequeños o grandes, limitados de uno a dos décimos y hasta diez décimos de milímetro por tejido conjuntivo se propagan hacia el subcutis. El tejido conjuntivo mismo del cutis y subcutis se muestra más espeso en el primero que en el segundo, tiene en el subcutis disposición ondulada, y regular, paralelo, como de ordinario, la superficie, presenta sus núcleos más o menos deformados, grandes o vacuolizados. Es más bien tejido colágeno. El tejido conectivo, encerrando lo mismo, en el cutis que en el subcutis, linfocitos, leucocitos y células plasmáticas linfocitarias.

Los vasos más grandes están espesados y principalmente su adventicia desaparece en la formación de tejido conjuntivo espeso, sin infiltración colateral; en cambio la presentan los vasos pequeños (venas) en capa espesa circular. El cemento endotelial, muchas veces conservado como se ve en los vasos cortados longitudinalmente. El lumen contiene restos de eritrocitos. Una acumulación extra-vascular de estos últimos, sólo se encuentra algunas pocas veces en espacios de tejido conjuntivo.

Es difícil encontrar vasos linfáticos, y los que aparecen, se hallan envueltos por células pequeñas de infiltración y como si de aquí surgiera ésta. No se encuentran otros elementos como pelos, glándulas sudoríparas y sebáceas. Pueden percibirse raras veces, restos de glándulas destruidas por la formación de tejido conjuntivo.

Se hallan células de núcleo polimorfo. Las células redondas de infiltración merecen una consideración especial por ser en su mayoría, fuera de linfocitos y pocos leucocitos, células plasmáticas linfocitarias y venir a ser por su dominio, una característica del Granuloma Venéreo.

Las células linfocitarias se dividen en linfo-blastos y linfocitos. El linfoblasto (linfocito no adulto) tiene el tamaño de un mielocito; un protoplasma débilmente basófilo, núcleo bastante grande e irregular, con una membrana proporcionalmente espesa y un núcleo más o menos coloreable. Pegado al núcleo presentan los linfoblastos en general, una zona clara, que con la coloración de Schrider ofrece granulaciones gruesas de forma bacilar y color rojo. Estos linfoblastos que representan un estado de división de los linfocitos, presentan, por consiguiente, numerosas

mitosis, los linfoblastos aparecen más bien en la sangre, como prueba de funcionamiento exagerado del sistema linfático. Los linfocitos son pequeñas células con un núcleo redondo rico en cromatina, presentando uno y hasta dos núcleos fuertemente colorables.

También en estas células se halla una zona clara al rededor del núcleo, en la que se encuentran granulaciones como en los linfoblastos.

(Las células grandes mononucleares, mostradas por Erlich con su triácido, son en pequeña parte, linfocitos grandes, adultos, y en gran parte formas de transición con núcleos poco lobulados).

Las dos formas anteriores linfoblastos y linfocitos pueden engendrar en los estados patológicos, las células plasmáticas linfoblásticas y linfocitarias. Las primeras, que sólo entran en consideración en pocos procesos se caracterizan por tener el núcleo propio de linfoblastos, un protoplasma más fuertemente basófilo, y una zona más clara. Las segundas o sean las células plasmáticas linfocitarias, son más importantes que las primeras por constituir la masa principal celular, en la infiltración de pequeñas células.

Como carácter diferencial entre esas dos células tenemos, en las células plasmáticas linfocitarias, la forma de rueda del núcleo y su situación casi siempre más inclinado hacia el polo de la célula, la que es en general oval.

Además, en la parte del cuerpo celular a que se inclina el núcleo, hállase una área clara muy visible, con fuerte aumento y con la coloración de pyronina o de azul polícromo de Unna, área que coloreada por Schride, revela las mismas granulaciones que los linfocitos. No es raro encontrar en las células plasmáticas linfocitarias varios núcleos.

Todas las células de orden linfocitario (linfocitos, linfoblastos, células plasmáticas) tienen la propiedad de emigrar. Sin embargo, parece que sólo los linfocitos emigran en el tejido conjuntivo a través del epitelio.

Son, pues, las células plasmáticas las que se encuentran en gran cantidad en la infiltración del Granuloma Venéreo, no sólo esparcidas hacia la periferia, vecindad del límite epidermis-corián, no sólo en los espacios lacunares anotados de las capas de la epidermis, sino también como acumulaciones en los espacios irregularmente formados, por facículos conjuntivos.

Encuéntrense esas masas en la vecindad de los vasos, probablemente la emigración se hace para el Granuloma Venéreo en el tejido conectivo. De todas maneras, el número tan considerable de células plasmáticas linfocitarias y su vasta distribución pare-

cen al menos por su constancia una característica del Granuloma Venéreo.

Así pues, en resumen: el substratum consiste al principio en una proliferación inicial de la epidermis, cuyos conos interpapilares se prolongan en una infiltración hasta interepitelial de células pequeñas, redondas, que vienen del corion (células plasmáticas). Los elementos ordinarios del corion, son finalmente reemplazados por células redondas, las que en su mayoría tienen el carácter de células plasmáticas linfocitarias, algunas linfoblásticas. Los vasos del cutis se encuentran dilatados. Por último, el epitelio superficial se atrofia y desaparece. La infiltración de células pequeñas es reemplazada por tejido conjuntivo joven y bajo formación activa vascular nace un tejido conjuntivo espeso, granular, característico, que no presenta tendencia alguna a la degeneración putulenta o caseosa, no encontrándose células gigantes, ni células cargadas de grasa (Matzellen). La acumulación de células plasmáticas hace recordar al Plasmocytoma, tumor de células de ese orden descrito por Schrider como formación extraña, ajena, por su ubicación a todo origen medular.

8.º SINTOMATOLOGÍA Y MARCHA DE LA ENFERMEDAD

Se ha dividido en cuatro períodos la marcha de esta afección:

1.º *Incubación*.—No se puede fijar exactamente el tiempo que dura debido a que unos atribuyen a una picadura de zancudo, mientras que otros a garrapatas y muy pocos en fin a relaciones sexuales. Se da como límite de duración de este período 30 días. Durante este período se observan frecuentemente los tres síntomas que siguen: sensación de prurito, ardores, (cuando hay exudados que irritan las partes cincunvecinas); y poco o nada de dolor.

2.º *Período de invasión*.—Aparece una vesícula, pápula o nudosidad que determina prurito, en virtud de la tensión fuerte y activa producida por la proliferación de los microbios de Granuloma que afectan a veces las terminaciones nerviosas de la piel y de las mucosas en el punto atacado: La degeneración de los tejidos se propaga con rapidez a las regiones no invadidas según la virulencia del microbio y las condiciones de receptividad individual. Localmente se produce serosidad que aumenta el ardor y el prurito. Los tejidos invadidos no tardan en ulcerarse; las ulceraciones sangran con mucha facilidad y tienen la tendencia a extenderse. En algunas ocasiones las nudosidades tienden a la exuberancia y forman especies de vegetaciones que vienen a constituir la forma hipertrófica; muy común a nivel de los grandes y

pequeños labios así como en las carúnculas mirtiformes, los cuales pueden adquirir un aspecto elefancíaco.

Da-Matta divide, según la marcha, este período en dos fases: (a) *Marcha de invasión brusca*.—Cuando las lesiones iniciales son hechas por pequeñas pápulas o vesículas. El prurito produce la ruptura o la salida de pus o la serosidad en cantidad variable y muy rica en microbios granulomatosos; de tal manera que la misma serosidad facilita la infección de las regiones vecinas y el contagio de individuo a individuo. Algunas veces las vesículas se anastomosan y rotas por las uñas del mismo enfermo al rascarse, hacen fácil la contaminación y propagación rápida.

En esta fase se hace peligroso el individuo y se transmite el Granuloma a regiones distintas de su mismo cuerpo.

La extensión del proceso Granulomatoso, según el local de las lesiones consideradas llega a veces a impedir ciertos movimientos y hasta a inutilizar al sujeto para sus ocupaciones.

(b) *Marcha lenta*.—Cuando la lesión o lesiones son pequeños nódulos subcutáneos ocasionados por la infiltración en el dermis producido por los microbios del Granuloma. La comezón en tal caso no existe, sobre todo si el enfermo tiene buenas costumbres de higiene individual. Los casos de esta manifestación quedan paralizados por un tiempo relativamente largo y retroceden hasta desaparecer del todo.

Se observan, en general fases de agravación y de mejoría, siendo la primera casi siempre motivada por haberse ulcerado los pseudo-nódulos haciendo las lesiones más extensas. Otras veces los nódulos confluyen y aumentan de volumen para constituir las vegetaciones.

Este período dura dos a tres semanas.

3.^o *Período de estado*.—Es aquel en que se manifiestan los varios aspectos clínicos de la Granulomatosis. Habiendo nudos, por ejemplo, se observa de ordinario el espesamiento de los tejidos que constituyen la formación de verdaderos Granulomas intradérmicos, aislados o no, nudos voluminosos denunciando superactividad patogénica de los tejidos de neo-formación y parecen así vegetaciones.

Es muy curioso lo que se observa en las lesiones de las mucosas de los órganos genitales femeninos. Alcanzan cierta exuberancia, tamaño sui géneris, recordando en la configuración un tumor elefancíaco. Esta considerable infiltración, según algunos autores simula un pseudo-sifiloma hipertrófico de la vagina.

El tejido neoplásico tiene una coloración rosácea, aspecto brillante, sangra con facilidad y es muy rico en Kalymmatos. El contagio aquí por el comercio sexual, es fácil y rápido, prin-

cipalmente habiendo la circunstancia de lesiones granulomatósicas abiertas que son los casos observados más comúnmente.

Cuando existe la intercurrencia descrita, y el enfermo no busca tratamiento, ni observa los cuidados higiénicos, puede darse hasta la destrucción del tabique recto-vaginal o la formación de fistulas.

En la variedad francamente ulcerativa, pequeñas y múltiples lesiones hasta con el aspecto forunculoide, han sido observadas, comunicándose por surcos sub-cutáneos cuyas paredes son destruidas cuando el proceso de ulceración progresá y se completa. Semejante variedad, desde el punto de vista clínico y pronóstico, se considera de las peores, tanto por su extensión como por las lesiones que presenta así como la formación de nuevo surco que confluye produciendo nuevas úlceras.

El aspecto de las lesiones es a veces curioso. Pueden presentar bordes elevados y el centro deprimido, excavado, o el aspecto exuberante hipertrófico.

Esta hipertrofia puede revestir el aspecto serpiginoso, nodular, papilomatoso, pseudo-elefancíaco, existiendo en los surcos espacios libres o sobre la propia lesión una costra sucia o amarillenta según el tiempo de la enfermedad y los hábitos individuales de higiene.

J. Galloway dice: "Que el olor de tal superficie viene a ser muy desagradable, y es bien sabido que el carácter especial que posee le permite reconocer sólo por el olfato." Flu, que inspiró a Galloway, parece no reconocer la razón de considerar ese olor como característico. Tampoco en nuestros enfermos se notó mal olor.

En el período de estadio las lesiones aumentan por invasión periférica, por continuidad mucho más en el Granuloma de la piel, siempre extenso y superficial. En tal caso, el proceso empieza por la ulceración de las lesiones primitivas, siendo las más vulgares las variedades simplemente ulcerosas, úlcero-serpiginosas, fagedénicas y fungosas.

Los sitios de elección de estas lesiones son en el hombre, el glande, el púbis, el escroto, las regiones inguinales y el ano; en la mujer, los grandes y pequeños labios, la vagina y el ano. Tanto en uno como en otro caso las lesiones granulomatósicas se pueden propagar a las regiones perigenitales, tales como el muslo, las ralgas y el bajo vientre.

A veces se localiza en la boca. Las perversiones del sentido genital son factores importantes de la localización del Granuloma Venéreo en partes extragenitales.

4.º Período terminal.—Espontáneamente puede aparecer tejido cicatricial en el centro o en la margen de las ulceraciones.

Este proceso de reparación llega a la cicatrización que puede ser completa y obtenerse la curación.

Las cicatrices son casi siempre lisas; pero no son raros los casos de cicatrices viciosas que entrañan retracción de tejidos, estenosis, obstrucción parcial y hasta total de los orificios naturales. Parece ser debido a eso que se le haya llamado a la enfermedad "Sclerotising or Ulcerating Granuloma" denominación empleada por Daniels.

9.—COMPLICACIONES

Alcabamos de ver que las cicatrices podían ser verdaderas complicaciones cuando producen retracciones o estenosis. A veces las complicaciones son debidas al sitio de las lesiones o a su marcha invasora.

Digno de conocerse es el caso que refiere el Doctor Souza-Araujo de un enfermo que padecía de Granuloma Venéreo hacia cuatro años, y cuyas lesiones asentaban en el abdomen, regiones genital y perigenital, ano, nalgas y, por último región sacro-lumbar donde una escara enorme se formó y causó la muerte por caquexia después de grandes sufrimientos.

Por su marcha violenta el caso de *Cleeland y Hickinbotham* en que se formó una cloaca por la destrucción del tabique recto vaginal.

El de *Fowler* con perforación de la vejiga.

Complicación inesperada la del enfermo de *Wells* referido también por el Doctor *Souza-Araujo* ocurrido en Kasuali, Panjab (India) de una muchacha que tenía grandes y graves lesiones granulomatosas. En tales condiciones fué fecundada y llegando al final del embarazo fué necesario hacer la operación cesárea, porque las lesiones comprendían la vagina, la vulva, el periné y el ano.

Otro caso interesante referido por *Da-Matta* de un sujeto en el que se produjo la destrucción del glande y gran parte del cuerpo cavernoso; atribuido a un cáncer no siendo más que Granuloma.

Como complicaciones están también las que se ocasionan por infecciones secundarias: Erisipela, Peritonitis, etc.

10.—FORMAS CLÍNICAS

Todas las variedades y formas clínicas del Granuloma Venéreo se pueden agrupar para facilitar el diagnóstico.

Clasificación de Terra y Rabello.

- (a) Granuloma ulceroso con lesiones hipertróficas vegetantes y algunas veces fungosas.
- (b) Granuloma con gran ulceración de bordes no elevados en cuyo fondo existen numerosos botones carnosos aplanados, recubiertos de una capa pultácea gris perla.
- (c) Granuloma con lesiones esclerosantes con ulceraciones vegetantes en el centro.

Clasificación de Souza - Araujo.

- (a) Forma ulcerosa
 - Serpiginosa
 - de bordes elevados.
 - de bordes no elevados.
 - No serpiginosa
 - de bordes elevados.
 - de bordes no elevados.
- (b) Forma hipertrófica
 - Serpiginosa
 - fungosa.
 - papilomatosa.
 - No serpiginosa
 - fungosa.
 - papilomatosa.

11.—EVOLUCIÓN

La marcha de la enfermedad hacia la cronicidad es uno de los caracteres de la misma. Tiene la tendencia a crecer y persistir indefinidamente si no se trata.

El Doctor Souza-Araujo refiere una recidiva del 12 % en los tratados por el emético.

La muerte puede observarse por una de las complicaciones enumeradas anteriormente, o por una afección intercurrente.

12.—DIAGNÓSTICO

1.º—Clínico. 2.º—Bacteriológico. 3.º—Histológico.

(1.º) Diagnóstico Clínico: Por sus lesiones primitivas, pápula, vesícula o pústula es difícil hacer el diagnóstico, a menos que se haya comprobado el contagio granulomatoso; pero sí se puede hacer por el examen bacteriológico.

En el segundo o tercer período es suficiente a veces la Clínica para reconocer la naturaleza de la afección, basta recordar que se trata de lesiones ulcerosas o vegetantes, crónicas, de asiento

en los órganos genitales externos o su vecindad; de bordes elevados o no, pero no despegados que dan un exudado de mal olor y de color de sanguaza; poco dolorosa como sangrando ligeramente, que no repercute sobre el sistema ganglionar sino accidentalmente, y por la formación en algunos casos antiguos de cicatrices lívidas y poco resistentes en lugares anteriormente atacados, en la periferia o en el centro. Este diagnóstico necesita la comprobación bacteriológica e histológica. Es conveniente también hacer la reacción de Wassermann para comprobar si se trata de Granuloma Venéreo puro o de una infección mixta.

Diagnóstico diferencial: Debe hacerse (a) con la tuberculosis de los órganos genitales externos, ambas afecciones pueden revestir los aspectos vegetantes o ulcerosos, hipertróficos o mixtos de muy larga duración que no repercuten sobre el sistema ganglionar, ni sobre el estado general sino muy accidentalmente; su comienzo por nódulos, vesículas, o pústulas, etc. Es el laboratorio el que resuelve este problema; en el Granuloma Venéreo ausencia de bacilos de Koch, en los frotes y cortes; ausencia de células gigantes y la no tuberculización de los animales del laboratorio por inoculación, ni de producto patológico, ni de los gérmenes obtenidos por cultivo. Además los datos positivos bacteriológicos e histológicos del Granuloma Venéreo.

(b) Con la sífilis con la cual se confunde tan amenudo, por la tendencia tan frecuente de atribuirlo todo a ella. A veces es muy difícil separarlo de ella, pues un sifilitico puede ser también granulomatoso.

Los datos diferenciales son: la larga duración de una lesión granulomatosa; la ausencia de otros estigmas de sífilis (salvo en las infecciones mixtas); la ausencia de infartos ganglionares; la ineffectiva del tratamiento anti-sifilitico. Los condilomas sifiliticos pueden algunas veces confundirse con el Granuloma Venéreo de forma hipertrófica papilomatosa; pero el examen del laboratorio y el resultado del tratamiento sacan de la duda.

Muchas veces el accidente primitivo de la sífilis puede semellar a un Granuloma Venéreo incipiente; pero este último no se acompaña de bubón satélite.

Autores competentes como Galloway, Seibert, Renner, Plehn, Jeanselme y otros reconocen que el Granuloma Venéreo no tiene que ver nada con la sífilis ni con el chancre blando; y que se pueden adquirir estas enfermedades al mismo tiempo o después del Granuloma Venéreo.

(c) Con el chancre blando. Este puede ser confundido con el Granuloma incipiente; pero la evolución establece el diagnóstico. Los chancros fagedénicos a primera vista simulan la lesión

granulamotosa, pero el laboratorio y la terapéutica establecen la distinción.

También la actinomicosis, el muermo, la framboesia, la esporotricosis, las leshmaniosis y la úlcera tropical (*ulcus tropicum*) pueden prestarse a confusión; pero además de su rareza, no tienen tendencia a la localización genital; y en todo caso por medio del laboratorio se establece el diagnóstico.

Con el estiómeno de la vulva, denominación que ha servido para designar afecciones de naturaleza diferente: tuberculosa, sifilitica o cancerosa, aquí también el examen bacteriológico e histológico permite establecer el diagnóstico en los casos dudosos.

2.º *Diagnóstico bacteriológico*.—Los caracteres propios del *Kalymmato-Bacterium-Granulomatis* de Donovan, Arogão-Vianna son: 1.º—Inmovilidad; 2.º—Gram negativo; 3.º—Diplococo encapsulado o diplobacilo tanto en sus cultivos como en las lesiones; 4.º—Su modo de división o segmentación característicos; 5.º—Los caracteres de sus cultivos; 6.º—La ausencia de aglutinación, vacuno-terapia, sueroterapia ni suero-diagnóstico.

Caracteres comunes de los diplococos encapsulados.—Estos han sido bien estudiados por *Guido Banti* (1915). Las bacterias encapsuladas se presentan muchas veces en forma de cocos de un diámetro de ocho décimas de micrón a un micrón o en forma de bacilos cortos. Tanto los cocos como los bacilos cortos están rodeados de una cápsula redonda, a veces ovalar. Tomados de los cultivos, ofrecen un polimorfismo singular, presentándose en forma redonda, bacilar y filamentosa y el cultivo envejece. Son inmóviles; no forman esporas; no toman el Gram, y no licúan la gelatina. Tienen una acción patógena muy manifiesta sobre el ratón y la rata, en los cuales, en inyección subcutánea o intravenosa, producen septicemias mortales en dos o tres días. Germinan en los medios habituales de cultivo.

3.º *Diagnóstico histológico diferencial*.—Un examen superficial ha podido confundir el *Granuloma Venéreo*, con el *cancroide* de la piel, el *lupus tuberculoso*, el *lupus vulgar* y las formas elefanciacas.

El *cancroide* se caracteriza, por la invasión neoplásica epitelial, y por la presencia de las perlas *cancroideas*.

El *lupus tuberculoso*, se revela por el *tubérculo*, cuyo examen bacteriológico basta para diferenciar los dos procesos, así como las células gigantes. El *lupus vulgar* se diferencia por sus células epiteloides y células gigantes. Puede encontrarse a veces el bacilo de Koch. El *nódulo luposo*, sufre la degeneración caseosa, y por lo mismo ofrece en su centro un *detritus* o masa finamente granulosa, difícilmente coloreable, con restos de núcleos que se colorean fuertemente.

Las formas elefancíacas de las partes genitales nacidas a expensas de estados inflamatorios crónicos, diferentes de la Elefantiasis de los árabes, formas que siguen a la extirpación profunda de ganglios linfáticos, procesos cicatriciales, urogenitales; y del recto, úlcera cruris, así como en el lupus y goma de la extremidad inferior, se distinguen por la formación en masa del tejido conjuntivo, con ausencia casi completa de fenómenos irritativos.

El Granuloma Venéreo presenta relaciones más cercanas con las lesiones sifilíticas, particularmente con el condiloma y con las gomas sifilíticas, en las cuales existen constantemente células epitelioides y células gigantes, que en el Granuloma Venéreo faltan.

13.—PRONÓSTICO

El pronóstico, *Quoad Vitam et Quoad Valetudinem*, como dice el D'lector Souza-Araujo, es siempre bueno.

La restitución completa se puede observar cuando el proceso patológico no ha ocasionado graves daños en vísceras vecinas (vejiga, intestino, etc.) y empleando la emeticoterapia o la radioterapia.

14.—PROFILAXIA

Siendo el principal modo de propagación el contacto sexual; debe evitarse el contagio por los mismos medios que se ponen en practicada en las otras enfermedades venéreas.

La abstención hasta la época del matrimonio sería lo más seguro; pero es prácticamente imposible.

Las reglas higiénicas deben ser estrictamente observadas; y el uso de los antisépticos, tanto antes como después de verificar el coito es necesario. Entre estos se deberá elegir las soluciones de sublimado corrosivo o de permanganato de potasa a los cuales no resiste el *Kalymmato-Bacterium*.

Como profilaxia social el Doctor Souza-Araujo aconseja las inyecciones intravenosas de emético, en todos los enfermos, hasta obtener su curación completa.

15.—TRATAMIENTO

El Granuloma Venéreo ha sido notable por su rebeldía a todos los medicamentos. El ácido salicílico y el ungüento creosotado constituían el tratamiento que, en la Guayana Inglesa preconizaron, Conyers y Daniels y que tampoco ha dado resultado porque la recidiva es la regla. Los mercuriales y arsenicales, así como los cáusticos químicos, no tienen eficacia. Otro tanto se puede decir del tratamiento operatorio, pues la extirpación de los

tejidos enfermos y los tejidos sanos vecinos o la cauterización de los primeros, ha sido seguida siempre de la aparición de nuevas lesiones granulomatosas.

Los tratamientos verdaderamente eficaces son: la eméticoterapia y la radioterapia.

Radioterapia.

Los rayos X empleados por el Doctor Mac-Leod, quien comprobó su eficacia en un enfermo presentado a la Sociedad Dermatológica de Londres en Febrero de 1917; fueron empleados con el mismo éxito por Sequeira, Mac-Lennan, Holznecht.

El Doctor Souza-Araujo, que ha hecho varias observaciones de Granuloma Venéreo en enfermos tratados por los rayos X, indica como eficaces las dosis *sabour-noiré* para las tiñas o sean cinco unidades H durante doce minutos con la penetración correspondiente al N.º 7 del radiocronómetro de Benoist. Estas aplicaciones fueron hechas con intervalos de 12 a 15 días sin reacciones perjudiciales, bastando cuatro aplicaciones de rayos X, equivalentes a 20 unidades H, para obtener la curación. Resultados favorables ha obtenido con la asociación de los rayos X a la eméticoterapia.

Emeticoterapia.

El tartrato doble de antimonio y potasio, cuyas propiedades y acción fisiológica fueron descubiertas por Adrien Mynsicht en 1631; fué empleado contra las afecciones provocadas por protozoarios según las indicaciones de Mesnil y Nicolle en 1906.

Ha sido sobre todo contra la Enfermedad del Sueño que Patrick Manson utilizó las inyecciones sub-cutáneas de tártaro emético en la especie humana. Debido a la reacción local intensa que los enfermos experimentaron, se vió obligado a abandonar esta vía sustituyéndola por la vía oral.

Más tarde, Broden-Rhodain y Leboeuf emplearon la vía intravenosa con el mismo fin.

Paul Salmón la empleó en la Fiebre Recurrente, la Espirolosis de las gallináceas, y en la sífilis.

Los resultados verdaderamente positivos son los del Doctor Kerandel, en 1910 estando él mismo atacado de la Enfermedad del Sueño, empleó las inyecciones intravenosas de tártaro estibiado y quedó completamente curado. Tal acontecimiento tan trascendental, fué el que vino a generalizar el empleo del emético ya no sólo en la Enfermedad del Sueño, sino también en la Leschmaniosis, el Kala-azar, el Botón de Oriente y el Granuloma Venéreo.

En el Brasil fué Gaspar Vianna quien publicó los resultados obtenidos con el empleo de las inyecciones intravenosas de tártaro estibiado, al 1%, contra las Leschmaniosis y el Granuloma Venéreo. He aquí la técnica que empleó: el suero fisiológico y el tártaro, en la proporción al 1% eran esterilizados por filtración. La dosis para cada inyección osciló entre 60 y 120 centímetros cúbicos, en días alternos. Despues de las primeras inyecciones el prurito, el ardor y la secreción aumentaron, para desaparecer por completo al cabo de una a dos semanas de tratamiento. Los gérmenes desaparecieron al cabo de seis inyecciones. Con la desaparición de éstos, coincidió la cicatrización de las lesiones por islotes centrales al mismo tiempo que por los bordes.

Aragão y Vianna sustituyeron más tarde las soluciones al 1% por las al 1% y notaron que los accesos de tos, los dolores articulares que los pacientes presentaban con las soluciones al 1% eran mucho más raras con las soluciones al 1%. Además la cicatrización era más rápida.

La solución al 1% en suero fisiológico era preparada en frío. Dicha solución era después esterilizada por filtración y más tarde recibida en ampollas de cristal de 10 cc. de capacidad previamente esterilizadas y después cerradas a la lámpara.

El Doctor Leocadio Chávez, de Minas Geraes, (Brasil) sustituyó la esterilización por filtración por la esterilización previa de la sal, poniendo ésta por algún tiempo en cloroformo y después evaporando esta última sustancia.

Gaspar Vianna y Oscar d'Utra aconsejan poner mucho cuidado al llenar las ampollas a fin de evitar que se mojen las paredes de la extremidad afilada; porque al cerrarlas la parte mojada se seca formando partículas sólidas, cristales o depósitos que no se disuelven y pueden provocar al inyectarse en la vena accidentes graves.

El Lic. don Juan F. Melgar, que es el único que ha preparado en Guatemala dichas inyecciones, confirma la recomendación hecha por los señores Vianna y d'Utra, y recomienda: "que después de llenarlas se dejen verticales y quietas por espacio de dos horas, con el objeto de evitar la formación de dichos cristales al cerrar con el dardo del soplete el extremo abierto de los ampollas."

El tratamiento por las inyecciones intravenosas se ha generalizado notablemente. En Buenos Aires fué el Dr. Souza-Araujo quien lo empleó por primera vez; George Low en Londres. El Doctor Oseguera en México y el Doctor Santa Cruz en Guatemala.

La técnica empleada no varía en nada de la de las otras inyecciones intravenosas, debe tenerse mucho cuidado para que el líquido no se extravase, pues la solución es cáustica y por consiguiente

muy dolorosa pudiendo dar lugar a la mortificación de los tejidos.

Las inyecciones se practican cada dos días. Debe además aumentarse la dosis progresivamente hasta llegar a 12 o 15 centígramos, que es una dosis que excepcionalmente debe sobrepassarse, y a la que no se llegará sino después de haber ido aumentando progresivamente la dosis inicial. Esta es de dos centígramos, la segunda inyección también de dos centígramos; a la tercera, cuarta y quinta inyección la dosis se aumenta a 5 centígramos. Así se continuará el tratamiento aumentando poco a poco las dosis para evitar fenómenos tóxicos. Cuando se haya alcanzado la dosis máxima, 12 a 15 centígramos se le sostendrá por varios días; pero después se irá disminuyendo progresivamente hasta llegar a la dosis inicial. Si fuere necesario se podría repetir de nuevo el tratamiento en la misma forma, pero después de haber dejado que el paciente descance varios días.

La cantidad total del emético inyectada no llega casi nunca a 5 gramos, pues 4 gramos a 4 1/2 gramos son suficientes para obtener la curación, aún en lesiones muy avanzadas.

La vía oral ha sido también empleada para la administración del emético por los médicos americanos.

En Puerto Rico Guilliani, en 1920; preconizó las soluciones al 1% de la misma sustancia, en irrigaciones locales. El tratamiento de Guilliani nos dió excelentes resultados particularmente en el enfermo N.º 2, en el que nos vimos obligados a suspender la vía endovenosa debido a la intolerancia de la absorción del medicamento.

Los Doctores Borja y Amaral de Bahía (Brasil) emplearon la solución de emético al 4% en el tratamiento de las Leischmanosis sin ningún inconveniente. Afirman la superioridad de la solución a este título debido a la rapidez con que cicatrizan las lesiones. Las soluciones de esta misma concentración deberían usarse en el tratamiento del Granuloma Venéreo.

Ultimamente en el "Nederlandsch Fijdschrift V. Geneeskunde," revista publicada en Amsterdam,—Número del 1.º de enero de 1921—C. E. Benjamins refiere los buenos resultados obtenidos en diferentes infecciones con las inyecciones intravenosas de tártaro emético, siendo de verdadero mérito los resultados obtenidos en el Paludismo Crónico.

SEGUNDA PARTE

EL GRANULOMA VENÉREO EN GUATEMALA

HISTORIA

Es indudable que desde hace mucho tiempo existe entre nosotros esta enfermedad que ha sido ignorada.

Médicos a quienes he referido este estudio, o que han tenido oportunidad de leer en algunas revistas recientes, trabajos sobre el mismo tema; dicen que recuerdan haber visto en varias ocasiones enfermos que presentaban lesiones ulcerosas localizadas a los órganos genitales y partes vecinas, que han sido rebeldes a los tratamientos antisépticos, quirúrgicos y anti-sifilíticos. Tales enfermos cansados ya de un tratamiento, buscaban alivio en un hospital o con otro médico, después con otro y al cabo de varios años volvían a aquél que tenían más fe. Esto ha sucedido no solamente aquí sino en todas partes, pues hasta muchos años después de conocida la enfermedad se encontraron los tratamientos eficaces.

Consulté los archivos del Hospital General con el objeto de inquirir si habían observaciones de Granuloma Venéreo; y comprobé que el primer diagnóstico data de Julio de 1917.

Era un enfermo del Servicio de Vías Urinarias y Enfermedades Venéreas, del que es Jefe el Doctor Máximo Santa Cruz. Dicho paciente que presentaba ulceraciones inguinales y perineales con apariencia chancrosa, las que tenían más de un año de evolución, llevaba varios meses de estar en el servicio, en el que se le había seguido un tratamiento como para un chancro blando.

El Doctor Santa Cruz, que había leído con atención los trabajos de "Granuloma Venéreo" en las "Memorias Do-Instituto Oswaldo Cruz" hechos por Aragão y Vianna, así como los de Souza-Araujo; y la segunda observación de los Doctores Roffo y Zárate publicados en la revista de la Asociación Médica Argentina, de Marzo y Abril de 1916, comparó las lesiones presentadas por su paciente con las de los enfermos de Granuloma Venéreo citados por dichos autores; y después de hacer un examen deteniendo, creyó estar en presencia de un Granulomatoso. Recurrió al examen bacteriológico y encontró tanto en los frotos como en los cultivos, el agente causal: el *Kalymmato-Bacterium-Granulomatis-Donovan*, Aragão-Vianna. Empleó el tratamiento por el emético aconsejado por dichos autores en el Brasil, contra la misma enfermedad; y al cabo de seis semanas el enfermo estaba completamente curado.

Este trabajo no pudo publicarse por haber sobrevenido los terremotos de Diciembre de 1917 y Enero de 1918, que destruyeron completamente el edificio de la Facultad de Medicina y Farmacia, en cuyo laboratorio Bacteriológico había hecho sus trabajos el Doctor Santa Cruz, los que se extraviaron por el mismo motivo.

Es, pues, al Doctor Máximo Santa Cruz a quien se le debe el mérito de haber encontrado y tratado el primer enfermo de Granuloma Venéreo en Guatemala.

Habiéndose destruido, también, por los mismos terremotos, el Hospital General; al improvisarlo quedó suspendido el Servicio de Vías Urinarias y Enfermedades Venéreas, hasta el 15 de junio de 1920. Y pocos días después de abierto este servicio apareció otro enfermo, el número 1 de mis observaciones. Siendo externo de dicho servicio aproveché la lección que el Doctor Santa Cruz nos dió en ese enfermo acerca del "Granuloma Venéreo;" me hice cargo de dicho enfermo como de los dos que se presentaron más adelante y me propuse estudiar esta enfermedad para lo cual consulté cuantas revistas y textos pude, y así logré formar la bibliografía que al final se encuentra, en la que figuran, como los mejores trabajos llevados a cabo respecto a la enfermedad que estudio, los de Souza-Araujo, de Aragão-Vianna, de Terra y Rabello, de Octavio Torres y de Da-Matta en el Brasil; de Roffo y Zárate en la Argentina, de Osegueda en México y de Goodman en los Estados Unidos.

A la dirección del mismo Doctor Santa Cruz (Profesor de Bacteriología de la Facultad y a la cooperación del Br. H. Montano N. (ayudante del laboratorio) debo los trabajos de Bacteriología.

Hicimos frotos con el pus y serosidad de las lesiones, ciñéndonos a la técnica que anteriormente referí. También hicimos cultivos en caldo, gelosa, gelatina, patata y en el medio de Sabouraud que, como sabemos, es el medio de diagnóstico. En los tres enfermos que presento más adelante logramos cultivar el *Kalymmato-Bacterium-Granulomatis*.

A causa de la pobreza a que se redujo después de los terremotos el laboratorio bacteriológico provisional de la Facultad; no fué posible hacer un estudio minucioso de Anatomía Patológica, como era necesario haberlo hecho.

Visité el Hospital de Venéreas en el que no encontré ninguna paciente de esta enfermedad.

Habiendo notado que los tres enfermos que estudié, así como el primero que el Doctor Santa Cruz curó, procedían del Norte de la República; y que los tres primeros habían estado en varias ocasiones en el Hospital de Quiriguá, en Marzo del corriente año

hice una visita a dicho Hospital y recorrió también algunas poblaciones vecinas con el objeto de recoger algunos datos.

Hablé con el Director del Hospital de Quiriguá, quien al mismo tiempo es jefe de varios servicios. Le pregunté cuál había sido su opinión acerca de los enfermos números 1, 2 y 3 de mis observaciones y me dijo: "que había dudado si las lesiones que dichos enfermos presentaron eran de naturaleza sifilitica, tuberculosa o si se trataba de un chancre blando fagedénico. Que empleó sin éxito los mercuriales, los antisépticos locales, el termo-cauterio y la resección de los tejidos enfermos y gran parte del tejido sano vecino." Me refirió también: "que en los seis años que lleva de permanecer en aquel Hospital no ha observado más que cinco enfermos," tres de los cuales son los mencionados ya.

En las investigaciones que hice en algunas fincas del mismo distrito, donde pude ver que la mayoría de los trabajadores son negros, unos nacidos en el país, otros naturales de Jamaica, Belice, Antillas, Estados Unidos; y otros llamados "coolies" nacidos en la India Inglesa. Unos de ellos llamado Ragoo, me refirió las costumbres de su país, lo frecuente que allá son las enfermedades venéreas debido a lo generalizada que está la prostitución.

Vimos a propósito de la historia del "Granuloma Venéreo," que esta enfermedad fué estudiada por primera vez en la India, en donde es muy frecuente; no sería, pues, raro que habiendo venido individuos originarios de dicha tierra, hayan sido ellos los que nos la trajeron.

Difícil o imposible sería querer averiguar en qué fecha apareció el primer caso y de dónde procedía.

Al recorrer varias fincas de aquella zona (Quiriguá) encon-
eré en una de ellas: "El Pilar" a los enfermos 1 y 2 de mis ob-
servaciones; y con gusto comprobé que estaban perfectamente cu-
rados, después de tres meses que hacía de la suspensión completa
del tratamiento. Ambos habían vuelto a sus ocupaciones habi-
tuales.

Debo mencionar en este bosquejo histórico al Licenciado don Juan F. Melgar que hasta hoy ha sido el único que ha preparado las inyecciones de tártaro estibiado para uso endovenoso, siguiendo la técnica indicada ya.

Los caracteres clínicos de las lesiones presentadas por los cuatro enfermos observados; la comprobación de la existencia del *Kalymmato-Bacterium-Granulomatis* en todos los casos, y por último, la eficacia de la emético-terapia, nos permiten afirmar que los casos de Granuloma Venéreo observados en Guatemala son idénticos Clínica y Bacteriológicamente a los señalados por diversos médicos en otras partes del mundo.

OBSERVACION N.º 1

C. G.—Originario de Cabañas (Departamento de Zacapa).—De 32 años de edad.—Soltero.—Residente en Quiriguá; sin haber salido nunca de la República.—Ingresó al Servicio de Vías Uretrarias y Enfermedades Venéreas del Hospital General el día 15 de julio de 1920.

Antecedentes personales.

Gripe, paludismo, disentería. Niega todo dato que pueda hacer pensar en la Sífilis.

Antecedentes hereditarios.

Los padres viven y son sanos.

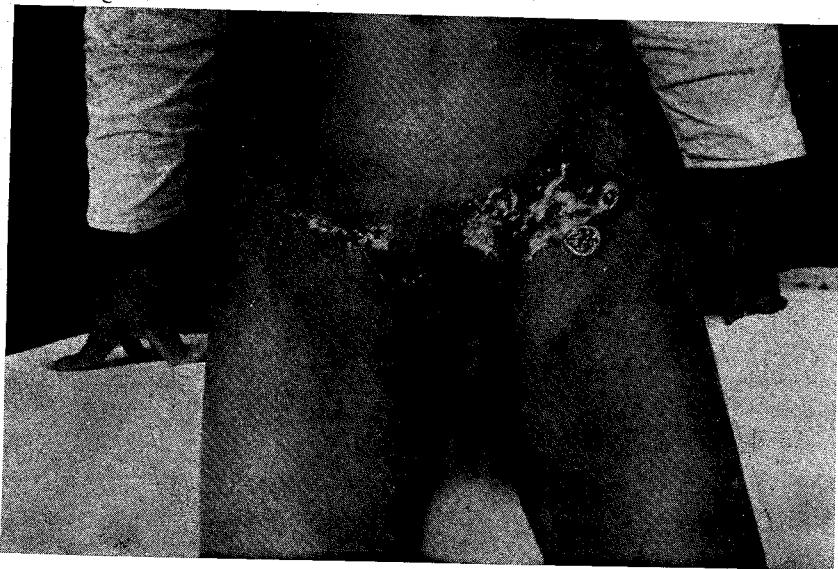
Antecedentes colaterales.

Sin importancia para el caso.

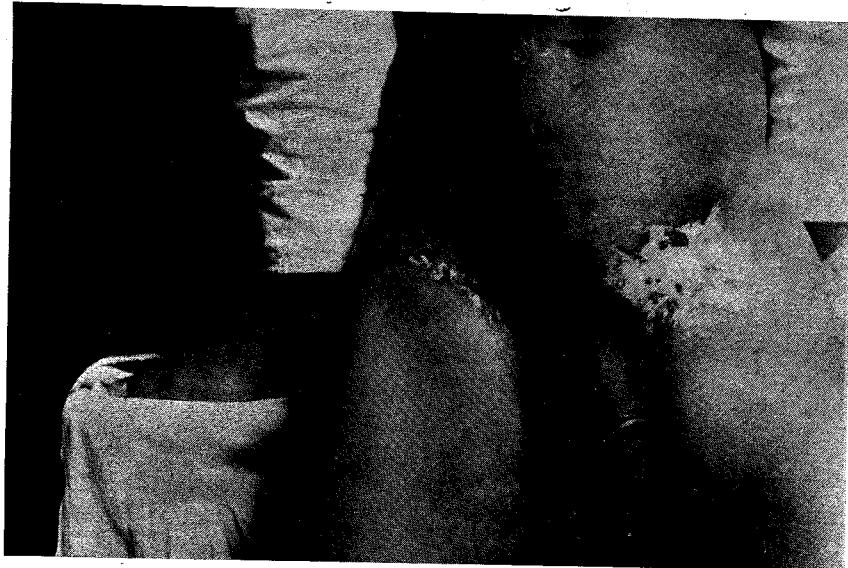
HISTORIA

Hace quince meses que a los diez días de haber tenido un coito con una prostituta, notó que, en la raíz del pene había salido una ulceración muy pequeña que cicatrizó a los quince o veinte días. Al mes notó otra un poco mayor que la primera en la parte interna y superior del muslo derecho. Esta le causó mucho prurito obligándolo a rascarse, por cuyo motivo la ulceración se agrandó considerablemente. Trató de curarse en su casa con polvos antisépticos, pero no obtuvo el resultado apetecido. Se dirigió entonces al Hospital de Quiriguá y allá permaneció más de un mes durante el cual le trajeron las lesiones cauterizándolas con nitrato de plata y con el termocauterio. Mejoró mucho y cuando se consideró curado volvió a sus ocupaciones habituales, pero no tardó en convencerse que su curación no era real. Las lesiones avanzaban y nuevas ulceraciones tomaban nacimiento al rededor de las antiguas a las cuales se unían para agrandarlas. Volvió al Hospital de Quiriguá, en donde le operaron haciéndole una resección no sólo de los tejidos enfermos sino de una gran parte de tejido sano vecino. La herida operatoria cicatrizó. También le administraron tres inyecciones de Salvarsán.

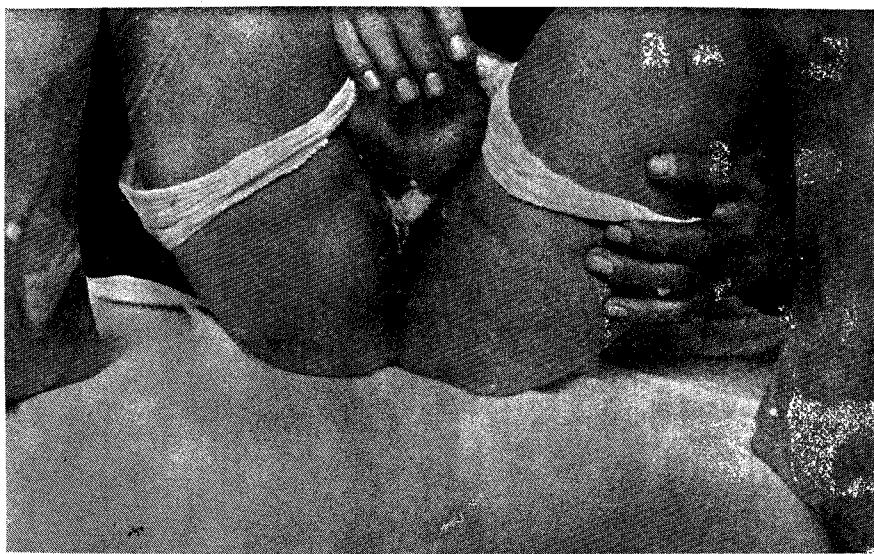
Al mismo tiempo que habían evolucionado las ulceraciones del lado derecho, en el lado izquierdo otras más pequeñas y con los mismos caracteres de las del lado derecho aparecieron. Todas



C. G.—A su entrada al Servicio de Vías Urinarias y Enfermedades Venéreas del Hospital General.



El mismo, después del tratamiento específico.



C. G. -- A su entrada al Servicio de Vías Urinarias y Enfermedades Venéreas del Hospital General.



El mismo, después del tratamiento específico.

escurrían un líquido algunas veces sanguinolento, pero lo más a menudo de un color amarillo oscuro.

En Abril de este año principió a salirle otra ulceración cerca del ano la cual ha ido creciendo cada día más, impidiéndole sentarse y marchar. Desde el 10 de Mayo ingresó a este Hospital al segundo servicio de Cirugía de hombres en donde le han estado curando con pomadas y polvos antisépticos, también le han administrado jarabe de Gibert y puesto doce inyecciones de biyoduro de mercurio, pero no ha notado mejoría.

EXAMEN DEL ENFERMO

Sujeto moreno, alto y de buena constitución.

Examen local.—El pliegue inguinal derecho presenta una cicatriz de coloración blanquecina con islotes pigmentados ocupando el tercio medio e interno. Por arriba de dicha cicatriz se ven tres ulceraciones ya en vía de cicatrización. En la región inguinal izquierda existe una cicatriz grande, rosada, por arriba de la cual se encuentran tres ulceraciones irregulares, separadas las unas de las otras por intervalos de piel sana. Por abajo de ella dos ulceraciones una de las cuales casi redonda con un diámetro de cuatro centímetros, es la más inferior del grupo; y la otra, alargada, de bordes irregulares situada por arriba de la anterior es la más externa. Dichas ulceraciones tienen su fondo cubierto de botones carnosos que sangran fácilmente y del cual vierte un *exudado que no despidé mal olor*. La palpación de estas lesiones es ligeramente dolorosa.

En el perinéo, vecino al ano (región ano escrotal); hay una ulceración alargada, profunda, y sensible a la palpación.

No hay ganglios hipertrofiados.

Diagnóstico.—Granuloma Venéreo de forma ulcerosa no serpiginosa y de bordes no elevados.—Diagnóstico que se comprobó dos días más tarde por el examen bacteriológico hecho de la siguiente manera: después de lavar la ulceración con suero fisiológico, tomamos botones granulomatosos de uno de los bordes; hicimos frotos, y cultivos en los medios de Saboureaud, gelatina, gelosa, etc.; encontrando en todos ellos el agente específico: el Kalymmato-Bacterium-Granulomatis-Donovan, Aragão-Vianna.

TRATAMIENTO

Desde el primer día se le pusieron curaciones húmedas con suero fisiológico; y las inyecciones intravenosas de tártaro eméti-

co en la solución al 1% se le administraron desde el día 20 de Septiembre en la forma que sigue:

Número de inyecciones	Dosis de cada inyección	Fecha	Total
1 inyección de	2 ½ centigramos ..	20 de Septiembre	2 ½ centgs.
1 " " ..	4 " ..	22 ..	4 "
3 inyecciones de ...	5 " ..	24, 26 y 29 de Septiembre ..	15 "
3 " " ..	5 " ..	1, 4 y 6 de Octubre ..	15 "
3 " " ..	7 ½ " ..	8, 11 y 13 de Octubre ..	22 ½ "
2 " " ..	10 " ..	15 y 18 de Octubre ..	20 "
4 " " ..	12 ½ " ..	20, 22, 24 y 27 de Octubre ..	50 "
12 " " ..	15 " ..	1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21 y 26 de Noviembre ..	1 gr. 80 "
4 " " ..	15 " ..	1, 4, 6 y 9 de Diciembre ..	60 "
1 inyección de	12 ½ " ..	13 de Diciembre ..	12 ½ "
1 " " ..	9 " ..	15 " ..	9 "
1 " " ..	7 " ..	17 " ..	7 "
3 inyecciones de ...	3 " ..	19, 22 y 24 de Diciembre ..	9 "
39 inyecciones.		Total	4 grs. 6 ½ centgs.

Intolerancia.—Se manifestó con las dos primeras inyecciones por náuseas y cefalalgia. Con las inyecciones siguientes no se manifestó ningún accidente, pero con la dosis de 12 centígramos el enfermo comenzó a sentir dolores articulares que se hicieron más penosos con las inyecciones de 15 centígramos, particularmente las últimas que se acompañaron de cefalalgia e insomnio. Tales trastornos desaparecieron cuando la dosis se disminuyó.

Curación.—Esta se manifestó a partir de la décima quinta inyección y vino a ser completa con la trigésima sexta; favorecida por las irrigaciones locales que en número de dos al día se le hicieron con la solución al 1% de tártaro estibiado desde el 7 de Diciembre hasta el día de su salida el 25 del mismo mes; en que se le dió de alta estando completamente curado.

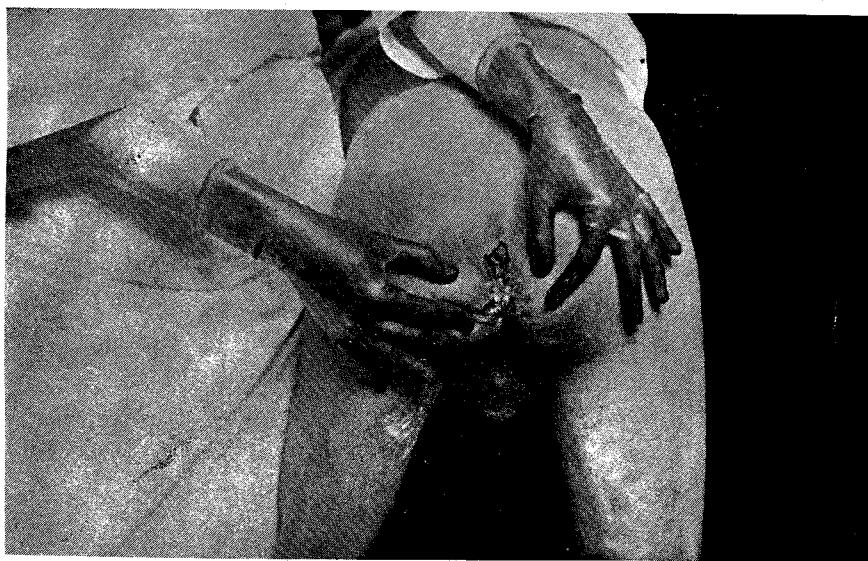
Es auténtica,

(f.) R. SANTOLINO C.

(f.) M. SANTA CRUZ V.

OBSERVACION N.º 2

F. Ch.—Originario de Río Hondo (Dpto. de Zacapa).—Residente en Gualán.—Sin haber salido nunca del territorio de la República.—Soltero.—De 38 años de edad.—Ingresó al Servicio de Vías Urinarias y enfermedades Venéreas el día 3 de Septiembre de 1920.



F. C. — A su entrada al Servicio de Vías Urinarias y Enfermedades Venéreas del Hospital General.

Antecedentes personales.

Paludismo, dispepsia desde hace 5 años. Niega todo dato que pueda hacer pensar en la Sífilis.

Antecedentes hereditarios.

Los padres viven y son sanos.

Antecedentes colaterales.

No da datos de importancia.

HISTORIA

Hace seis años que un día notó que tenía una llaguita en el pliegue inguinal izquierdo, la que fué adquiriendo mayores proporciones con el transcurso del tiempo, extendiéndose al tercio superior del músculo. Después de haber tratado de curársela con agua oxigenada y pomada de Reclús, estuvo en este servicio donde se le hicieron cauterizaciones con el termocauterio y le pusieron polvos antisépticos. Se fué bastante mejorado y no tardó tres meses en volver a este mismo Hospital, ingresando entonces a la 1.^a Sala de Cirugía, donde le administraron jarabe de Gibert, píldoras mercuriales, al mismo tiempo que le hacían curaciones locales con antisépticos. Ha estado también dos veces en el Hospital de Quiriguá; la primera vez hace tres años le hicieron un raspado; la segunda vez, en Octubre del año pasado le resecaron los tejidos enfermos y gran porción de tejidos sanos administrándole también tres dosis de Salvarsán. Ha tomado mercurio en diferentes formas y cree que su padecimiento del estómago se ha agravado a causa de los numerosos medicamentos que ha tomado. Desde hace varios meses viene padeciendo de una ulceración extendida entre el vértice del cóxis y el ano, dolorosa a la defecación, a la marcha y al sentarse. El tratamiento de esta ulceración es el principal objeto de su venida a este Hospital.

EXAMEN DEL ENFERMO

Sujeto de estatura mediana, flaco, demacrado, representando mayor edad de la que tiene.

Examen local.—En las caras anterior e interna del muslo izquierdo encontramos una vasta cicatriz de piel fina, de bordes pigmentados, mientras que el centro es blanquecino. En el pliegue inter-gluteo una ulceración de seis centímetros de diámetro, de

bordes irregulares, de fondo cubierto de botones carnosos bañados por un líquido purulento. Inmediatamente abajo de esta gran ulceración hay otras tres menores separadas de ella por intervalos de piel sana. Dichas ulceraciones no son dolorosas. El líquido que espontáneamente se escurre de ellas *no exhala mal olor*.

Sistema ganglionar normal.

DIAGNÓSTICO

Granuloma Venéreo de forma ulcerosa no serpiginosa y de bordes elevados.—Diagnóstico que fué comprobado por el examen bacteriológico hecho del mismo modo que en el enfermo anterior.

TRATAMIENTO

La emético-terapia intravenosa con la solución al 1% se principió el 20 del mismo mes en la forma que sigue:

Número de inyecciones	Dosis de cada inyección	Fecha	Total
1 inyección de	2 $\frac{1}{2}$ centigramos ..	20 de Septiembre	2 $\frac{1}{2}$ centgs.
7 inyecciones de ...	5	22, 24, 26 y 29 de Septiembre y 1, 4 y 6 de Octubre	35
3	7 $\frac{1}{2}$	8, 11 y 13 de Octubre	22 $\frac{1}{2}$
2	10	15 y 18 de Octubre	20
4	12 $\frac{1}{2}$	20, 25, 27 y 29 de Octubre	50
11	15	1, 3, 5, 7, 9, 12, 15, 17, 19, 22 y 26 de Noviembre	1 gr. 65
28 inyecciones		Total	2 grs. 95 centgs.

Intolerancia.—Se manifestó el primer día por náuseas, vómitos y cefalalgiea. Las inyecciones siguientes fueron mejor toleradas, sin embargo las náuseas aunque menos pronunciadas, siguieron presentándose; y la dispepsia de que nuestro enfermo se quejó desde su llegada fué el motivo de la suspensión del tratamiento por las inyecciones antes de la curación completa. Entonces nos vimos obligados a no emplear la emético-terapia mas que localmente la solución al 1% (Tratamiento de Guilliani); y cuando nuestro enfermo se retiró el 22 de Diciembre estaba completamente curado.

Es auténtica,

(f.) R. SANTOLINO C.

(f.) M. SANTA CRUZ V.

OBSERVACION N.º 3

S. R.—Originario de La Reforma (Dept. de Zacapa).—Residente en Teculután, sin haber salido nunca de la República.— De 38 años de edad.—Soltero.—Ladino.—De oficio comerciante.—Ingrresa al Servicio de Vías Urinarias y Enfermedades Venéreas el 21 de Septiembre de 1920.

Antecedentes personales.

Blenorragia a la edad de 15 años. Neumonía. Paludismo. (Niega todo dato que esté en favor de la Sífilis).

Antecedentes hereditarios.

El padre murió de bronco-neumonía gripal, fué siempre sano. La madre vive y es sana.

Antecedentes colaterales.

No da datos de importancia.

HISTORIA

Su padecimiento data de Diciembre de 1912, ignorando como fué el principio, pues, cuando se dió cuenta tenía ya una ulceración como de cinco centímetros de diámetro en la ingle izquierda, la que fué lentamente cicatrizando en ciertos puntos, pero avanzando por otros, de esta manera se le extendió no sólo por la cara anterior sino también por las caras externa, interna y posterior, no en toda su extensión sino dejando espacios de piel completamente sana. Ha recorrido distintos servicios de este Hospital; y en este mismo ha estado dos veces. Le han puesto varias tandas de inyecciones tanto de biyoduro como de cianuro de mercurio. Ha tomado jarabe de Gibert y píldoras mercuriales. “Ha gastado mucho dinero en específicos.” Localmente le han aplicado numerosos antisépticos y le han hecho cauterizaciones con el termo-cauterio. También ha estado en el Hospital de Zacapa y en el de Quiriguá. En este último le hicieron la misma operación que a los enfermos anteriores administrándole también tres inyecciones de Salvarsán.

EXAMEN DEL ENFERMO

Sujeto de talla media, de buena constitución.

Examen local.—En las caras anterior, externa, interna y en la mayor parte de la cara posterior se notan cicatrices de distintas dimensiones, finas, plegadas en ciertos puntos, otras completamente lisas, todas ellas están rodeadas de bordes ligeramente pigmentados. Algunas de ellas se dejan descamar con mucha facilidad. En la cara interna de la pierna derecha hay tres ulceraciones en la unión del tercio medio con el tercio superior, separadas las unas de las otras por intervalos de piel sana. El fondo de dichas ulceraciones es casi plano, pues, los botones carnosos que presenta apenas hacen relieve. Sangran con suma facilidad y no son dolorosas más que a la presión. *No despiden mal olor.*

Sistema ganglionar.—Normal.

DIAGNÓSTICO

Granuloma Venéreo de forma ulcerosa serpiginosa de bordes no elevados.—El examen bacteriológico hecho de la misma manera que en los enfermos anteriores confirmó este diagnóstico.

TRATAMIENTO

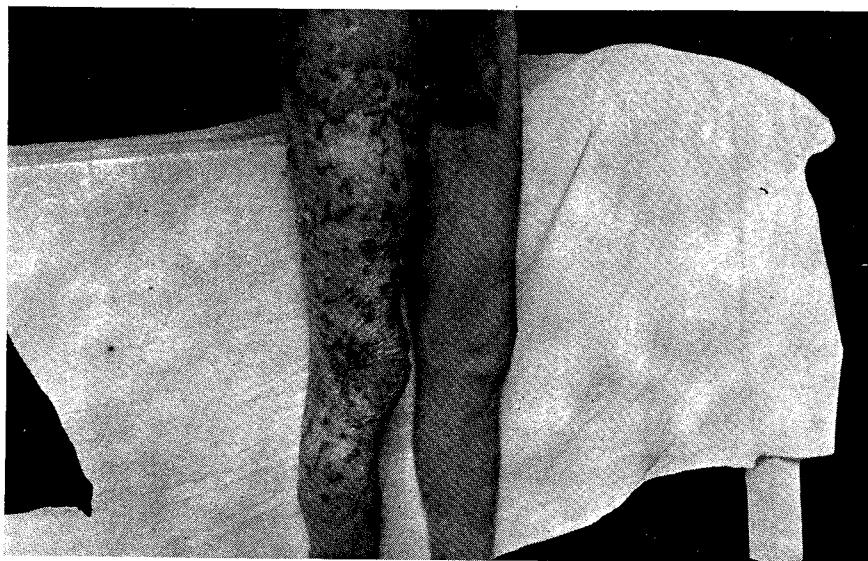
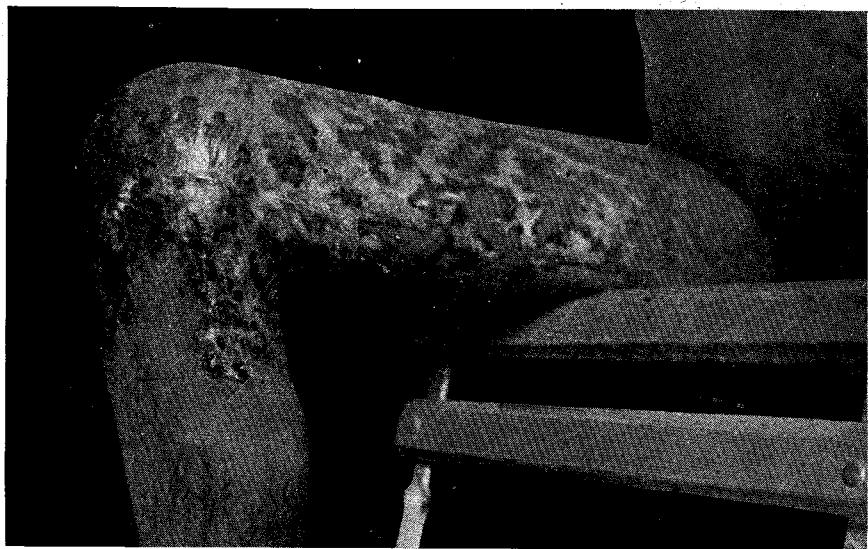
El 23 de Septiembre se inició el tratamiento por el emético empleando la solución al 1% en suero fisiológico inyectado intravenosamente. Se principió por 2 1/2 centígramos. La segunda inyección practicada dos días más tarde fué también de 2 1/2 centígramos. La tercera practicada dos días después de la anterior fué de 5 centígramos. La cuarta y la quinta de 7 1/2 centígramos, dejando transcurrir siempre un día entre ambas. La sexta y la séptima de 10 centígramos con igual intervalo. No se pudo continuar el tratamiento, porque el enfermo no quiso continuar en el Hospital.

Con sólo estas inyecciones se notó una mejoría muy marcada de las lesiones que indudablemente hubieran curado al no haber suspendido la medicación.

Es auténtica.

(f.) R. SANTOLINO C.

(f.) M. SANTA CRUZ V.



S. R.—A su entrada al Servicio de Vías Urinarias y Enfermedades Venéreas del Hospital General.

TERCERA PARTE

BIBLIOGRAFÍA

- 1896.—*Conyers and Daniels*: Lupoid Form of the so-called "Groin Ulceration" of this Colony. British Guiana Medical Annual. (Pág. 13).
- 1897.—*Galloway*: "Ulcerating Granuloma." (Histology) British Journal of Dermatology (Vol. 9. Pág. 133).
- 1898.—*Maitland*: "Chronic Venereal Sores" Indian Medical Gazette. (Pág. 164).
- Dempwolff Otto*: "Granuloma of the pudenda" Nueva Guinea. Ebenda. Archiv für Schiff und Tropen Hygiene. (Pág. 283).
- Daniels*: "Granuloma of the pudenda." Britsh Guiana Medical Annual. (Pág. 49).
- Williams*: "Ulcerating Granuloma of pudenda" Indian Medical Gazette. (Pág. 418).
- 1899.—*Maitland*: "Chronic Venereal sores or Ulcerating Granuloma." Lancet. (Pág. 1,624).
- Manson*: "Note on Ulcerating Granuloma of the pudenda." Journal of Tropical Medicine. (Pág. 156).
- Powell Arthur*: "Sclerotising Granuloma of Pudenda." Note on skin-diseases.—Indian Medical Gazette. (Pág. 167).
- Fowler*: "Perforating Granuloma of the thigh." British Guiana Medical Annual. (Pág. 22).
- 1900.—*Brault*: "Granulome Ulcereux des organes genitaux." Traité pratique de Maladies des pays Chauds et Tropicaux. (Pág. 494).
- 1901.—*Maurray*: "Chronical Venereal sores." Indian Medical Gazette. (Pág. 416).
- 1903.—*Renner*: "Notes on a Case of Ulcerating Granuloma." Journal of Tropical Medicine. (Pág. 139).

- 1903.—*Scheube*: “Diseases of Warm Countries.” Blackiston’s Son & Co. (Pág. 641. Phild).
- Scheube*: “Das Venerische Granulom.” Die Krankeiten der warmen Länder. (Pág. 718).
- 1904.—*Jeanselme*: “Granulome Ulcereux des Parties Genitales.” Cours de Dermatologie.
- Carl Mense*: “Das Venerisch-Granulom.” (Handbuch der Tropenkrankheiten. (Pág. 21).
- 1905.—*Le-Dantec*: “Granulome Ulcereux des Parties Genitales.” Precis de Pathologie Exotique.
- Donovan*: “Indian Medical Gazette. (Vol. 39. Pág. 414).
- 1906.—*Manson*: “Tropical diseases.” (5.^a Ed. Pág. 660).
- Wise*: “A note on Etiology of Granuloma of Pudenda.” British Medical Journal. (Junio 2).
- Maitland*: “Etiology of Granuloma Pudenda.” British Medical Journal. (1. 1464).
- Mac-Lennan*: “Spirochetes.” Lancet. (Pág. 1,217).
- Ehrman y Fick*: “Specielle Histopathologie der Haut.” (Viena).
- Mac-Lennan*: “Memorandum on the observation of Spirochete in Yaws and Granuloma Pudenda.” British Medical Journal (2. 995).
- 1907.—*Mac-Leod*: “Granuloma Pudenda Tropicum.” British Guiana Medical Annual. (Pág. 73).
- Seibert*: “Archiv für Schiffs und Tropen Hygiene.” (Pág. 373. Vol. 16).
- Brocq*: “Granulome Ulcereux des organes genitaux.” Dermatologie pratique.
- 1908.—*Sequeira*: “Ulcerating Granuloma of Angle and Mouth.” Transactions of Royal Society of Medicine. (Pág. 57 y 92).
- Maitland*: “Etiology of Granuloma Pudenda.” British Medical Journal. (1. 1,463).
- 1909.—*Cleeland and Hichenbothem*: “On the Etiology of Ulcerating Granuloma Pudenda.” Journal of Tropical Medicine (12. 143).
- Jeanselme et Rist*: Precis de Pathologie Exotique. (Pág 514).

- Cleeland, Bourton and Hichenbothem*: *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. (N.º 10).
- 1910.—*Salanoue-Ipin*: "Granulome Ulceraux des organes Genitaux." *Précis de Pathologie Tropicale*. (Pág. 691).
- Carter*: "Ulcerative Granuloma of Pudenda." *A Protozoal Disease*. *Lancet*. (15 Octubre. Pág. 1,128).
- 1911.—*Flu*: "Die Aetiologie des Granuloma Venereum." *Archiv für Schiffs und Tropen-Hygiene*. (Vol. 9.)
- 1912.—*Rabello E.*: "Pesquisas sobre o Granuloma venéreo." *Comunicaçao a Sociedade Brazileira de Dermatologia*.
- Seibert*: "Zur Aetiologie des Venérichen Granulom." *Archiv für Schiffs und Tropen-Hygiene*. (Vol. 16).
- Steele*: "An Investigation into Ulceration Granuloma of the Pudenda as found in the Government Lock Hospital, Western Australia. *Lancet*. (Pág. 225).
- Dr. A. Guillou*: "Granulome Ulcereux des organes Genitaux." *Manuel de Therapeutique Clinique des Maladies Tropicales*. (Pág. 332).
- Wise*: "Granuloma Pudenda and its parasite." *British Guiana Medical Annual*. (Pág. 23 y 54).
- Aragão-Vianna*: "Brasil Médico." N.º 28.
- Martini*: "Reinkultur des Erregers von Granuloma Venereum." *Deutsche Med. Wochenschrift*.
- 1913.—*Martini*: "Ueber ein Fall von Granuloma Venereum und seine Ursache." *Archiv. für Schiffs und Tropen-Hygiene*. (Vol. 17).
- Aragao-Viânnna*: "Memorias do Instituto." *Oswaldo Cruz*.
- Grindon*: "Ulcerating Granuloma Tropicum." *Journal of cutaneous Diseases*. (31. 236).
- Ramón y Cajal*: "Anatomía Patológica."
- Kohle u Wassermann*: *Handbuch der pathogenen mikroorganismen*.
- Terra y Rabello*: *Bulletin Sociedade Brazileira de Dermatologia*.
- Sabella Pietro*: "Giornale Italiano delle Malattie Venerre"
- Aragao-Viânnna*: "Bolletin de Sociedade Brazileira de Dermatalogia.
- Sabella Pietro*: "Due casi dei Granuloma Ulcerosi delle Pudendi." *Guaratu col neo-salvarsani a Tripoli Maria (Ital)*. (Anno 4 N.º 2).

- Pringle, Sequerra, Mac-Leod, Pinch, Mac-Donagh*: British Journal dermatology. (Vol. 25).
- 1914.—*Terra y Rabello*: Boletin Sociedade Brazileira de Dermatologia.
- 1915.—*Sequeira*: Diseases of the skin, Blakinston's Sons Co. Philadelphia. (Pág. 197).
- Silva*: Brasil Médico. (N.º 33).
- Silva y Araujo*: Brasil Médico. (N.º 28).
- Octavio Torres*: Brasil Médico. (Nºs. 2 y 3).
- 1916.—*Souza Araujo*: "O Granuloma Venéreo na América do Sul." Archives Brasileires de Medicine. (6. 111).
- Low*: "Tartar Emético in Ulcerating Granuloma." Transactions Society Tropical Medicine and Hygiene. (10. 37).
- Low and Newman*: "Case of Ulcerating Granuloma successfully treated by intravenous injections of Antimony. (2. 387).
- Ricono*: South African Medical Record. (Enero).
- Newham-Low*: British Medical Journal (Septiembre 16).
- Breinl and Priestley*: Medical Journal of Australia. (Marzo).
- Leon Cardenal*: "Granuloma Ulcerativo de los genitales." Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. (Pág. 451).
- Roffo y Zárate*: "Granuloma Venéreo," (2.ª Observación). Revista de la Asociación Médica Argentina. (Vol. XXIV. Pág. 293).
- A. A. Da-Matta*: Brasil Médico. (N.º 48).
- 1917.—*A. A. Da-Matta*: "Tártaro emético en las Leshmaniosis de la piel." Boletin de la Société de Pathologie Exotique. (10. 1).
- Stitt*: Diagnostics and Treatment of Tropical Diseases, Philadelphia. Blakisto's Sons Co. (Pág. 589).
- Goebel*: Chirurgie der heissen Länder.
- Castellani*: Journal of Tropical Medicine and Hygiene. (Agosto y Septiembre).
- Curjel*: Indian Medical Gazette. (Septiembre y Octubre).
- Greig*: Indian Journal of Medicine. (Abril).
- Billings*: "Ulcerating Granuloma of Pudenda." Therapeusis of internal diseases. (Vol. IV. Pág. 881).

- W. A. Pursey*: "Granuloma Inguinale Tropicum." The principles and practice of Dermatology. (Pág. 531).
- 1917.—*Lewellys and Barker*: "Granuloma Venereum." The Clinical diagnosis of internal diseases. (Tomo 2.º Pág. 381).
Musser-Kelly: "Ulcera Pudendum." Practical Treatment.
Musser-Kelly: "Ulcerating Granuloma of the Pudenda." Tropical Diseases.
- David Sanson*: "Granuloma Venereo de localização bucal." Annaes da Facultade de Medicine do Rio Janeiro. (Anno 1).
- 1918.—*Pardo*: "Ulcerating Granuloma of Pudenda." Journal of Cutaneos diseases. (Vol. 36. Pág. 206).
A. A. Da-Matta: "Granulomatosis." Amazonas Médico. (Pág. 25).
Pipjer: South African Medical Record. (Enero).
Breinl and Priestley: Journal of Tropical Medicine. (Feb. 21).
Bonne and Verhagen: Geneek-Fijdschr. v. Nederl-Indie. (Vol. LVIII. Pág. 2).
- 1919.—*Luis del Portillo*: "Tratamiento del Granuloma Venereo." Revista Española de Urología y Dermatología. (Nov. N.º 251).
Bosanquet: Parasitología. (Vol. II).
- 1920.—*P. Farreras*: "Granuloma Ulceroso de las regiones genitales." Revista Española de Medicina y Cirugía. (Nov.)
H. L. Cumming: "El tártaro d'Antimonio en el Granuloma Ulcerativo de los genitales." British Medical Journal. Nov. 20.)
A. A. Da-Matta: "Granulomatosis Ulcerativa." Semana Médica de Buenos Aires. (Sept. 23).
Hoffmann Wilhelmshaven: Revista Médica de Hamburgo. (Junio).
Herman Goodman: "Ulcerating Granuloma of the Pudenda." Archives of Dermatology and Syphilology. (Chicago Feb.)
Garnier v. Delamare: "Granulome Ulcereux des parties génitales." Dictionnaire des termes techniques de Medicine. VII ed. (Pág. 249).

- A. Guillou*: "Granulome Ulcereux des organes genitaux." Manuel de Therapeutique Clinique des Maladies Tropicales. (Pág. 332).
- 1920.—*P. A. Pesce*: "Granuloma Maligno." Revista Sud-Americana de Endocrinología, Inmunología y Quimioterapia. (Buenos Aires 15 de Agosto).
- Salvador Guilliani*: "Granuloma Venéreo." Porto-Rico Medical Assosiation Bulletin. (San Juan 15 de Junio). (N.º 126).
- Luis del Portillo*: "Tratamiento del Granuloma Venéreo." Medicina Ibera. (4 de Diciembre).
- Daniel Oseguera*: "Granuloma Venéreo." Tesis. México. (Mayo).
- Douglas Symmers*: "El Granuloma Inguinal en los Estados Unidos." The Journal of the American Medical Association. (15 de Marzo).
- Walker*: Journal Medical researches. (Enero).
- 1921.—*H. L. Cumming*: "El tártaro emético en el Granuloma Ulcerativo de los genitales." The Journal of the American Medical Association. (Revista de revistas). (Enero 15).
- A. A. Da-Matta*: "Granulomatosis Ulcerativa." The Journal of the American Medical Association (Feb. Pág. 205).
- Meredith-Campbell*: "Granuloma Inguinale." The Journal of the American Medical Association. (Marzo 5. Pág. 648. Edición Inglesa).
-

PROPOSICIONES

ANATOMÍA DESCRIPTIVA	Organos genitales externos.
ANATOMÍA PATOLÓGICA	Atrofia simple.
BACTERIOLOGÍA	Treponema Pálido.
BOTÁNICA MÉDICA	Digitalis Purpúrea.
CLÍNICA QUIRÚRGICA	Litotricia.
CLÍNICA MÉDICA	Disnea.
FARMACIA	Manera de preparar las inyecciones intravenosas de tártaro estibiado.
FISIOLOGÍA	Secreción sudoral.
FÍSICA MÉDICA	Diafanoscopía.
GINECOLOGÍA	Histerectomía vaginal (procedimiento de Doyen).
HIGIENE	Profilaxia de las enfermedades venéreas.
HISTOLOGÍA	Piel.
MEDICINA LEGAL	Sífilis y Matrimonio.
MEDICINA OPERATORIA	Resección del maxilar superior.
OBSTETRICIA	Sífilis y embarazo.
PATOLOGÍA INTERNA	Sífilis.
PATOLOGÍA EXTERNA	Lupus vulgar.
PATOLOGÍA GENERAL	Hidropesía.
QUÍMICA MÉDICA ORGÁNICA . . .	Compuestos orgánicos del antimonio.
QUÍMICA MÉDICA INORGÁNICA . .	Antimonio.
TERAPÉUTICA	Tártaro estibiado.
TOXICOLOGÍA	Intoxicación por el tártaro estibiado.
ZOOLOGÍA MÉDICA	Hematozoario de Laverán.

Artículo número 286 de la Ley de Instrucción Pública.—La tesis deberá presentarse impresa a los miembros de la Junta Directiva, con tres días de anticipación al examen público. Al fin de la tesis figurarán las proposiciones por su orden, que serán tantas cuantos sean los ramos estudiados. Sólo los candidatos son responsables de las doctrinas consignadas en las tesis.