

Tratamiento del Chanero Blando por la cauterización con el termocauterio

Señores:

El considerable número de afecciones venéreas que he tenido oportunidad de observar tanto en los hospitales de Santiago como en los de provincia, me ha inducido a elegir como tema de mi memoria el tratamiento del chanero blando por medio de la cauterización con el termocauterio de Paquelin.

Esta idea me fué sugerida al ver los excelentes resultados obtenidos en el servicio militar del hospital de Chile a cargo en ese tiempo del Curiano de ejército Luis María Meneses, quien tuvo la amabilidad de darme algunos datos que unidos a los recogidos por mí, forman el tema del presente trabajo.

Como creemos que el tratamiento del chanero no infectante por la cauterización, es aplicable solo a éste i no al sífilítico; pues este último como lo establecen Fournier, Ricord, Langlébert, Hunter etc, es una manifestación local de una infección general del organismo, anterior a la aparición del chanero; pues si illo no fuera así, la extirpación de éste impediría a la sífilis generalizarse en todo el organismo. Por esta razón me he limitado a realizar este trabajo con la descripción anatómica del chanero no infectante, seguido del Diagnóstico diferencial entre ambas especies de chanero. Este diagnóstico es seguido de la enumeración de los tratamientos en uso hoy día, contra esta afección; después vendrán las observaciones que presento como comprobantes de la superioridad del tratamiento por el termocauterio, para terminar con las conclusiones que de ellas se desprenderán, las cuales darán fin al pequeño trabajo que presento a vuestro ilustrado criterio.

Me asiste la convicción de que disculparé las faltas de que adolece el trabajo de todo principiante, que no tiene la pericia i tino de los hombres que han gastado largos años de vida, dedicados a las in-

investigaciones científicas.

Pasaremos a hacer la descripción anatómica del chancro blando.

Anatomía del chaneroide.

Este tema ha sido poco estudiado i casi todo lo que sabemos de él, lo debemos en especial a los autores alemanes. Los que mas especialmente se han ocupado de esta afección son Kaposi i Caspary; siendo la mejor la descripción dada por Kaposi que copiamos a la letra.

“El examen microscópico de un corte perpendicular, comprendiendo los bordes, las partes vecinas inflamadas, al mismo tiempo que una parte del fondo i de la base inflamada de la úlcera muestra que el punto de la piel ocupado por un chaneroide (denominación que dan los franceses al chanero) presenta dos partes distintas, las que han sufrido alteraciones anatómicas diferentes.

Desde el fondo de la úlcera hasta una profundidad considerable, se encuentra en el corion una infiltración celular uniforme i extremadamente engrosada que se continúa por debajo de las papilas intactas de los bordes de la ulceración i lateralmente mucho mas lejos que los límites del fondo. El tejido que rodea la masa infiltrada, se compone de mallas laxas i presenta células apergamadas de grandes núcleos, las que ponen en evidencia el carmin. En los bordes tumefactos, un cierto número de papilas, que se encuentran mas cerca del fondo de la úlcera, están engrosadas e infiltradas de una gran cantidad de células. La capa (de células) de las células de Malpighi está engrosada entre estas papilas. Estas se hunden en las paredes de la úlcera. El cuello de la úlcera está formado por el corion desprovisto de papilas e infiltrado de células. El corion i las papilas, en todos los

puntos en que estan infiltrados por células, mu-
estran numerosos vasos, que en su mayor parte
son sanguíneos i algunos linfáticos. Con
un aumento mas considerable la parte infil-
trada consiste en una red muiriaca de áses
de fibras, de contornos poco netos de los cuales
unos son estrechos i los otros anchos. En
esta red se encuentran células nucleadas en
abundancia, igualmente distribuidas, de las
cuales algunas son mui grandes i se aseme-
jan a los corpusculos linfáticos, i las otras
mas pequeñas. Las células que se encuen-
tran cerca del fondo de la huleca i de las
partes vecinas, son jeneralmente pequeñas
e irregulares, con núcleos diseminados. Se
encuentra tambien un gran número de
núcleos i nucleolos libres. Mas profun-
damente las células tienen jenerad-
mente la apariencia de los corpusculos
inflamatorios, pero tambien los hai muchos
mas pequeños. El engrosamiento notable de
las paredes vasculares, ofrece un gran interés, estan
aprisionadas por una red de proliferacion que se de-
be a depósitos fibrosos adventicios, paralelos a su direc-
cion. En esta red se encuentran células de grandes nú-
cleos, los vasos sanguíneos i algunos linfáticos.

Con un aumento mas considerable, la parte
infiltrada consiste en una abundantísima red de vasos
que son visibles en todos los puntos infiltrados. La de-
jeneracion de los tejidos i de las células infiltradas, no
se produce sino en la parte superior i en una estension
limitada por el área i profundidad de la infiltracion.
No hemos encontrado ningun carácter distintivo entre
la infiltracion celular del corion i la de las papilas,
en ambos la degeneracion consecutiva de esta infiltracion es
debida a procesos similares de origen comun.

Diagnóstico diferencial de las dos variedades de Chancero.

Presentando algunas veces caracteres de semejanza que hace, no solo posible, sino, casi segura la confusión entre ambas clases de chanceros, creemos de grande utilidad hacer un diagnóstico diferencial en el que describiremos, no a grandes rasgos, sino con todos sus caracteres y detalles, a fin de evitar esta confusión que tan amenudo se presenta; pues ella trae a consecuencia tratamientos inadecuados y de perniciosos efectos para el paciente; por que creo como la mayoría de los sifilógrafos modernos, que debe instituirse un tratamiento antisifítico desde la aparición del chancero infectante, dependiendo de la prontitud i energía de dicho tratamiento, la rapidex mas o menos grande con que se atenuan o detienen los estragos destructores del organismo humano. También con el objeto de evitar la aplicación de un tratamiento, que si bien no perjudicaria al enfermo, traería como consecuencia la pérdida de un tiempo precioso que debia haberse empleado en atacar la infección venerea. Por consiguiente pasamos a hacer la descripción minuciosa de las dos variedades de úlceras Chancerosas.

Una de las primeras cuestiones que se presenta, a la vista de un chancero es la siguiente: ¿En qué tiempo puede establecerse el diagnóstico preciso? No es raro que algunas personas vengán a consultar al medico con motivo de una ulceración de fecha reciente, cosa que sucede frecuentemente en la practica privada; no temiendo a

sino 24 o 28 horas i necesitan una respuesta
categorica a la interrogacion que nos hacen
sobre la naturaleza i calidad de esta lesion. So-
lo hai una respuesta que dar: nos es imposible decir
en una ulceracion o escoriacion de época tan reciente,
lo que será dentro de algunos dias. El chan-
cro mas virulento que precede a las formas mas malignas
de la sifilis constitucional, es, en los primeros dias
de su aparicion, la lesion mas venigña: un
rarguño de alfiler, tiene un aspecto mas grave.
El error cuando se comete un error de diag-
nóstico consiste, 9 veces sobre 10 en tomar el
Chanero por una abrasion. Es menester tener
bien grabada esta idea; ella hace recordar
los caracteres habituales del chanero, una
vez que ha aparecido. No es una ulcera, es una
abrasion, una escoriacion casi insignificante i apenas per-
ceptible a la vista.

El chanero blando o no in-
fectante o simple, si bien es cierto que en la
immensa mayoria de los casos tiene una
base no indurada i blanda, lo indica, suele presentarse
la inflamacion o de tratamientos inadecua-
dos, dirigidos por personas apenas a la conciencia
(cauterizaciones con piedra fixe [acetato de cobalto] muy fre-
cuente entre los soldados; una induracion semejan-
te a la del chanero infectante, lo que dificulta a
en gran manera el diagnóstico de estas ul-
ceraciones; pero la dureza del chaneroide, sea cual-
quiera su grado, jamas simula la induracion clas-
tica i cartilaginosa del chanero; por otra parte
el tratamiento ulterior del Chaneroide disminu-
ye o hace desaparecer esta induracion i enton-
ces puede el cirujano afirmar su caracter no
infectante. Ademas la ulcera chanerica no

infectante va acompañada 3 veces sobre 10 (lo que nos da segun Poulet i Bouquet un 30 por 100) de una adenopatía ganglionar del pliegue de la ingle; pudiendo ser unilateral, doble o cruzada es decir de los ganglios contrarios al lado de la superficie del pene, donde se situa el chancroide. Esta adenitis es mono ganglionar en el chancro blando i poliganglionar en el infectante. Otro caracter mui interesante es que en el chancro infectante la induracion de la base es persistente hasta el fin de la ulceracion i deja marcado en el tegumento la huella indeleble de su paso bajo la forma de una cicatriz pigmentaria. Por consiguiente la induracion es solo constante en el chancro infectante i es un buen elemento de diagnóstico para distinguir uno de otro.

La adenitis que acompaña al chancro no infectante es dolorosa desde su aparicion i supura en la inmensa mayoría de los casos; pero antes de pasar mas adelante creemos conveniente hacer una distincion i es que podemos establecer dos variedades de adenitis que acompañan al chancro blando: una que no solo es una inflamacion pura i simple de los ganglios, como consecuencia de una propagacion de la inflamacion del chancro a los ganglios por el intermedio de los vasos linfáticos (inflamacion por contigüedad de tejidos); otra que seria la adenitis chancrosa supurada, pues al decir de los autores Poulet i Bouquet ella supura siempre i es debida no solo a la propagacion de la inflamacion del chancroide, a los ganglios, por intermedio de los linfáticos, sino con especialidad al transporte de los materiales septicos absorbidos por los linfáticos i llevados a los ganglios. La primera variedad de adenitis

inflatória, bubon simple) terminaria siempre por la resolucion, mientras que la segunda tiende fatalmente a la supuracion, adquiriendo una vez abierto el absceso, ya sea que ésta abertura se la fragüe el pus o se a hecha por la mano armada del Cirujano, si éste no hace una desinfeccion prolija del absceso, los caracteres de la úlcera chancerosa, reproduciendo la inoculacion de éste pus en cualquier punto de la economía, una ulceracion del mismo caracter de la primera.

La gonorrea que acompaña al chancro indurada es indolente i si bien es cierto que suele supurar a veces, élla es excepcional, siendo la marcha de ésta adenopatía, crónica i no rápida i aguda como la del bubon chanceroso; el pus que dan los bubones sifilíticos al trasformarse en absesos no reproduce la afeccion que le dió origen, a la inversa de lo que sucede con el pus de los absesos de los bubones chancerosos; el dolor es menos intenso en aquellos por ser su marcha mas lenta, por que como vosotros bien lo sabeis, los procesos inflamatorios agudos en los que hai una rápida produccion de exudados comprimen de una manera brusca los tejidos i hacen mas agudo el dolor que esta compresion trae consigo, pues, el organismo no ha tenido tiempo de habituarse a élla. Creemos que ésta adenitis solo supura en casos excepcionales i va siempre seguida de las fases que caracterizan la infeccion sifilítica, siendo posible afirmar su naturaleza a la aparicion de los sintomas secundarios.

Otro de los elementos de diagnóstico en las dos clases de úlceras, son los caracteres macroscópicos: el chancro blando es redondeado o elíptico, sus dimensiones son casi siempre mayores que las del chancro indurado; sus bordes

están cortados en vicié, en fondo es irregular grisáceo i de consistencia pultásea, supura abundantemente i su contacto con las partes vecinas reproduce Chaneroides.

El Chanero indurado es generalmente solitario; pero a veces puede haber dos o mas Chaneroides por haberse hecho inoculaciones simultáneas de este pus. Su superficie es lisa erisada, con visos rojos i negruzcos. Es mucho menos profundo que el Chanero blando. El Chanero indurado en forma de escotadura mantiene sus bordes ni cortados en vicié, ni desprendidos. Su supuración es menos abundante.

Los Chaneros no infectante acusan cierta sensación dolorosa i son completamente indolente los infectantes; el período de incubación del ~~chanero~~ es según Boulet i Bouquet, de 20 días, siendo este período casi nulo en el blando. También podemos añadir que la reacción inflamatoria que acompaña al Chanero blando es mas intensa que la del indurado, siendo a ganar^{en} extensión en superficie. Tiene poca tendencia a la curación que difícilmente se hace espontáneamente, cosa que ordinariamente sucede al Chanero indurado. La gangrena i el fagedenismo son complicaciones del Chaneroide.

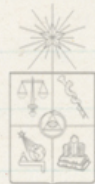
Respecto a la auto-inoculación del virus Chaneroide al en cualquier punto del tegumento, podría hacerse en la práctica hospitalaria, sobre todo en los casos dudosos, para comprobar la naturaleza infectante o no de la úlcera Chanerosa. No tiene gran valor, así los establecen i demuestran los experimentos de Pick, Kraus i Beder en Alemania, de Higglesworth i Sturgis en Estados Unidos.

Emilio Vidal en Francia, que despues de una larga i serie de investigaciones, han llegado a las conclusiones siguientes:

1.^o La auto-inoculabilidad no es un caracter especial patognomónico del pus de la sílceia venerea simple;

2.^o El pus simple es, en ciertas circunstancias, auto-inoculable;

3.^o Esta auto-inoculabilidad es debida en parte a las propiedades irritantes del pus, creadas por la infección i en parte a la irritabilidad de los tejidos.



Instrumentos en uso del chanero blando.

Creemos conveniente hacer una breve reseña de los tratamientos en uso contra esta afección:

Lavados con las aguas fagedénicas, negra, roja y amarilla; con disoluciones desinfectantes de sublimado, ácido fénico, timol, permanganato de potasa en alcohol est. cauterizaciones con causticos minerales nitrato de plata, ácido nítrico, ácido sulfúrico, pasta de Ricord, sulfato de Zinc, sulfato de Cobre, acetato de Plata, sulfato de hierro, tintura de yodo etc; embalsamamientos con pomada mercurial simple, pomadas yodoformizadas, de calomelanos, de precipitado blanco i hasta el inisil serato simple. Aplicacion de polvos: Calomel, precipitado blanco, precipitado rojo, yodoformo, naftalina, ácido salicílico, hieopodis etc. Pero de todos los tratamientos, el que a nuestro juicio merece la preferencia es la cauterización con el termo cauterio de Paquelin, ella transforma i sustituye siempre, con tal que sea enérgica, una úlcera inflatoria séptica en una herida de buena naturaleza aseptica que solo cae después de hecha la cauterización, el lavado con cualquiera sustancia antiséptica i la protección de la úlcera con la curación de Lister o Guerin. Para probar la verdad de esto he podido recoger en los hospitales militares de Angol i Traiguén en los años 86 i 88

Observacion 1^a

El sujeto Rosendo Carbajal, 4^{ta} compañía del batallón 5^{to} de línea, de 21 años de edad, de vigorosa constitucion, sin antecedentes hereditarios sífilíticos o tuberculosos, dentro al servicio del Ejército

Sal de traiguen, el día 13 de Setiembre. Presentaba una ulceracion redondeada del tamaño de una pieza de 5 centavos en la mitad derecha del prepucio; esta úlcera tenía a decir del enfermo 15 días de fecha, habiéndola notado a los cuatro días después del coito. Supuraba abundantemente, su base no era indurada, su superficie presentaba los caracteres del chancro blando, como son la desigualdad de la superficie que era anfractuosa, su base cubierta de una especie de detritus orgánicos mezclados con pus, y los bordes indistintamente tangibles i casi perpendiculares. Ocurra dolor a una ligera presión i se acompañaba de una viva reacción inflamatoria de los tejidos vecinos. El enfermo se quejaba de un dolor en la ingle derecha en donde constatamos una ingurgitación de uno de los ganglios inguinales, cuyo volumen era pequeño.

Diagnóstico — Fundándonos en los caracteres de la úlcera i en la fecha de su aparición juzgamos que solo se trataba de un chancro blando.

Prognóstico — Aunque la úlcera en la carne no produce jamás la muerte i solo debe considerarse grave por la gran tendencia que tiene a ulcerarse, i a permanecer estacionaria teniendo muy poca tendencia a la curación; por el fagedenismo i la gangrena complicaciones que son relativamente frecuentes i por último por la adenitis que puede ser supurada manteniendo al enfermo semanas i meses en cama.

Tratamiento — Día 13: desinfección previa de la úlcera i partes vecinas; el individuo a media hora de la desinfección procedimos a la cauterización con el termi-cauterio de Paquelin, formándose una escara que cubrió toda la superficie ulcerada. La

protejiómos por medio de una ligera cura algodonada
seca. Desde el 13 al 25 de Setiembre, la curacion solo
consistió en la renovacion del algodón i en la desin-
feccion de la superficie cubierta por la escara i por
sus vecinas, con una solucion de sublimado al
1 por 1000. Hicimos uso de la solucion al sublimado
con preferencia a la de ácido fénico i alcohol
por que no produce dolor como éstas.

Desde el dia siguiente de la cauterizacion
notamos un ligero elevamiento periferico de
la escara, que se hizo mas notable hasta
su completa que acabó a los doce dias
despues de la cauterizacion. No hubo la mas
ligera produccion de liquido debajo ni al rededor
de la escara, quedando los algodones completa-
mente limpios. Debemos advertir como hecho
muy importante que el ganglio doloroso i ligera-
mente infartado que se notaba en la region ingui-
nal del lado de la lesion, adquirió a los 3
dias despues de la cauterizacion su volumen
ordinario i dejó de ser doloroso.

Dia 25. Se dio de alta al enfermo Mercedino
como consecuencia de su curacion, con una pequeña
cicatriz rosada.

Observacion 2^a

Sargento 2.^{do} Francisco Sepúlveda, plana mayor del
batallon 5.^o de línea; de 35 años de edad, constitu-
cion endeble, temperamento linfático, con síntomas
de sífilis secundaria: alopecia sífilítica de atrás
adelante, erupciones papulosas, sífilides ulcerosa
del dorso de la region superior derecha, ganglios
epitrocleares i suboccipitales posteriores del ta-
maño de una avellana, dolores osteocopos
ligeros exostosis en las tibias, viéndose en las

piernas principalmente cicatrices de color
Cobrizo. Todos estos síntomas dice el enfer-
mo principiaron a manifestarse despues
de una pequeña blaga que tuvo en el mes de
mayo del año anterior, en el lado izquier-
do del gemello lo que ha dejado como huella
una pequeña induracion. Este enfermo
dentro al hospital el 20 de Setiembre del
año en curso; Trai una ulceracion del tama-
ño de una pieza de 10 centavos situada en
la cara superior del prepucio i proxima a su
base libre, habia un considerable edema
inflatario circunscrito, los dolores eran bas-
tante vivos; en las regiones inguinales se veia
dos bubones del tamaño de un huevo de ga-
llina la piel que los cubria no tenia enro-
jecimiento alguno i a la palpacion se notaba una
induracion muy considerable sin que hubiera
el menor signo de supuracion; pero como las
colecciones purulentas que estan a una alta ten-
sion pueden dar lugar a equivocaciones i con-
firse con tumores, hicimos una puncion aspira-
dora con la seringa de Pravaz que dio resultados
negativos.

El enfermo dice haber notado que ame-
diados de Agosto de dicho año, apareció en la
region ocupada por la ulceracion, un pequeño
granu, como a los 10 dias despues del coito, que a
los 5 o 6 dias despues maduró i dejó una pequeña
herida supurante que continuó estendiéndose has-
ta adquirir las dimensiones con que dentro al
servicio. Al principio la molestia que le originaba
era insignificante por cuyo motivo no habia dado
particular importancia, pero como notase que dicha ulcer-
acion aumentaba en superficie i se hacia cada dia
mas dolorosa i purgaba en abundancia i al mis-

mo tiempo se acompañaba de bubones inguinales lo que le impedía hacer el servicio militar, dentro al hospital en la mañana del 19 de Setiembre.

Diagnóstico — Chanoro blando, por presentar todos los caracteres de esta afección; pues, basta recordar lo que hemos dicho respecto a los síntomas que presentaba dicho enfermo, a su entrada al hospital, para conñecerse de la exactitud de nuestro diagnóstico.

Pronóstico — Reservado; por que atendiendo a los antecedentes, carácter i complicación de la úlcera chanoroidal, era natural creer que los bubones pudieran supurar.

Tratamiento — Dia 20. Habiendo aceptado el enfermo la cauterización del Chanoroide, procedimos a ella previa la cloroformización. Hicimos una desinfección prolija de la superficie ulcerada i cauterizamos, pusimos en seguida la cura algodónada de que hablamos en la observación anterior. Al mismo tiempo inyectamos dos perinjillas de Pravaz una en cada bubón, de una solución al 10 por 100 de ácido fólico.

Dia 21. Practicamos el lavado de la úlcera con la solución al sublimado, seguida de la cura algodónada. La superficie cubierta por la escara, producida por la cauterización, estaba rodeada de una zona roja, teniendo de anchura como la mitad del ancho del dedo pequeño de la mano. El edema inflamatorio circunvecino a la ulceración había disminuido considerablemente; los dos bubones inguinales cuyo volumen no había disminuido tan rápidamente, un tanto menos dolorosos. El estado general del paciente era satisfactorio.

Dia 22. — No había diferen

cia con el anterior; se hizo la misma curacion que en el dia anterior, es decir lavado al sublimado, proteccion de la escara con el algod6n e imyeccion en cada uno de los bubones de la solucion fenicada de que hemos hablado.

Dias 23, 24, 25, 26, 27 El mismo tratamiento que en el dia 22; debiendo advertir que la superficie cubierta por la escara no secret6 ningun liquido i que el 25 se hizo una nueva imyeccion en los bubones de la solucion fenicada. Observamos en el dia que la escara principiaba a despegarse por sus bordes; el edema inflamatorio circunvecino i la aureola roja, habian desaparecido por completo; pero notamos un fuerte enrojecimiento en el bubon izquierdo i la palpacion nos di6 una fluctuacion equivoca i no franca. Hicimos la toilette de la superficie que cubria dicho bubon i aplicamos compresas de gasa empapadas en una solucion saturada de acido fenico. A la mañana siguiente no notamos diferencia de la del dia anterior; pero si en la del dia 27 que constatamos un enrojecimiento de la piel bastante franco en la region ya citada, acompañado de la fluctuacion característica de las colecciones liquidas.

En consecuencia procedimos a la apertura amplia con todas las reglas de la antisepsis, seguida de la curacion correspondiente.

Dia 28, hasta el 10 de Octubre. En estos dias notamos sucesivamente i de un modo rápido el despegamiento progresivo de la escara que cubria la ulcera. Hasta su total desprendimiento, el dia 9 de Octubre; la resolucion completa del bubon izquierdo i la cicatriza cion completa del lado izquierdo que se termin6 el 20 de Octubre, fecha en que se di6 de alta al enfermo.

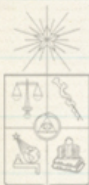
Debemos advertir que usamos la curacion Lister en todas las operaciones.

Observacion 3^a

Soldado Agustín Fildres, segunda compañía del primer escuadrón de cazadores a caballo, entró al servicio el día 25 de Setiembre, trayendo dos úlceras en la corona del glande como a 2 centímetros de distancia de la línea media de la cara dorsal del pene. Hombre de constitución fuerte, de sistema muscular muy desarrollado, de 25 años de edad. Este enfermo dice haber pasado diez días en el último Coito, sin notar novedad alguna en su genital; pero que a los 10 días notó una lipera comexon que fué aumentando día a día hasta convertirse en verdadero dolor. Después de varios ejercicios militares notó inebamiento en ambas ingles, que le molestaba cada día mas al montar a caballo; se hizo la curación de las llagas aplicandose Cardemillo en polvo (acetato de cobre). Este tratamiento que se quido de una vira reaccion inflamatoria, de dolor intenso i de la caída de la escara que produce la aplicación de esta sustancia (que llaman los soldados baear la raiz de la llaga), pero como notara que las úlceras se hacian mas dolorosas i aumentaban en superficie, dió parte de enfermo en la mañana del 25 de Setiembre.

Examinado el enfermo vimos dos ulceraciones como del tamaño de una pieza de 10 centavos, situadas en la corona del glande en ambos lados de la línea media que pasa por la cara superior del pene; su base era dura, dolorosa con abundante supuración, acompañada de lipera reaccion inflamatoria circunvecina i de un doloroso i monoganglionar de las ingles inguinales. No encontramos al exámen minucioso del enfermo antecedentes sífilíticos hereditarios o adquiridos.

Diagnostico. — Chancros no infectantes. Hi-
simos este diagnostico fundandonos en las
razones siguientes: Tenian todos los caracteres exteriores
de los Chancroides; habia infarto mono ganglionar
de ambos pliegues inguinales; supuracion abun-
dante de las ulceras; si es verdad que sus bases eran
duras se debio al acetato de cobre que el enfermo se
habia puesto, que poco despues desaparecio por la a-
plicacion de compresas frias empapadas en
una solucion de sublimado al 1 por 1000



Tratamiento. — Pevia la desinfeccion de los Chan-
croides, practicamos la cauterizacion el dia
siguiente de su entrada al hospital, prote-
jendolos con algodón como en los casos
anteriores.

Dia 27 hasta el 5 de Octubre fecha en
que se dio el alta al enfermo, se hizo la curacion
diaria de que hablamos en las observaciones ant-
eriores. El desaparecimiento de los infartos ganglion-
ares, fue gradual i rapido, hasta adquirir sus
dimensiones normales. Las ulceras protegidas
por las escaras de la cauterizacion no dieron ocasion
alguna i se desprendieron el dia anterior a la
salida del enfermo del hospital; este des-
pegamiento se hizo de la periferia al centro.

Dia 5 de Octubre — Alta del enfermo.



Observacion 4.^a

Soldado José Turra primera compañía del batallón 5.^o de línea; dentro al servicio el 1.^o de Octubre del 87; de 26 años de edad, constitución mediana, temperamento sanguíneo muy marcado; traía junto con una contusión de segundo grado, una pequeña papulita en la mitad superior del glande. Del traumatismo no nos ocuparemos en esta relación i solo hablaremos de lo que nos interesa en el asunto que estudiamos.

Desde el día del soldado el último coito lo había efectuado antes de su entrada al hospital, sin que hubiese notado cosa alguna en su pene hasta el momento en que le llamé la atención hacia esta papulita.

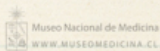
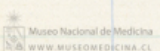
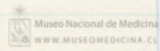
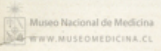
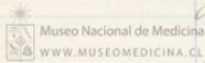
Creí conveniente no hacer tratamiento alguno i mantenerme a la expectativa.

Desde el 1.^o de Octubre hasta el 4, la papula pasó sucesivamente a vesícula i en seguida a pustula convirtiéndose en verdadera úlcera escatada en forma de embudo, de fondo irregular i con abundante supuración. Es esto se acompañaba el infarto de uno de los ganglios del pliegue h. equinal derecho i sin principio de inflamación circunvecina a la úlcera i comienzo de fimosis inflamatoria.

En consecuencia creí se trataba pura i simplemente de un chancro blando. procedí como en los casos anteriores; debiendo advertir que hizo la anestesia por capirlo así el enfermo.

Desde el 7 al 21 de Octubre, hizimos la curación algodoadada como en los demas casos tratados, observandose como en ellos la desinjuritacion del ganglio infartado, la desaparición de la inflamación i el desarrollo progresivo de la escara hasta su caída completa acaecida el día 21

Día 30 alta del enfermo.



Observacion 5ª

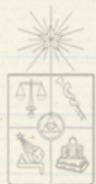
Soldado Nicacio Soto de la policia de Traiguem
Entró al servicio militar el diez de Noviembre
del 87, trayendo ~~el~~ testículo izquierdo enormemente
inchado i muy doloroso, una blenorragia cordi
muy intensa i 4 úlceras con todos los caracteres
del Chanceroide; la mayor tenía las dimensiones
de un grano de mais i estaban situadas una
en la parte media del escroto, otra en la mitad
superior i anterior del lado izquierdo i las dos úl
ceras en la mitad derecha del prepucio.

El diagnóstico que hizimos fue' ble
norragia con orquitis blenorragica i Chancros
blandos.

No describiremos las fases sucesivas
por que pasaron la blenorragia i orquitis
ni los tratamientos que se hizieron por
no interesarnos al tema que desarrollamos
en la presente relacion.

Dia 11 - Una vez desinfectados
los organos genitales, se procedio a la can
terizacion con el termo-canterio de Paque
lin i vimos con gran satisfaccion la
desaparicion de los Chancroides a los 10 dias
despues de canterizados.

Dia 16 de Diciembre Alta del enfer
mo i completa curacion.



Observacion 6^a

Soldado. N. N. de 15 años de edad, coneta del regimiento cazadores de a caballo, dentro al servicio el 15 de Noviembre, con una neumonia del pulmon derecho i como se quejaba de un fuerte dolor de costado, de tos i de un calor que lo abastaba, hizimos como era natural el examen de los organos torasicos, diagnosticamos Neumonia e instituímos el tratamiento para esta afeccion. Dos dias despues todos los sintomas de Neumonia se habian atenuado considerablemente i el enfermo nos anunció que sentia un un fuerte dolor en el momento de la defecacion. Esto nos llevó a hacer el examen de la region anal, en la cual pudimos constatar una ulceracion de forma irregular, alargada del lado izquierdo del orificio anal, acompañada de una viva reaccion inflamatoria circunvecina. Este individuo tenia todos los signos de la pederastia pasiva: ano infundivuliforme, pérdida de la tonicidad del esfínter del ano i una reccititis catarral crónica.

No describiremos la evolucion de la neumonia la que se hizo de una manera rápida i franca, por sí sola de la úlcera que es la que nos interesa.

Dia 1 de Diciembre. — La evolucion de la neumonia estaba terminada, la convalescencia fue rápida i las fuerzas del enfermo habian se aparecido por completo. Hasta este dia solo nos limitamos a hacer un lavado aseptico con una solucíon de sublimado al 1 por 1000 para el lavado anal con una pomada de vaselina y glicerina.

La úlcera no habia cambiado en sus caracteres, conservaba el mismo aspecto por al

principio, supuración abundante, anfractuosidad de su superficie, blandura de su base e inflamación circunvecina; pero como víeramos que este tratamiento no daba resultado i por otra venia a complicar la escena la inyección de un ganglio interno de cada lado de ámbos pliegues inguinales, procedimos a la cauterización con el termo-cauterio de Paquelin, de toda la superficie ulcerada. Se produjo la escara consiguiente i en este caso no usamos el algodón sino el maravallamiento con una pomada de *Carbolina* *de* *formisada* i al mismo tiempo hicimos uso de inyecciones rectales de una solución de nitrato de plata de 25 Centigramos por 100 gramos de agua.

Desde el 4 hasta el 12 de Enero pudimos notar: 1º la desaparición total del infarto ganglionar; 2º el despegamiento progresivo i caída de la escara el día 29 de Diciembre; la desaparición gradual de la rectitis catarral i su curación el día 31.

Día 12 de Enero se va de alta de enfermo.

Observaciones 7.ª, 8.ª, 9.ª i 10.ª

Podemos reunir las en una misma relación puesto que los individuos entraron al Hospital de Angol en la misma fecha, día 10 de Enero.

El primero de ellos Jacinto Colipi Soldado del regimiento de Zapadores, de 32 años de edad de vigorosa constitución, temperamento sanguíneo-vilioso. De *...* con una úlcera pequeña situada en el frenillo del pene, que había desaparecido casi en totalidad.

Del presente trabajo podemos formular las conclusiones siguientes:

I.

Los chaneros blandos curan mas rápidamente por la cauterizacion con el termo-cauterio de Paquelin, que con los métodos ordinarios

II.

Si se hace a tiempo la cauterizacion de los chaneros con el termo-cauterio, previene la produccion de bubones i la creacion de nuevas úlceras; pues ella agota la supuracion infecciosa que llevada por los linfáticos a los ganglios los inflama i hace supurar

III.

Es mas cómoda i sobretodo mas limpia que cualquiera de las curaciones en uso, evitándose la aplicacion de polvos, pomadas etc yodoformadas que son consideradas por la generalidad solo aplicables a las úlceras venereas; teniendo a todo individuo que sufre de este modo, como portador de úlceras venereas, lo que es poco agradable para enfermos de clases acomodadas.

IV.

Si bien es cierto que en la minoria de los casos, como lo habeis podido ver por estas observaciones, no se impide supurar a las adenitis inguinales, al menos cuando son dobles se evita la supuracion de un lado

V.

Dá siempre éxito en la curacion de los chaneroides. Con respecto a los bubones que supuran, tratada la úlcera con la canterizacion, dá un dos por diez o sea un 20 por 100 de casos en que esto sucede, cosa que no se consigue con los tratamientos ordinarios del Chanero blando que dan segun Paulet i Boursquet un 60 por 100 de casos que supuran



VI.

La canterizacion con el termo-cauterio, es la unica e indispensable que se debe practicar en las úlceras fagedénicas, serpiginosas i diftericas cuya extension es rápida i sus estragos muy considerable; los causticos ordinarios no bastan.

Diciembre 31 de 1888

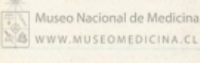


consecuencia de esta ulceracion; era eliptica de contornos regulares cortados a picor, de superficie anfractuosa, con supuracion abundante, sin induracion en la base; databa desde 7 a 8 dias despues del Coito, teniendo por consiguiente 3 a 4 dias de fecha; no existia infarto ganglionar.

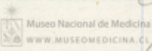
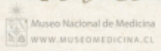
Diagnosticamos Chancroides i practicamos la canterizacion como en los casos anteriores segun el estado mas avanzado a los 8 dias de su entrada al Hospital, dandole el alta el 18 de Enero.

El segundo de estos enfermos Teodoro Norambuena de la segunda Compania del mismo regimiento, traia junto con los sintomas de sifilis terciaria, una ulcera de las dimensiones de una moneda de 20 Centavos en la raiz del pene, parte superior e izquierda; con infarto de un ganglio del mismo lado, que tenia el tamaño de una avellana. Diagnosticamos el mismo y como en los casos citados canterizamos i hicimos la cura consiguiente. A los 12 dias despues de la canterizacion el enfermo estaba sano i se retiraba del Hospital el 22 de Enero.

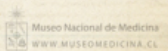
El Tercero Casiano Turra del mismo batallon; se presento al servicio afectado de Gonorrea, Chancros i bubones. De 35 años de edad, de mediana complexion i de temperamento sanguineo.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



La hemorragia se trató convenientemente i se consiguió curarla al mes quince días de su entrada al hospital.

En cuanto a los Chanceros que eran tres situados al rededor de la corona del glande i todos mas o menos de las mismas dimensiones del tamaño de una moneda de 5 Centavos. dos de ellos tenían los caracteres claros del Chancero blando i el otro los del Chancero infectante. Las adherencias sinquinales de ambos pliegues eran considerable, los ganglios tenían el tamaño de una aceituna; existía al mismo tiempo la pléyade ganglionar que acompaña generalmente a los Chanceros indurados.

Tratamiento — El mismo que en los casos anteriores pero aquí el éxito no fue completo; a pesar de haber caído las escaras a los 12 días de la cauterización del lado derecho, el del izquierdo se transformó en abceso, circunstancia que nos obligó a hacer su evacuación.

El chancero indurado no lo cauterizamos, desapareció gradualmente a los 32 días después de la entrada del enfermo. Hicimos un pequeño tratamiento anti-sifilitico durante la permanencia del enfermo en el hospital, por no haber parecido los síntomas secundarios lo que nos hacia ignorar de la gravedad de la afección. Día 28 de febrero.

El Sr. Anacleto Zuniga plana mayor del mismo batallon; dentro con una hemorragia en su período agudo i una ulcera en la parte media del prepucio cuyas dimensiones eran las de una moneda de 10 centos; tenía 15 días de fecha; los caracteres del Chancero blando. No había infarto ganglionar.

Tratamiento — Como en los casos anteriores; caída de la escara a los 8 días después de la cauterización que dejó en su lugar una cicatriz roja.

Se dio el alta al enfermo al mes de su entrada, fecha en que terminó la hemorragia.