

49-2

no. = 1605

81-1A-w. 8

cc. 2388  
(1605)

En la memoria  
del  
Excmo. Sr. D. José Eugenio Olavide.

Diagnóstico del chanero venéreo.

En cumplimiento de lo ordenado, dedico este pequeño  
trabajo, como muestra de eterna gratitud.

J. L. Arce.

x238818887x

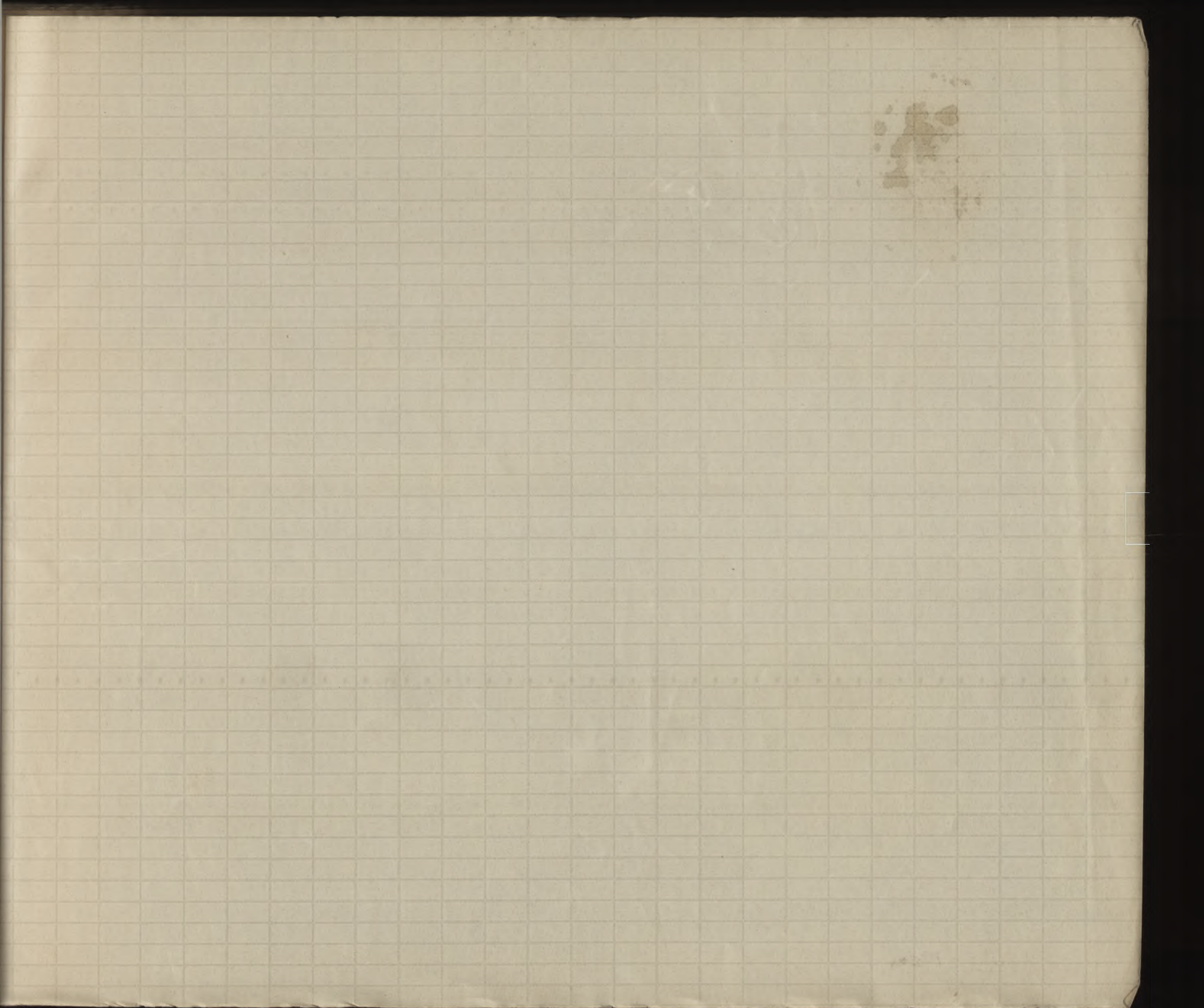


A la memoria  
del

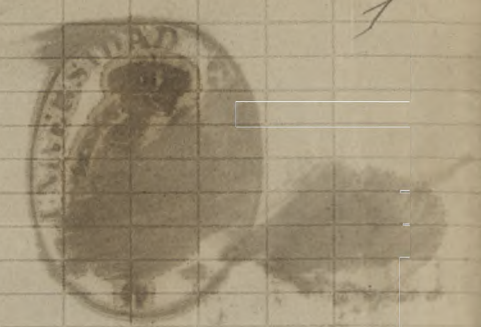
Excmo. Sr. D. José Eugenio Olavide.

que quise mis primeros pasos en el estudio de  
las afecciones cutáneas, dedico este pequeño  
trabajo, como prueba de eterna gratitud

El Autor.



1



Excmo. Sr.

## Introducción

Antes de entrar de lleno en el asunto propio de este tema, conviene hacer algunas aclaraciones acerca de la razón que nos ha hecho adoptar su título, y dedicar algunas palabras a la importancia, constante actualidad e historia del chancero venéreo.

La palabra chancero viene del latín cancer, del griego καρκίνος. Desde la más remota antigüedad y por casi todos los autores anteriores al siglo XIX, aplicábase este

nombre á diferentes afecciones ulcerosas y malignas, siempre que tu-  
 viesen gran tendencia á extenderse y fuesen acompañadas de  
 enrojecimiento periférico. Mas adelante, á mediados del mismo siglo,  
 iniciase ya la tendencia á reservar el nombre de chanero para  
 las ulceraciones venéreas de toda clase, sifilíticas primitivas y  
 tardías. En la actualidad, empleáse exclusivamente esta palabra  
 dentro del más corriente tecnicismo médico, para designar genera-  
 mente los dos principales procesos ulcerativos contagiosos de origen  
 casi siempre genital: el chanero venéreo y el chanero sifilítico. En  
 cuanto al chanero mixto de Prollet, no lo mencionamos por no  
 considerarlo una verdadera especie nosológica, sino más bien como  
 una superposición ó fusión de estos dos procesos debida á ino-  
 culaciones simultáneas ó sucesivas de los virus sifilítico y chaneroso.

Hemos escrito chanero venéreo; igualmente  
 pudiéramos haber dicho chanero blando, chanero simple ó  
chanero no infectante por ser estas expresiones sinónimas en  
 venerología. Esto no obstante, damos preferencia á la expresión

chanero venéreo, de uso corriente en el lenguaje médico, por que por si sola indica la naturaleza del proceso que vamos á estudiar, sin conceder á un solo caracter la exagerada importancia que da la frase chanero blando ó la dureza ó blandura de la ulceracion; no ser tampoco de una vaguedad tan hueca de todo sentido gramatical y científico como es la expresion chanero simple, ni tan ineffecta como la de chanero no infectante.

En efecto: el chanero venéreo no es siempre blando, ni el chanero sífilítico es siempre indurado. Los chancros venéreos localizados en el surco balanoprepucial, en el meato urinario y en el frenillo suelen presentar induración, y en general, toda ulceración venérea y blanda puede adquirir dureza cauterizándola energicamente, por ejemplo, con sulfato cúbico, ó empleando sencillamente como tóxico en las curas los calometanos por el vapor. Por el contrario, hay chancros sífilíticos, las formas erosiva y foliácea ó papirácea que, ó no presentan induración ó hay que investigarla con sumo cuidado si se la quiere comprobar. La

expresión chanero blando es, pues, evidentemente defectuosa.

Analicemos ahora la siguiente: chanero simple.

Esta frase es una mala traducción del nombre francés chanere simple, pues en todo caso, deberíamos decir chanero sencillo, porque sencillo y no simple es la correcta traducción del adjetivo francés simple.

Más dejando de lado estas filigranas lingüísticas y gramaticales, veamos si el nombre chanero simple o chanero sencillo es adecuado al proceso morboso que pretendemos denominar. En primer término, considerando aisladamente y en sí mismos los dos chaneros, el venéreo y el sifilítico y sin tener en cuenta las consecuencias de este último, indudablemente es más sencillo o simple el sifilítico: más simple en sintomatología, en complicaciones, y hasta en tratamiento; más simple también por que el chanero sifilítico no es más que el accidente primitivo de una infección, en tanto que el chanero venéreo constituye por sí solo todo el proceso infeccioso. Solemos, como a nadie se le ha ocurrido llamar al chanero sifilítico chanero compuesto



o chanero complicado, que sería lo equivalentemente contrario a chanero simple, y este no es tan simple como a primera vista parece, resulta que tampoco es aceptable el nombre de chanero simple o chanero sencillo para apellidar la infección que nos ocupa.

Aun que más moderna, no es menos mala la expresión chanero no infectante, como sinónima de chanero venéreo. Hoy que está demostrado que esta enfermedad es una verdadera infección, producida por el bacilo de Durey-Una, sería un contrasentido llamarla chanero no infectante. El chanero sifilítico es infectante, es cierto, y es la primera manifestación objetiva de la infección general sifilítica del organismo, pero hay que reconocer que el chanero venéreo es también infectante, siquiera no sea más que la manifestación objetiva de la infección venérea local del organismo. Los ojos son infectantes, luego es inaceptable e inexacta la denominación de chanero no infectante aplicada al chanero venéreo.

El nombre adoptado es sin duda el que mejor corresponde, tal vez por no significar nada, al estudio que nos ocupa, ya que unánimemente los autores vienen empleando el adjetivo venéreo, para especificar el chancro blando, simple, ó no infectante de todo el organismo; el adjetivo sifilitico, para especificar el chancro que va seguido de manifestaciones generales; reservando el nombre de afecciones, enfermedades ó infecciones blenorragicas ó gonocócicas para las producidas por el gonococo de Neisser.

Muy conveniente sería también denominar venéreo-sifilopatía la parte de la patología que se ocupa del estudio de las enfermedades contagiosas adquiridas en el comercio sexual, así como á la especialidad que de ellas trata; evitaría-se así la confusión que se origina al emplear indistintamente las palabras venerología ó sifiliografía, más propia la primera para designar solamente el grupo de las no sifiliticas y la segunda solo para la sífilis en todas sus

manifestaciones.

De los demas nombres que constituyen la rica sinonimia del chancro venereo, tales como el de chancroide (Clerc), chancrillo (Diday), chancro con bubon supurado (Bassereau), chancro de Galeno, de Celso, pseudo-sifilitico, reinoculable, etc., ya que el uso los ha relegado al olvido, no diremos otra cosa sino que, tal vez, son algo más aceptables que los de chancro blando, chancro simple, chancro no infectante, admitidos y usados por muchos y distinguidos prácticos.

La importancia que tiene siempre en medicina un diagnóstico exacto, cualquiera que sea la enfermedad de que se trate, es indiscutible; mas hay procesos morbosos que por su frecuencia, categoría y semejanza con otros, conviene conocer a fondo por ser esta precisión diagnóstica la clave, el punto de partida para diferenciar los demás que pudieran ser confundidos con ellos. Esto ocurre con el

chancro venéreo, que por ser la ulceración genital contagiosa más frecuente, la más venérea entre todas las venéreas por ser rarísima ver extra-genital y adquirirse solo por excepción sin el concurso del acto genérico, su conocimiento perfecto, su diagnóstico en una palabra, no solo es importante, sino de todo punto indispensable desde que se franquea el dintel de la especialidad venéreo-sifilopática. En otro orden de ideas, siendo el chancro venéreo lo más sencillo y de pronóstico más favorable de esta patología especial, siendo entre las tres principales infecciones que la integran — que como sabemos son: la infección venérea, local siempre; la infección blenorragica o gonocócica, local en su principio pero susceptible de generalizarse; la infección sifilítica, siempre generalizada — la de menor acometividad infectante a la par que la única cuyo estudio está en la actualidad completamente terminado en sus tres factores principales, patogénico, sintomatológico y terapéutico, lógico es que este proceso sea lo primero que de la especia-

lidad se estudie y siendo lo primero y algo así como los cimientos de ella, sea lo más necesariamente sólido e importante.

Socialmente las infecciones gonococcicas y sifilítica tienen muchísima más importancia que la originada por el bacilo de Dueroy-Donna, pero científicamente y bajo el punto de vista didáctico, si hemos de marchar como es conveniente desde lo más sencillo a lo más complicado, el estudio del chanero venéreo es lo fundamental y más importante si nos ha de servir su conocimiento y preciso diagnóstico de punto de apoyo y comparación para poder hacer después los otros diagnósticos de importancia social más trascendente.

Si el incremento que todas las afecciones venéreas y sifilíticas han tomado en las cinco partes del globo es asunto que ha llegado a preocupar a los gobiernos de todas las naciones cultas, pues en la esfera militar son las que ocasionan más bajas en los contingentes armados, y en la esfera civil, se las acusa de ser la principal causa de la infecundidad

creciente de los matrimonios y consiguiente desprolacion de territo-  
rios, siendo tambien estas enfermedades constante arote que  
debilita moral y fisicamente las razas y los pueblos, el tema del  
diagnostico del chancro venereo, fundamental como hemos visto,  
es de constante actualidad.

Otra razon hay ademas, que le presta  
actualidad, y es que, hasta muy reciente fecha no era po-  
sible hacer por completo este diagnostico. hoy este problema  
esta completamente resuelto, ya que el bacilo especifico del  
chancro venereo satisface las cuatro condiciones experimenta-  
les exigidas por Koch para que un microbio sea considera-  
do como agente causal de una enfermedad:

1.<sup>a</sup> Que el germen que se supone responsable de tal o cual  
enfermedad, se encuentre constantemente en los organos afectados,  
faltando siempre en todos los demas estados morbidos.

2.<sup>a</sup> Que pueda ser cultivado saprofiticamente en medios arti-  
ficiales o naturales, durante un gran numero de generaciones,

para que, con la renovacion del terreno, todas las sustancias tóxicas o virulentas extraídas del organismo con los gérmenes hayan desaparecido.

3.<sup>a</sup> Que inoculado el cultivo puro á cortísimas dosis, pueda reproducirse la enfermedad originaria, y

4.<sup>a</sup> Que en los órganos correspondientes del estado morboso provocado por inoculación, se halle el mismo microfito, con iguales relaciones anatómicas que en el organismo de donde se extrajo la primera semilla.

La historia del chancro venéreo puede dividirse en tres periodos. En el más antiguo se observó y señaló esta afección con tanta claridad, por lo menos, como gran número de otras enfermedades que creemos eran conocidas de los antiguos. A este remoto periodo corresponden los escritos de Hipócrates, Celso, Galeno y Aetius; los de los arábes y arabistas del siglo XI, Avicena, Avenzoar y Albucasis; las obras de los escritores médicos de la edad media Guillermo de Saliceto (siglo XIII)

Lanfranc, Pedro de Argellata y otros. Estos autores descubrieron ulceraciones de los organos genitales que por sus caracteres y complicaciones inguinales se refieren indudablemente al chanero venereo.

El segundo periodo empieza a fines del siglo XV, en que hizo su aparicion la sífilis, enfermedad que, segun testimonio de Francisco Lopez de Villalobos

« Fue una pestilencia no vista jamás,  
 En metro ni en prosa, ni en ciencia, ni estoria,  
 Muy mala y perversa, y cruel sin compás,  
 Muy contagiosa y muy sucia en demás,  
 Muy brava, y con quien no se alcanza victoria,  
 La cual hace al hombre involuntado y jibado,  
 La cual en mancar y dober tiene estruendo,  
 La cual escurece el color aclarado:  
 Es muy gran bellaca, y así ha comenzado  
 Por el más bellaco lugar que tenemos. »

(Vers. III del Tratado sobre las pestíferas bubas. Poema impreso en Salamanca en 1498).



Este periodo, que duró más de tres siglos, está caracterizado por una lamentable confusión entre la sífilis y las afecciones venéreas no sífilíticas. Hoy que hacer justicia, sin embargo, a Gaspar Forella (1477), Juan de Vigo (1514), Pedro Maynard (1520), Alfonso Ferri (1527), Luis Lobera (1544), Thierry de Héry (1552), Ambrosio Paré (1561), Falopio (1555), Notal (1565), Borgaruccius (1566), Petronius (1567), que en medio de la confusión reinante, especificaron algunos de los caracteres propios del chanero sífilítico y observaron que había ulceraciones de los órganos genitales, acompañadas de bubon supurado de la ingle, que no tenían gravedad, siquiera estas juiciosas observaciones no lograsen abrirse camino.

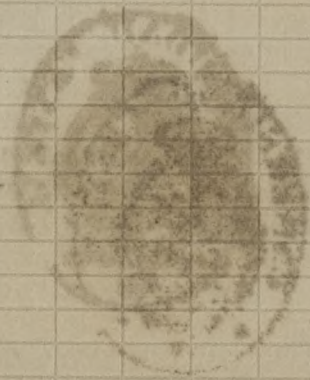
En el tercer periodo de su historia, que es el actual, vuelve a ser el chanero venéreo lo que había sido en el primero: una enfermedad especial, absolutamente independiente de la sífilis. Mas para llegar a este

feliz y definitivo resultado ha sido preciso librar verdaderas batallas con el error entronizado y triunfante durante tantos años. Larmichael en 1814 y Simon, de Hamburgo, en 1821, iniciaron el ataque contra el unicismo; Basseriau, después, puso cimientos tan firmes al dualismo, que el éxito de la batalla final estaba asegurado. Diday, Rollet, Dron, Ricord ya convertidos; Fournier, Clere y tantos otros ilustres sifiliógrafos del siglo XIX rindieron, por fin, las últimas escaramuzas con los restos del derrotado ejército unicista, herido mortalmente por Basseriau. Estaba reservado también para el siglo que acabamos de ver finalizar el descubrimiento del micro-organismo causal del chancro venéreo. Los nombres de Dancery, que ha descubierto en 1889, en el pus del chancro venéreo el bacilo que lleva su nombre; el de Thoma que comprobó este mismo bacilo en cortes histológicos de chancros blandos; el de Krefky que ha encontrado este microbio en las oede-

nitis inguinales chancerosas, y los de Berançon, Griffond y Le Sourd, que han logrado cultivar el bacilo de Ducrey - Uuna y producir chanceros venéreos inoculando cultivos puros, son nombres ilustres, que de hecho, hay que inscribir con áureos caracteres en la historia del chancero venéreo.

Dividiremos nuestro trabajo, diagnóstico del chancero venéreo, en tres secciones:

- 1.<sup>a</sup> Diagnóstico clínico
- 2.<sup>a</sup> Diagnóstico Bacteriológico, y
- 3.<sup>a</sup> Conclusiones.



16

# Diagnóstico clínico del chanero venéreo.

---

---

## Primera parte.- Descripción.

Para diagnosticar este proceso morboso y poder hacer, en último término, el diagnóstico clínico diferencial con las demás ulceraciones de aspecto, localización y origen semejantes, haremos previamente una descripción completa del mismo. Esta descripción comprenderá el estudio de los síntomas o caracteres elementales, de las variedades y de la evolución del chanero venéreo.

Síntomas o Caracteres del Chanero Venéreo. — El chanero venéreo completamente desarrollado es una ulceración pro-

quia de los organos genitales, raras veces extra-genital, en la que cada uno de los elementos siguientes tiene particular importancia:

1.ª Forma. — La forma de la ulceracion es de ordinario redondeada, ovalada o eliptica, siempre que la especial configuracion de la region en que asienta no modifique esta natural tendencia del chancero venereo a las formas circulares. La convergencia o fusion de varias de estas ulceraciones dexa lugar tambien a formas o figuras mas o menos singulares, pero casi siempre de contornos poligonales formados por segmentos de circulo.

2.ª Bordes. — Los bordes se perciben claramente por tener un grosor que oscila entre medio milimetro y dos milimetros, segun que la ulceracion haya destruido en parte o por completo el espesor del dermis. Son cortados a pico y como si la porcion tegumentaria que falta hubiese sido extraida con un saca-bocados. Estan despegados

del fondo de la ulceracion en una extension mayor o menor que no puede apreciarse a simple vista. Esta última particularidad del chanero venéreo puede comprobarse: 1.<sup>o</sup> Introduciendo por debajo de los bordes una espatula delgada y fina apoyada de plano en el fondo de la ulceracion, con la que puede medirse la extension en que estan despegados. 2.<sup>o</sup> Haciendo desde las inmediaciones de la úlcera y por fuera de ella ligeras presiones acompañadas de tracciones excentricas, se consigue que, levantándose los bordes, aparezca a la vista por entero el fondo o suelo de la ulceracion y 3.<sup>o</sup> Si después de bien limpio, al parecer, el chanero venéreo, hacemos presiones sobre sus bordes se ve aparecer el pus acumulado en la parte no visible del fondo de la úlcera.

Los bordes no son lisos; presentan sinuosidades y dentellones que se aprecian muy bien con

una lente o lupa de poco aumento. En muchos chancros venéreos, no en todos, la parte más interna del borde presenta un filete amarillento, y por fuera de este filete, otra raya lineal roja.

La existencia de estos bordes y la circunstancia de estar despegados tiene una importancia de primer orden en el diagnóstico de las ulceraciones de localización genital, pues son caracteres casi exclusivos del chancro venéreo.

3.º Fondo. — El fondo del chancro venéreo es desigual, irregular, granuloso, y tiene una coloración gris amarillenta. Los granos o pequeñas eminencias que lo tapizan son unas veces pequetísimas, otras voluminosas; cuando son gruesas, asemejan groseramente las ondulaciones que forman las circunvoluciones cerebrales; cuando son finas y entorneadas, el fondo del chancro venéreo tiene cierto parecido á la superficie de un corte de la glandula testicular. En algunos casos restos relieves y

anfractuosidades parecen orientados con cierta regularidad en una direccion.

Contra lo que se ha afirmado, el fondo del chanero venereo no está recubierto por ninguna falsa membrana; el tejido mortificado y pultáceo que lo forma no solo es muy adherente, sino imposible de separar de la ulceracion. El suponer que el chanero venereo tiene falsa membrana es un error grave y de gran trascendencia para su diagnóstico.

N.º 4.º Base. — Los tejidos sobre que descansa el chanero venereo y que le sirven de base son, generalmente, blandos; de ahí la denominacion de chanero blando que también se le ha dado, en oposicion al chanero sifilitico o indurado que descansa, de ordinario, sobre una base de durera cartilaginosa. Mas que este caracter de la durera o blandura de la base es muy importante, no tiene, sin embargo, la generalidad



que se ha pretendido darle, ni es patognomónico de uno u de otro proceso: aquí como en todas las enfermedades, no es prudente diagnosticar por un solo sintoma, sino por el conjunto de todos. Debe desecharse la práctica de diagnosticar los chancros por el tacto, sin haberlos examinado antes detenidamente, pues con suma facilidad nos conduciría esta costumbre á equivocaciones imperdonables. Es necesario primeramente formar juicio por el examen visual y no tocar el chancre mas que en último término para corroborar o completar el juicio formado. Recordemos, en efecto, que hay chancros sífilíticos que presentan tan insignificante induración que solo una mano muy ejercitada en estas exploraciones puede percibirlos. En cambio los chancros venéreos de ciertas regiones, como el surco balanoprepucial, el meato urinario y el prepucio, así como los irritados por energías cauterizaciones, que-

den adquirir induración. Esto no obstante, es fácil diferenciar esta induración artificial de la base del chancro venéreo de la dureza propia del chancro sífilítico. La induración artificial es casi siempre inflamatoria y dolorosa; tiene dureza de edema y cierta pastosidad semejante a la base de un forunculo; es difusa, y ocupa debajo del chancro mucha más extensión que este; no tiene límites bien marcados y disminuye gradualmente para desaparecer en los tejidos próximos. En el chancro sífilítico, por el contrario, la dureza es firmilosa e indolente; circunscrita a la extensión del chancro, desaparece bruscamente algunos milímetros por fuera de su perímetro.

El grado de dureza o blandura de un chancro puede determinarse por las siguientes reglas:

- 1.º Practicando el tacto sobre el chancro, de plano, paralelamente a los tegumentos.

2.<sup>a</sup> Logiando el chanero por sus bordes y por las estremidades de uno de sus diámetros, entre el pulgar y el índice, o mejor aun, entre el pulgar y el dedo medio.

3.<sup>a</sup> Logiando el chanero por su circunferencia con tres o más dedos, según su extensión, como si se tratase de levantarlo y desmenuzarlo de los tejidos que le rodean.

4.<sup>a</sup> Apoyando el pulgar y el índice en los extremos de uno de sus diámetros, trátase de oponer los dedos intentando su contacto; la resistencia normal o anormal, mayor o menor que se halle, constituye clínicamente el grado de induración. Hecho esto, repítase la misma operación en la región sana simétrica al punto en que está localizado el chanero; esta contra prueba nos dará la noción exacta de la resistencia fisiológica propia de la región y nos permitirá apreciar mejor, por comparación, la resistencia morbosa de los tejidos afectados.

5.º Logiendolo el chanero por encima con el pulgar y el índice y lo más cerca posible de su circunferencia, estando los dedos perpendiculares á él, inténtese imprimirle, paralelamente á los tegumentos, movimientos rotatorios hacia uno y otro lado, y

6.º Suponiendo que exista un diámetro que divida el chanero en dos partes aproximadamente iguales, inténtese superponer estas dos mitades de modo que las superficies de cada medio chanero vengan á tocarse. Si se consigue esta superposición completa, el chanero es venéreo; si no puede doblarse la ulceración, y aun doblándose, no llegan á tocarse las dos mitades, el chanero es sífilítico.

5.º Supuración. — Clínicamente el pus del chanero venéreo tiene importantes caracteres. Es abundante, y en algunos casos, concretase con facilidad formando costras bajo las cuales acumílanse pequeñas colecciones puru-

lentas. Cuando las ulceraciones no están cubiertas por costras, como sucede de ordinario si radican en la cara mucosa del prepucio, en el surco balano-prepucial, y aun en el glande algunas veces, siempre que estas regiones no estén constantemente al descubierto, la supuración es también abundante y continua; si normalmente estas regiones están al descubierto, es más frecuente la formación de costras que obturan el chanero que la libre supuración de su superficie.

La abundante supuración del chanero venéreo hace que el pus fluya entre prepucio y glande y se le halle, seco, en la cubierta cutánea del miembro, en el muslo izquierdo a nivel del glande y en las ropas del enfermo.

Por lo general el pus es amarillento; si contiene sangre, está intimamente mezclada con él y toma entonces el pus un color rosado. El chanero venéreo

no sangra con facilidad, siendo necesarios un traumatismo violento o una rotura vascular para que tenga lugar en él una hemorragia. El chanero sífilítico en cambio, supura poco; el pus es sero sanioso; sangra con gran facilidad al menor roce y espontáneamente.

La abundante supuración del chanero venéreo es pues, un buen signo para diferenciarle de las demás ulceraciones genitales.

6.º Dolor. — El chanero venéreo es doloroso al tacto. Espontáneamente raras veces produce verdadero dolor, y cuando esto ocurre, duele o molesta, no de un modo continuo, sino por accesos de una ó dos horas de duración, varios veces al día.

7.º Número. — El número de chaneros venéreos que pueden presentarse simultánea o sucesivamente en un enfermo es indeterminado y depende de la mayor ó menor precaución con que se aislan los primeros focos. Como los enfermos no tienen esta precaución, ni acostumbran ponerse en cura al notar

los primeros síntomas de la infección, es la regla que los chancros venéreos sean múltiples y confluentes; la suciedad unida á la falta de tratamiento hacen que este chanero, de gran contagiosidad y auto-inoculable indefinidamente, rara vez se presente solitario. El chanero sífilítico, en cambio, que no es auto-inoculable es con mucha frecuencia solitario, ó á menos que la inoculación sífilítica haya tenido lugar por varios puntos á la vez, que entonces, presentase un chanero sífilítico en cada uno de estos puntos. De todos modos, los chancros venéreos múltiples son casi siempre confluentes; los chancros sífilíticos múltiples, discretos.

Por condiciones anatómicas de region es regla observar en la mujer mayor número de chancros venéreos que en el hombre.

8.º Conmemorativo. — El conmemorativo refiérese al tiempo que transcurre desde el momento del contagio hasta la objetividad del chanero venéreo. Este tiempo es tan corto

para el chancro que estamos estudiando que en realidad no constituye un periodo de incubacion. Es solo de dos o tres dias, aun que los enfermos no descubren tan pronto la lesion o' menos de estar prevenidos o' tal contingencia. Las ulceraciones multiples aparecen, al mismo tiempo, si el virus ha sido inoculado simultaneamente por varios puntos; sucesivamente, si por reinoculaciones sucesivas ha ido aumentando su numero progresivamente. La fecha de aparicion del primer chancro venereo solitario o' de los primitivos chancros multiples tiene gran importancia diagnostica; la fecha de aparicion de los chancros reinoculados carece de interes. En resumen: el conmemorativo es de dos a ocho dias, como maximum, para el chancro venereo; de veinticinco a treinta dias, o' mas, para el chancro sifilitico. Si pues, la rapida aparicion del chancro despues del coito, la frecuente multiplicidad de las lesiones y la generacion sucesiva de nuevos chancros son tres caracteres tipicos de gran valor para el diagnostico del chancro venereo.



9.º Estado de los ganglios inguinales. — En un enfermo con chancros venéreos, los ganglios inguinales pueden permanecer normales durante todo el tiempo de su evolución. Si como complicación debida á absorciones linfáticas piógenas, ó del bacilo específico, se presenta adenitis, esta tiene los caracteres siguientes:

- 1.º Es casi siempre unilaterial; rara vez bi-inguinal.
- 2.º Es inflamatoria; si el proceso está avanzado hay enrojecimiento de la piel, edema y signos de supuración; la inflamación es uni-ganglionar, ganglionar y peri-ganglionar.
- 3.º Es muy dolorosa espontáneamente y á la presión.
- 4.º Se localiza del mismo lado que el chancreo; los chancros del penillo y de la línea media del miembro son los que, con más frecuencia, originan adenitis venéreas bi-inguinales.
- 5.º Fermina rara vez por resolución; casi siempre por supuración; la supuración se inicia por dolores lancinantes en el ganglio afecto.

6.º Declarada la supuración hay fluctuación en la región afectada; síntomas generales de aumento de temperatura (fiebre), cefalalgia, sed, inapetencia, insomnio, etc.

Entre las ulceraciones genitales únicamente el chancro sífilítico y el epiteloma del miembro, además del chancro venéreo, imprimen modificaciones á los ganglios de la ingle. Del epiteloma nos ocuparemos mas adelante, al tratar del diagnóstico del chancro venéreo comparativamente con todos los procesos de localización genital que pueden ser objeto de confusión ó duda; aquí señalaremos únicamente los caracteres de las adenitis inguinales sífilíticas para hacer resaltar mas los propios de las adenitis venéreas que acabamos de enumerar.

Los caracteres propios y exclusivos de las adenitis inguinales sífilíticas, que contrastan verdaderamente con los anteriores, son:

1.º Las adenitis son siempre bi-inguinales.

2.º No hay inflamación; las adenitis son ganglionares y poli-ganglionares.

3.º Los ganglios afectados son indolentes espontáneamente y a la presión; movibles, duros, independientes.

4.º Terminan casi siempre por resolución; rarísima vez por supuración.

Variedades del Chancro Venéreo. — Además de los caracteres del chancro simple que acabamos de describir, añádate en otros tiempos el de ser su localización siempre exclusivamente genital. En la actualidad, está demostrado que el chancro venéreo puede ser también extra-genital, siquiera estos chancros de la restante superficie del cuerpo sean formas bastardas del verdadero tipo patológico que hemos descrito. Por lo demás, están excepcionales observar chancros venéreos extra-genitales, que dudándose de la naturaleza y acertado diagnóstico de los que se consiguan como

tales en la bibliografía médica, si las inoculaciones experimentales no hubiesen evidenciado la posibilidad de que un chancro blando pueda evolucionar en la piel y mucosas no genitales. Son sin embargo, hechos perfectamente demostrados y evidentes que la superficie del cuerpo humano, fuera de la zona ano-genital, es mal terreno para el desarrollo de este proceso; que son rarísimos y contados, por consiguiente, los chancros venéreos extra-genitales observados; y que estos ya sean debidos al contagio accidental, ya producidos por vía de experimento por inoculaciones artificiales, desvíanse notablemente en sus caracteres del tipo genital. Surgen, pues, ya de aquí dos grandes variedades de chancros venéreos de distinta fisiología, aun que siempre tengan de común alguno o algunos de los síntomas o caracteres propios de la especie: chancros venéreos genitales y chancros venéreos extra-genitales. Más no es esta sola circunstancia la única

fuente de variedades. Si es cierto que los chancros extra-genitales tienen en los dos sexos idénticos caracteres, no sucede lo mismo con los de la zona ano-genital, por cuanto las particularidades anatómicas y de tejido propias de los órganos genitales de cada sexo son las que originan las principales variedades del chancro venéreo. En síntesis, puede afirmarse, que las variedades del chancro venéreo dependen del sitio y que son casi todas, variedades morfológicas.

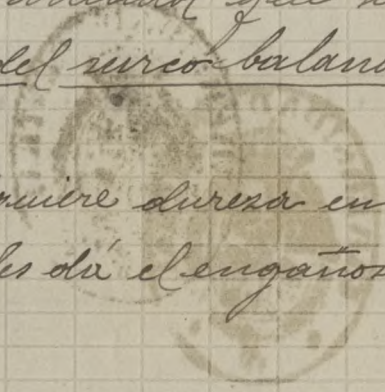
Estudiaremos, pues, sucesivamente las variedades de chancro venéreo de la zona ano-genital del hombre, de la zona ano-genital de la mujer, y por último, aquellas que dependen de su localización extra-genital.

I. Variedades de la zona ano-genital del hombre. — Los chancros simples localizarse en el hombre con más frecuencia en el surco balano-prepucial, que es el sitio de elección; sigue después, en orden de mayor a menor frecuencia, la cara interna o mucosa del prepucio, su borde libre,

el prenillo, el meato, el glande, la cara cutánea del prepucio, y en último término, la piel del miembro. Cada una de estas localizaciones es una variedad.

Chaneros del surco balano-prepucial. — Los chaneros de esta región son generalmente múltiples, de forma oval con el eje mayor dirigido en dirección del surco y de contornos circulares ó poligónicos. Según el número y dimensiones de los chaneros, ocupan mayor ó menor extensión del surco balano-prepucial y en algunos casos, si el número de ellos es bastante grande y están lo suficientemente próximos entre sí para fusionarse, queda convertida toda la ranura en una sola ulceración; es esta una sub-variedad que ha recibido el nombre de chanero circular del surco balano-prepucial.

Esta variedad de chaneros adquiere dureza en su base con suma facilidad, dureza que les da el engañoso aspecto de chaneros sífilíticos.



En los enfermos con fimosis esta variedad de chancros pueden llegar a adquirir extraordinaria gravedad. En estas condiciones hácese fagedénicas o gangrenosas con rapididad; destruyen el glande y el miembro en mayor ó menor extensión, y estas destrucciones pueden originar fistulas uretro-peneales de difícil remedio y retracciones cicatriciales que imposibilitan el ejercicio de la función genérica.

Chancros de la cara mucosa del prepucio. — Estos chancros no presentan caracteres especiales. Se observa con frecuencia que un chancre venéreo de la cara interna del prepucio corresponde exactamente a otro de la superficie del glande. Cuando hay fimosis pueden también estos chancros dar lugar a complicaciones gangrenosas ó fagedénicas y a perforaciones del prepucio consecutivas.

Chancros del frenillo. — El chancre venéreo tiene es -

pecial predilección por localizarse en este sitio por ser el frenillo, en muchos individuos, la parte del miembro más traumatizada en el acto sexual. Empezará a nivel de una de las fositas que hay a cada lado del frenillo o por el borde libre de éste. Si el chanero ha empezado por las fositas laterales, extendiéndose la ulceración en superficie y profundidad, llega en ocasiones a perforar el frenillo, quedando este reducido a una brida, filiforme tendida a modo de puente entre el glande y el prepucio. Por la acción destructora del chanero o por las tracciones que son inevitables en el momento de la cura, al volver hácia atrás el prepucio, no tarda en romperse el frenillo, que queda reducido a dos pequeñas carunculas que ocupan en el glande y en la cara interna del prepucio los extremos o puntos de inserción de la brida o puente que formaba. Si el chanero ha empezado por el



borde libre del frenillo se llega al mismo resultado, pues la ulceración va cortandole, sin que sin perforarle. En todo caso, si la ulceración no se detiene y continúa destruyendo los tegidos subyacentes en dirección del frenillo, forma primero un surco longitudinal de uno à dos milímetros de profundidad que se ensancha después por la región frénica del glande, por la cara mucosa del prepucio ó por ambas regiones á la vez, permaneciendo siempre más estrechada la porción del chancro que cruza al surco balanoprepucial. Si el proceso no se ha extendido más que por un lado de este cruce, forma una uña de las dos sub-variedades de chancro en raqueta: chancro en raqueta del glande ó chancro en raqueta del prepucio. Si se ha extendido en ambos sentidos, constituye la sub-variedad que llamaremos chancro en doble raqueta.

Los chancros del frenillo, en general, son bastante dolorosos y duelen principalmente al andar, en el estado erecto del miembro y al volver hacia atrás la cubierta intaneo-mucosa del glande. Son de larga duración, pueden dar lugar a hemorragias al romperse el frenillo, por rotura de la arteria de este repliegue; si profundizan algo perforan la uretra y producen fistulas urinarias uretro-peneales muy rebeldes a todo tratamiento médico o quirúrgico; van acompañados, casi siempre, de edema más o menos intenso del prepucio.

El diagnóstico de los chancros de esta variedad de sitio es a veces difícil; mas teniendo en cuenta que el chancre sifilítico no perfora nunca el frenillo, y que en la simple rotura traumática de este no podremos comprobar los caracteres de despegamiento de los bordes, irregularidad y color del

fondo propios del chanero venéreo, será fácil llegar á un diagnóstico preciso.

Chaneros del borde libre del prepucio. — Los chaneros simples del borde libre del prepucio, pueden aparecer primitivamente en esta región, pero es regla que se confirma con gran frecuencia en la práctica, el considerar estos chaneros como de autoinoculación del portador. En los individuos con fimosis, y aún en los que no tienen este defecto de conformación, un chanero de otra región cualquiera, del frenillo, del glande, de la cara interna del prepucio, por ejemplo, suele ser el que contagia el borde libre. Este auto-contagio verificase por razón de que, los esfuerzos y tracciones violentas que hay que hacer á causa del edema ó fimosis del prepucio para curar ó para ver algún chanero de estas localizaciones, da lugar á una corona de grietas ó fisuras en todo el borde libre del prepucio, el pus chancroso que fluye entre

prejuicio y glande inoculase en estas lesiones trau-  
 máticas y en cada una de ellas aparece y evoluciona  
 después un chanero venéreo del borde libre del prejuicio.  
 Este modo de auto-inoculación se comprueba casi si-  
 empre interrogando al enfermo ó explorando la  
 región que sospechamos ha sido primitivamente a-  
 fectada; por la palpación minuciosa del prejuicio,  
 hecha exteriormente si ha fimosis, ó por la inspección  
 directa si no le hay, se encontrará en el primer caso  
 una región más sensible que oculta el chanero ó chan-  
 eros sub-prejuiciales primitivos origen de la reinocu-  
 lación del borde libre, ó podremos observarlos directa-  
 mente en el segundo caso.

Los caracteres propios de esta variceloides se des-  
 criben de lo dicho; estos chaneros son alargados para-  
 lelamente á los pliegues del limbo ó borde del prejuicio;  
 aparecen como grietas ó fisuras ulceradas; tienen,

enfin, los demás caracteres propios del tipo general, bordes visibles y despegados, fondo irregular de color gris amarillento y abundante supuración.

No siempre los chanceros del borde libre tienen el aspecto de grietas ulceradas; es también bastante frecuente otra disposición acaso más importante que la anterior por que puede conducir con facilidad a errores de diagnóstico. Estos otros chanceros venéreos del borde libre del prepucio, en vez de ser alargados, son redondeados, descansan sobre una base abultada, prominente, que les da el aspecto de tubérculos. Con el contacto de la orina se irritan, y adquiriendo su base cierto grado de induración, pueden parecer sífilíticos. Mas no es precisamente el chancreo sífilítico con lo que más pueden confundirse, pues la multiplicidad de los chanceros venéreos además de los caracteres de despegamiento de los bordes y aspecto del fondo,

propios de estas ulceraciones, quioran el diagnóstico a buen camino; con las papulas mucosas del periodo secundario de la sífilis el diagnóstico puede ser verdaderamente difícil, si no hay otros síntomas de sífilis y se trata de chancros venéreos de esta clase en periodo de reparación.

En general, los chancros de estas dos modalidades de la variedad son de larga duración y determinan al curarse retracciones cicatriciales que estrechan considerablemente el orificio prepucial, pudiendo ser origen de un fimosis definitivo y completo.

Chancros del meato y endo-uritrales. — Los chancros blandos del meato aun que no son tan frecuentes como los de las anteriores variedades, se observan bastantes veces en la práctica. Pueden propagarse en el interior de la uretra hasta la fosa navicular, pero rara vez penetran más interiormente, siendo en la mayoría de los casos perfecta-

mente visibles separando los labios del meato urinario.  
 Supuran bastante, aun que esta supuracion no es tan  
 abundante como la de la blenorragia; el pus contiene  
 grumos y es sanguinolento, tomando un color de  
 chocolate caracteristico si la sangre alterada o discon-  
 puesta, se mezcla con el intimamente, o presenta solo  
 algunas estrias rojas de sangre reciente si no se ha veri-  
 ficado esta mezcla intima. Por la palpacion de la  
 uretra hecha a nivel del punto ocupado por el chanero,  
 acusa el enfermo dolor agudo y percibere algo de indura-  
 cion inflamatoria difusa. Esta ligera dureza de la  
 base de los chaneros venereos creese que proviene del  
 contacto irritante de la orina.

La miccion es tambien muy dolorosa y el dolor  
 esta circunscrito al sitio del proceso. Las erecciones y  
 las poluciones, aun que dolorosas, ocasionan menor  
 dolor que la miccion y este localizado en el glande.

El chancero del meato tiene, además, casi todos los caracteres propios del tipo general, y si es fácilmente visible; con lo dicho y la comprobación de estos caracteres se diagnosticará con facilidad.

Chancros de la cara cutánea del prepucio y de la piel del miembro. — La frecuencia con que se observan estas variedades de chancros depende de la región cutánea de que se trate. Clínicamente y para este objeto podemos dividir la piel del miembro en tres regiones; región del prepucio, región central y región radicular del miembro. De estas tres regiones tegumentarias, en las dos primeras aientan chancros venéreos con relativa frecuencia; en la piel de la raíz del miembro es en cambio rarísimo observarlos, a no ser consecutivos a la abertura o dilatación de linfagitis chancrosas.

Los chancros cutáneos de las regiones del prepucio y central del miembro no tienen especiales caracte-



teros, excepto el tamaño que suele ser mayor, en los de esta última región. Son ovalados y de grandes dimensiones; frecuentemente les cubre una corteza negra o negra debajo de la que se acumula el pus; los bordes son claramente cortados a pico; el fondo anfractuoso y de color amarillento.

Los chancros simples de la región del pubis, de los pliegues peno-pubiano y peno-escrotal, del escroto y del ano son muy poco frecuentes; el último sobre todo, es propio de la mujer por la especial configuración anatómica de su región genital. En términos generales, los chancros de estas localizaciones son con más frecuencia sífilíticos que venéreos.

II. Variedades de la zona ano-genital de la mujer. — En la mujer el chancre venéreo orienta con preferencia en la vulva; horquilla, pequeños labios, ano y orificio de

de la uretra, con menor frecuencia en los grandes labios y cuello uterino; rarísima vez en la vagina. Este orden de frecuencia tiene razón de ser natural; la frecuencia de cada localización está en razón directa del traumatismo que sufre la región durante el coito. Estos traumatismos a veces originan erosiones que facilitan la inoculación y el contagio.

Chaneros de la vulva. — En la región vulvar, y particularmente en la cara cutánea de los grandes labios el chanero venéreo toma a menudo el aspecto de una foliulitis (chanero foliular). Aparece bajo la forma de una elevación gruesa, de color rojo en su base y en la que el vértice está ocupado por una quístula o por una costra. Rompiendo esta quístula y vaciando el pus que la llena, o separando la costra, aparece al descubierto una pequeña ulceración crateriforme, de bordes cortados o picos y despegados del fondo. Estos chaneros foliulares

son, en general múltiples y muy pequeños ni están aislados; tienen de dos a tres milímetros de diámetro, pero pueden adquirir también grandes dimensiones a consecuencia de la fusión de varios chanceros contiguos.

En los pequeños labios toma el chancero simple con gran frecuencia desde el principio la forma epulcerosa. Esta consiste en que el proceso ulcerativo o destructivo ataca muy poco al dermis, de donde resulta un chancero tan superficial que el fondo está a nivel de los tejidos sanos; los bordes son apenas visibles aun que siempre puede comprobarse su despegamiento en mayor o menor grado.

A parte de las dos anteriores variedades, el chancero vulvar folicular o acneiforme y el chancero vulvar epulceroso cuya frecuente localización en los grandes y pequeños labios respectivamente hemos señalado, en las demás regiones de la vulva tiene el chancero

venéreo sus caracteres generales modificados únicamente en la figura de sus contornos por la conformación o estado patológico regional. Resulta de estas condiciones que la irregularidad morfológica de la vulva imprime irregularidad en el perímetro de los chancros venéreos que en ella asientan y que conduce, además, al mismo resultado, al frecuente edema que acompaña a este proceso.

Chancros del cuello uterino. — Son relativamente frecuentes; asientan en un punto cualquiera de la superficie del útero y suelen verse también en la cavidad cervical, por la que pueden penetrar. Estos chancros son casi siempre múltiples; se fusionan fácilmente, apareciendo un chancre único y extenso en el momento de la exploración. También es posible que un chancre venéreo único se extienda rápidamente y ocupe por completo toda la superficie

del hocico del tenax

En los chancros del cuello uterino, que pueden ser ulcerosos ó equilcerosos, se aprecian bien los caracteres siguientes: son claramente circunscritos, de bordes rojos y cortados á pico, fondo granuloso y amarillento, supuración abundante. Son indolentes y se curan con sorprendente rapidez.

En algunos casos se observa una curiosa variedad, el chanero venereo papuloso del cuello, muy importante bajo el punto de vista diagnóstico por que puede ser tomado erroneamente por una sífilide papulo-ulcerosa del cuello uterino. Este chanero venereo papuloso tiene la base infartada y saliente; los restantes caracteres no varían.

Otra importante variedad del chanero simple del cuello del útero es el chanero venereo pseudo-diftérico ó pseudo-membranoso. El cuello de la matriz es la

única región de la zona ano-genital que puede presentar chancros venéreos con verdadera falsa membrana. Estos chancros tienen los bordes un poco salientes y están cubiertos, así como el fondo de la ulceración, por una laminilla larvácica, de aspecto diftérico y de color blanco amarillento que es la falsa membrana.

El diagnóstico del chancre simple del cuello uterino no es siempre difícil y en ocasiones imposible. Mas como rara vez tendremos ocasión de observar chancros de esta región que no vayan acompañados de otros vulvares de igual naturaleza, esta circunstancia, sumada a los caracteres especiales objetivos apuntados, no ayudará mucho en clínica para hacer el diagnóstico.

Chancros del ano. — Según las estadísticas, en el hombre por cada chancre venéreo del ano se observan doscientos de la región genital; en la mujer, por cada ocho chancros genitales se observa uno en el

ano. Esta estadística, por sí sola, nos indica la extraordinaria frecuencia de esta localización en el sexo femenino. A parte de otras causas, es origen principal de esta mayor frecuencia de los chancros simples del ano en la mujer la configuración de sus órganos genitales. El paso de los chancros vulvares para al ano con gran facilidad, en donde verificase el auto contagio por las pequeñas fissuras o grietas consecutivas al estreñimiento, tan frecuente en la mujer. La úlcera orienta generalmente en los pliegues radiados anteriores y posteriores del ano con preferencia a los laterales, que rara vez son afectados. Es frecuente observar dos chancros venéreos, uno delante y otro detrás, es decir, uno en la extremidad anterior del diámetro antero-posterior del ano y otro en la extremidad posterior. Estos chancros del ano tienen la forma de una fisura o grieta ulcerada que sigue la dirección de los pliegues radiados, alargada y bastante

profunda; son muy dolorosos al tacto; con frecuencia tienen induración en la base. Algunas veces se extienden a la extremidad externa sobresaliendo del ano simulando una hemorroides compuesta de dos segmentos adosados por la cara ulcerada. cuando se dilata el ano separándose estos dos segmentos del chancro, de igual modo que se abren las hojas de un libro. Esta disposición no, es sin embargo, exclusiva del chancro venéreo pues observarse igualmente con el chancro sífilítico del ano.

Para hacer el examen de los chancros de esta región hay que empezar por su anestesia, algunos minutos antes de la exploración introduciendo en el ano una mecha de algodón hidrófilo empapada en una disolución de clorhidrato de cocaina al 1 por 100. Colocada la enferma en la posición genu-rectoral, se despliega el ano separando con cuidado las dos nalgas, al propio tiempo que la enferma hace un ligero



esquero como si intentara defecar. Apreciarse entonces perfectamente el número de chaneros, su aspecto, el estado de sus bordes. Para apreciar la consistencia de la base hay que verificar el tacto rectal.

El diagnóstico de los chaneros venéreos del ano sería en ocasiones muy difícil si no fueren, casi constantemente, acompañados de otros chaneros venéreos de las regiones perineal o vulvar.

Son de larga y difícil curación.

III. Variedades Extra-genitales. - El chanero venéreo puede desarrollarse en cualquier punto de la superficie cutáneo-mucosa del cuerpo humano. Antiguamente se creía que este proceso era exclusivo de los órganos de la zona ano-genital y se atribuyó, en particular, a la extremidad cefálica, absoluta inmunidad para padecerlo. Esta inmunidad no existe para ninguna región, pero

siendo verdad que estos chaneros extra-genitales son tan poco frecuentes, tan raros, ya que no inmunidad indudablemente hay alguna causa que escapa al estado actual de nuestros conocimientos y que podría darnos explicación satisfactoria del porque es tan frecuente y tan extraordinariamente contagioso en la esfera genital, tan raro, tan refractario a evolucionar en la restante superficie del cuerpo.

El mayor número de chaneros extra-genitales observados que registra la literatura médica corresponden al abdomen y a los dedos, por ser estas regiones las más expuestas a contaminarse con el pus procedente de otros chaneros localizados en la zona anogenital.

Los chaneros del tronco desarrollados en la posición supra-umbilical del cuerpo son más frecuentes y menos profundos que los de la región

85

infra-umbilical y cicatrizan tambien con mucho mayor rapidez.

Se ha señalado como localización excepcional la piel de la glandula mamaria, las piernas, los pies, la axila, el menton y la lengua.

Con relacion a los caracteres elementales o sintomaticos, se dividen estos chancros venereos extra-genitales en dos clases: chancros extra-genitales tipicos y chancros extra-genitales atipicos. Los chancros tipicos tienen iguales caracteres que los de localizacion genital: ulceracion profunda, de bordes cortados e irregulares, despegados, fondo anfractuoso, amarillo, etc. Los atipicos presentan caracteres mas definidos y el chancro puede parecer una quemadura, un paracisto o una ulcera simple descuidada e infectada. Estos chancros atipicos se observan con frecuencia en los dedos y pueden ir seguidos o acompañados de

una adenitis muy dolorosa en la región epitroclear  
o en la axila.

Evolución del Chancro Venéreo. — El chancro venéreo es una afección de evolución cíclica. Su estudio se ha hecho, principalmente, por el procedimiento de inoculación experimental, introducido en la ciencia por Hunter (J.) y vulgarizado por Ricord, que ha permitido observar la marcha de las lesiones desde el principio. Tiene un periodo inicial, un periodo de estado y un periodo de reparación o cicatrización.

I. — Periodo inicial. — En las primeras horas que siguen a la inoculación no se origina ningún fenómeno apreciable en el punto inoculado o contagiado, pero transcurridas veinticuatro horas, o menos, se ve en este punto de una areola eritematosa; al segundo día aparece un pequeño relieve papuloso y puntiforme, al

57

propio tiempo que la zona eritematosa se extiende un poco más; trascurrido el segundo día, o al comenzar el tercero, la papula se convierte en pustula y rompiéndose esta, se puede ya observar, hacia el fin del tercero o cuarto día lo más tarde, una ulceración que presenta el aspecto característico del chanero venereo. Al principio la ulceración es pequeña, pero tiene tendencia a profundizar todo el espesor del dermis.

Cuando el chanero simple que se observa no es producido por inoculación experimental, sino consecutivo a verdadero contagio fortuito, el periodo inicial de evolución no difiere en nada de lo expuesto; pero en este caso el paciente, ni menos el sífilógrafo, pueden observar los primeros estadios eritematoso, papuloso y pustuloso del proceso, que pasan desapercibidos. El enfermo no se da cuenta de la lesión hasta que esta presenta forma ulcerosa, es decir, a los tres o cuatro días lo más pronto.

En apariencia creeríase, que existe un periodo de incubacion; en realidad, no existe tal periodo, sino desarrollo inmediato, desde las primeras horas del contacto contagioso, de la lesión que ha de tener despues hacia el cuarto día de evolución los caracteres objetivos del chancro venéreo.

Puede faltar tambien, aquí en realidad, la pápula y la pústula iniciales cuando la inoculación del pus chanceroso tiene lugar en una ulceración de distinta naturaleza preexistente. En este caso, si la ulceración es pequeña, se infecta de una vez toda su superficie; si es extensa, va infectándose sucesivamente en toda su extensión los caracteres típicos del chancro simple.

II. - Periodo de estado. - En cinco ó seis días llega el chancro venéreo á su periodo de estado. Si no se le somete á tratamiento alguno aumenta progresivamente

en extensión y profundidad por espacio de tres ó cuatro semanas, conservando todos los caracteres propios que hemos descrito al tratar de su sintomatología.

III. - Período de reparación. - A las tres ó cuatro semanas, no existiendo complicaciones, el chanero tiende á cicatrizarse espontáneamente. El fondo se limpia y cubre de granulaciones ó mamelones carnosos de color rosado, que le van rellenando; los bordes se regularizan se pegan al fondo y desaparecen; el chanero se transforma, en apariencia, en una úlcera banal. Esto no obstante, el chanero venéreo conserva su virulencia, según ha demostrado Fournier, hasta su completa cicatrización. El chanero venéreo deja generalmente cicatrices indelibles, pero que no presentan nunca induración. Estas son de color blanco y recuerdan por su forma, dimensiones, bordes y profundidad el chanero que las ha originado. Este carácter de produc

cir cicatrices inolebles, que contrasta verdadera-  
 mente con el caracter fugaz de las cicatrices del chan-  
 cro sifilitico, se ha querido utilizar para el diagnos-  
 tico. Para esto hay que tener en cuenta: 1.º Que si  
 bien es regla general que todo cicatrís blanco y persis-  
 tente es originada por un chanero venéreo, es preci-  
 so no olvidar que los chaneros de esta naturaleza lo-  
 calizados en la cara mucosa del prepucio y en el surco  
 balanoprepucial dejan cicatrices poco persistentes  
 o fugaces, y

2.º Que los chaneros sifiliticos, no dejan nunca cicatrís  
 si anentan en tejido epitelial; si presentan cicatrís  
 unas o meros persistentes, como ocurre cuando han  
 tenido localizacion en la piel, esta cicatrís está rodea-  
 da de una zona pigmentada mas o menos oscura,



## Segunda parte.- Diagnóstico.

Antes de hacer el diagnóstico clínico diferencial del chanero venéreo con los demás procesos ulcerosos que pueden ser fácilmente confundidos con él, haremos un análisis del valor diagnóstico de cada uno de sus más importantes caracteres o signos. Analizaremos, pues, en orden de importancia creciente: el número de ulceraciones, el conmemorativo, el sitio de la lesión, la sensibilidad al dolor, el estado de la base, el aspecto del fondo, el estado de los bordes, el estado de los ganglios y, por último, la inoculación experimental. Haremos, después, el diagnóstico diferencial del chanero venéreo con el chanero sifilítico, con el chanero mixto, con las ulceraciones sifilíticas de la

rona genital distintas del chanero sífilítico, con las ulceraciones tuberculosas de la zona ano-genital, con las balanitis, con el herpes genital, con el epitelionna ulcerado del miembro, con la sarna, con el ectima simple y con las ulceraciones traumáticas, terminando este diagnóstico clínico con un estudio comparativo de los caracteres propios y diferenciales que nos permitirán diagnosticar el chanero venéreo larvado, es decir, no accesible a la vista por ser intra-uretral o estar oculto por un fimosis.

I. Valor de los signos o caracteres del chanero venéreo. — 1.º Número de los úlceras. — Este carácter no tiene mas que una importancia secundaria, pues si es cierto que el chanero venéreo es casi siempre múltiple, se observa tambien con alguna frecuencia casos de chaneros sífilíticos, de balanitis, herpes genitales, ectimas, etc.

bajo la forma de ulceraciones múltiples.

2.<sup>o</sup> Comemorativo. — El chanero venéreo se desarrolla como sabemos, sin incubación, desde las veinticuatro a las cuarenta y ocho horas del contagio. Este signo tiene también solo una importancia relativa, según los casos. Podría ayudarnos en el diagnóstico si el enfermo puede precisar las fechas de sus últimas relaciones sexuales. En la práctica se nos presentarían los siguientes casos:

- a. — Un enfermo se percibe a los cinco, seis o diez días de su último coito de que tiene una o varias ulceraciones en sus órganos genitales. Si su penúltimo coito data de más de un mes, podremos eliminar desde luego, del diagnóstico el chanero sífilítico, si en estas ulceraciones, probablemente, se naturaliza venéreo.
- b. — Si un enfermo que presenta una o varias ulceraciones

genitales puede precisarse, con absoluta certeza que su último coito data de veinticinco días o un mes y que las lesiones que presenta han tardado este tiempo en aparecer, podrá hacerse el diagnóstico de chancro o chancros sífilíticos con grandes probabilidades de acierto.

- c. — O por último, y este es el caso más frecuente, el enfermo no manifiesta que en corto período de tiempo un mes o dos por ejemplo, ha tenido varias y próximas veces relaciones sexuales que le han expuesto a distintos contagios. En este caso el conmemorativo no tiene ningún valor diagnóstico. Esto no obstante, aun en estas condiciones podrá hacerse alguna vez el diagnóstico del chancro venéreo teniendo en cuenta que es auto-inoculable y que según ha dicho Ricord «el chancro simple vive en familia, rodeado de sus

retornos  $\gamma$ , pues si es frecuente que el enfermo no pueda precisar el conmemorativo de su primera lesión, sabe perfectamente, de ordinario la relación de tiempo de aparición que con ella han guardado las siguientes.

3.º Sitio de la lesión. — Los chancros venéreos extra-genitales son muy poco frecuentes y coexisten casi siempre con otros de la zona ano-genital de la misma naturaleza. Si creemos que una ulceración extragenital es un chancre venéreo, y no presenta el paciente ningún otro en todo su sistema tegumentario, haremos el diagnóstico con gran reserva.

4.º Sensibilidad al dolor. — Se dice, en general, que el chancre venéreo es doloroso espontáneamente y al tacto; que el chancre sífilítico es completamente indolente. Como estos son datos subjetivos, cuya percepción y apreciación depende del grado de sensibilidad ó susceptibilidad del enfermo, no servirán muy

pero para el diagnóstico del chancro venéreo, además de que hay otras ulceraciones de los órganos genitales que son mucho más dolorosas que este.

5.º Estado de la base. — El chancro venéreo descansa sobre una base blanda, flexible, no indurada. Este carácter tiene un valor variable; si la úlcera descansa sobre una base dura limitada a la extensión de su perímetro; si esta induración tiene una dureza de cartilago; si de al tacto la sensación de un cuerpo extraño, de un botón, por ejemplo, colocado debajo de la úlcera, se puede eliminar el chancro venéreo y establecer el diagnóstico de chancro sífilítico. Si la induración es menos dura, menos limitada, más difusa; si se trata de una úlcera localizada en el surco balano-prepuceal, a nivel del meato, o en el borde libre del prepucio; si la úlcera ha sido cauterizada, irritada; en otros casos, no podemos funda-

mentar el diagnóstico en la dureza ó blandura de la base y tendremos que recurrir á otros caracteres. Por último si la base de una úlcera es ineluctablemente blanda y flexible, hay muchas probabilidades de que no es de naturaleza sifilítica.

6.º Aspecto del fondo. — El aspecto del fondo del chanero venéreo es tan característico de este proceso que constituye un signo de certeza para su diagnóstico. Recordemos que es irregular, cubierto de pequeñas entrantes y salientes, de color gris amarillento sin falsa membrana y que supura en abundancia.

7.º Estado de los bordes. — Los bordes del chanero venéreo son cortados á pico y despegados. El signo del despegamiento de los bordes tiene un valor diagnóstico del primer orden.

8.º Estado de los ganglios. — El chanero venéreo, ó no modifica el estado normal de los ganglios inguinales,

o de imprimir en ellos modificación, lo hace produciendo una adenitis mono-ganglionar generalmente uni-lateral, inflamatoria, dolorosa y con tendencia a la supuración. El examen de los ganglios permite, casi siempre, hacer el diagnóstico del chancro venéreo, o por lo menos eliminar el chancro sífilítico, cuya adenopatía es tan característica. En muchos casos los infartos inguinales no tendrán ningún valor para el diagnóstico, y hasta lo entorpecerán o dificultarán, como ocurre en algunos individuos que presentan en la ingle adenopatías crónicas, poli-ganglionares, de origen desconocido.

9.ª Inoculación experimental. — La propiedad que tiene el chancro venéreo de ser auto-inoculable al portador puede servir para establecer el diagnóstico, pero esta práctica de inoculación rara vez es indispensable y hasta puede llegar a ser peligrosa. No se recurrirá, pues a ella más que en casos excepcionales y con el consentimiento



imiento expreso del enfermo.

La inoculación experimental, con un fin diagnóstico, se hace con una aguja o lanceta esterilizada, generalmente en la región superior y externa del brazo izquierdo o en la región peri umbilical del abdomen, después de haber jabonado cuidadosamente y lavado con eter la región elegida. Se coge con la punta de la aguja o lanceta una pequeña cantidad del exudado de la úlcera por diagnosticar y se hace en el punto de elección una picadura superficial. Inmediatamente de la picadura se coloca un cristal de reloj, que se sujeta con tiras de aglutinante para preservarlo de roce y traumatismos y para poder observar, a través del cristal, su evolución. Esta picadura según la naturaleza de la úlcera, evolucionará de tres modos diferentes:

Primer caso. — Al día siguiente, o al segundo día se

forma alrededor de la picadura una zona eritematosa que persiste algún tiempo y que desaparece después. No se produce pus, ni ulceración, y con el eritema, desaparece toda huella de los fenómenos inflamatorios determinados por la picadura. La inoculación es negativa y la úlcera inoculada no es un chanero venéreo.

Segundo Caso. — Al día siguiente se observó una pustula, rodeada de una zona eritematosa. Si se rompe esta pustula de modo que quedan al descubierto los tejidos que recubre, aparece una erosión ó ulceración muy superficial. Si se deja evolucionar esta lesión, va disminuyendo en vez de extenderse y desaparece por completo en cinco ó seis días. Esta es una falra pustula, que así la denominaban los sífilígrafos antiguos, lesión banal ó sin importancia producida por la inoculación de un pus cualquiera. La inoculación es negativa y la úlcera inoculada no es un chanero

venéreo.

Quinto caso. — Al día siguiente de la inoculación se desarrolla al rededor de la picadura una zona eritematosa, que va en aumento. Al terminar el segundo día o principiar el tercero, la picadura se cubre de una pústula. Si al cuarto día se rompe la pústula y se separa la costra que después se forma, aparece una ulceración pequeña pero profunda, más profunda que ancha, ulceración que interesa el dermis en mayor o menor grado. Si se deja evolucionar esta ulceración, se extiende gradualmente en extensión y en profundidad; adquiere todos los caracteres o signos propios del chanero venéreo. La inoculación es positiva y no habrá duda sobre la naturaleza de la ulceración que nos ha suministrado el pus inoculado.

Establecido el diagnóstico se procede in-

mediatamente al tratamiento del chanero experimental.

## II. Chanero Venéreo y Chanero Sifilítico.

Al hacer el estudio de los caracteres del chanero venéreo los hemos comparado, casi siempre, con los peculiares del chanero sifilítico. No nos resta más que ordenar esas diferencias entre uno y otro proceso, como lo hacemos en el siguiente cuadro y tendremos el diagnóstico diferencial:

	<u>Chanero Venéreo</u>	<u>Chanero Sifilítico.</u>
I. Número de lesiones	Casi siempre múltiples, y confluentes alguna vez en número considerable (en la mujer)	Casi siempre único; alguna vez múltiple pero en corto número y discretos.
II. Comemorativo	Sin incubación; es frecuente la aparición sucesiva de varias generaciones por auto-inoculación.	Incubación de veinticinco a treinta y cinco días. Cuando las lesiones son múltiples aparición simultánea de todas ellas.
III. Aspecto general de la lesión	Ulcera de contorno, en muchos casos irregular; bastante profundo;	Erosión de contorno, en muchos casos perfectamente regular y circular

	<p>renible al tacto y espontáneamente.</p>	<p>Erosión a nivel de la grilla poco profunda, algunos veces de relieve, casi nunca hincerosa. Lesión completamente indolente.</p>
IV. Estado de los bordes	<p>Bordes cortados e poco irregulares, con dentellones, claramente despegados.</p>	<p>No tiene bordes; la superficie de la erosión se continúa en suave pendiente con los tejidos sanos.</p>
V Estado del fondo	<p>Fondo desigual, supraestructura gris-amarillento, a nivel del que con una espátula, no se puede arrancar más que su propio tejido. Produce abundante secreción de pus.</p>	<p>Fondo liso, reluciente de color rojo oscuro. Este fondo está con frecuencia cubierto, en totalidad o en parte por una falsa membrana blanquecina que puede ser desprendida con una espátula. No produce pus verdadero, sino una secreción serosidaul rariosa en pequeña cantidad. Sangra con extrema facilidad.</p>
VI. Base	<p>Base completamente blanda flexible no indurada. En ciertos casos (almarras conterizados), la base es un poco dura pero la induración es edematosa y difusa.</p>	<p>Base que presenta de ordinario una induración de consistencia cartilaginosa, exactamente limitada por la circunferencia de su base o muy poco saliente.</p>

VII. Ganglios

Generalmente no hay bubon si lo hay este es de ordinario monoganglionar, unilateral, inflamatorio y llega con gran frecuencia a la supuración

Siempre hay bubon, de ordinario, bi-linguinal, que afecta a varios ganglios (pliegue, fimo, maldentia), no supuran, o por accidente si lo hacen. Los ganglios son duros, móviles, rodaderos bajo el dedo. Cuando el chanero ocupa una region media del cuerpo, la adenitis es bilateral.

VIII. Inoculación

Resultado positivo

Resultado negativo,

IX. Examen general del enfermo

Aunque el chanero sea muy antiguo no hay ninguna sintoma general.

Si el chanero es reciente nada. Si el chanero es viejo de más de seis semanas, signos de sífilis secundaria: mactum, cepalea, roseola, placas mucosas, etc.

III. - Chanero Venereo y Chanero Mixto. - Gollet.

(de Lyon) demostró la existencia del chanero mixto, ulceración casi siempre genital que presenta un nudo,

Los caracteres del chanero venéreo y del chanero sífilítico.  
Se concibe perfectamente que siendo estas dos ulceraciones  
de diferente naturaleza, como originadas por la ino-  
culación de dos distintos agentes microbianos, siquiera  
el de la sífilis, todavía no se haya podido aislar, pue-  
den ser contagiadas simultáneamente o sucesivamente,  
o en un mismo individuo, que a su vez es otra fuente viva  
de contagio. El chanero mixto tuvo en tiempos, cuando  
se discutía el dualismo, gran importancia doctrinal  
por que demostraba palpablemente que la infección  
local venérea y el chanero sífilítico eran en esencia  
de distinta naturaleza, ya que podían observarse no  
solo por separado, cada proceso con sus caracteres, pro-  
pios, sino también, juntos, sin perder cada uno  
su característica sintomatológica. Hoy, la impor-  
tancia del chanero mixto no es doctrinal sino  
práctica; y aunque no puede considerarse como

una especie nosológica, como una entidad morbosa, pues en último análisis el chancro mixto no es más que un chancro venéreo en el que ha ingertado un chancro sífilítico, é un chancro sífilítico que ha sido invadido por el bacilo de Durey-Vinca, no es una lesión teórica ó experimental, sino una superposición de lesiones que se encuentran en la práctica con alguna frecuencia y que es, indudablemente, el proceso más engañoso de la venerología y en cuya existencia hay que pensar siempre en presencia de un chancro venéreo antes que hacer un pronóstico favorable ó benigno.

Para poder hacer el diagnóstico diferencial estudiaremos el desarrollo clínico del chancro mixto cuando la inoculación de sus componentes, el



virus venéreo y el virus sífilítico, ha sido simultánea y cuando ha sido sucesiva.

1.º Inoculación simultánea. — Esta inoculación puede tener lugar de tres modos:

a. — Transmisión de los dos virus por un individuo afecto de chancro mixto (poco frecuente).

b. — Transmisión por un individuo afecto de chancros venéreos y manifestaciones húmedas de sífilis (chancro, placas mucosas, papúlas, ulceradas, etc.), y

c. — Transmisión por un individuo sífilítico, pero sin lesiones visibles, afecto de chancros venéreos. En este caso, si hay confluencia de chancro mixto, y por consiguiente de sífilis, hay que admitir que se verifica por mezclarse al pus del chancro venéreo cierta cantidad de sangre.

En cualquiera de estos tres casos, siempre que la inoculación ha sido simultánea, el curso clínico del chancro mixto presenta tres estadios, o fases que le suceden con cierta re-

gularidad: fase venéreo, fase venereo-sifilitico, y fase sifilitico del chancro mixto.

La fase venerea del chancro mixto, no presenta ninguna particularidad diferente del comienzo y evolucion del verdadero chancro venereo; realmente es solo este proceso el que a nuestra vista se está desarrollando. Asi, en efecto, a los dos o tres dias del contagio, sin incubacion, aparece en un punto cualquiera de los organos genitales una pequena ulcera que va aumentando progresivamente en extension y en profundidad. tiene los bordes despegados, el fondo anfractuoso y de color gris amarillento; va acompañado o no de una adenitis inflamatoria monoganglionar y unilateral.

Transcurridas tres o cuatro semanas, que es precisamente el periodo de incubacion del chancro

sifilitico, y cuando el chancro venereo de la fase anterior está ya casi cicatrizado o muy adelantado en su periodo de reparacion, sufre este un retroceso en su curacion sin causa apreciable, y se modifica con sus caracteres de tal modo, que el fondo deja de ser anfractuoso si lo era todavia para hacerse liso y de color rojo oscuro, la base se indura y aparece al propio tiempo una adenopatia poliganglionar y bilateral. Este es la fase venereo-sifilitica del chancro mixto. En esta fase, aun que el chancro pierde la limpieza de sus caracteres venereos objetivos, sigue siendo auto-inoculable, propiedad que se comprueba o por que pueden aparecer nuevos chancros venereos alrededor del chancro mixto o haciendo una inoculacion experimental en el brazo del enfermo.

sigue conteniendo bacilos de Dueroy - Unna y puede producir, todavía, una, ó varias adenitis inflamatorias supurativas en los ganglios infectados yé por el virus sífilítico.

El chanero mixto permanece en este estado un tiempo variable hasta que desapareciendo su auto-inoculabilidad, por desaparecer los bacilos específicos venéreos, borrándose todo rastro de los caracteres propios del chanero venéreo quedan solo los que son típicos del chanero sífilítico. Esta es la fase sífilítica del chanero mixto. Cicatrizarase, por último, á los quince ó veinte días este chanero sífilítico y queda una cicatriz indurada y la adenopatia específica.

En el chanero mixto, de igual

modo que en el chancre sífilítico, los accidentes secundarios de la sífilis, aparecen en cuanto va cicatrizándose o cicatriza la lesión, es decir, a los cincuenta o sesenta días del contagio.

El diagnóstico diferencial entre el chancre venéreo y el chancre mixto de inoculación simultánea tendremos que hacerlo en la práctica en cada uno de las tres fases de este último según los casos:

a - Fase venerea del chancre mixto. - En esta fase el diagnóstico diferencial es imposible. Ni por medios clínicos, ni por medios bacteriológicos podremos saber si un chancre venéreo llegará a ser después un chancre mixto. Como consecuencia de esta deficiencia de nuestros medios de in-

investigación debemos hacer siempre un  
pronóstico reservado del chancro venéreo.

b. Fase venéreo-sifilítica del chancro mixto.—

En esta fase, verdaderamente mixta  
el diagnóstico diferencial no es imposible, pero  
resulta en ocasiones muy difícil. El elemento  
venéreo lo reconocemos fácilmente por  
el aspecto de la ulceración, por el ana-  
lisis bacteriológico y si puede ser necesario  
por la inoculación experimental; pero  
el elemento sifilítico, que es el más tras-  
cendental, tendremos que deducirlo solo de  
los caracteres objetivos de la ulceración  
y como estos caracteres de chancro sifi-  
lítico son aquí mal definidos y están  
enmascarados por el elemento venéreo,

resulta muchas veces una dificultad diagnóstica tan insuperable que únicamente la confrontación de las lesiones del individuo contagiante y contagiado, o el tiempo pueden dilucidar. En general, diremos que el chanero mixto es en esta fase menos hondo que el chanero venéreo; mas rojo y de bordes menos salientes y menos despegados; caracteres, en verdad, poco decisivos por depender de la apreciación individual del explorador. La induración de la base de la úlcera, si esta induración es cartilaginosa y circunscrita a un perímetro, es aquí signo de gran valor diagnóstico, pero no hay que olvidar que ciertas localizaciones del chanero

simple, así como las cauterizaciones em-  
 gias y las curas intermitivas, dan lu-  
 gar a induración de la base. Las adenó-  
 patías múltiples y bi-inguinales, si los  
 ganglios son duros, indolentes y móviles,  
 es un buen signo del chanero mixto,  
 pues aun que alguno ó algunos de estos  
 ganglios haya sufrido el proceso infla-  
 matorio y supurativo propio del elemen-  
 to venéreo, de que no es frecuente, los gan-  
 glios restantes no suministrarán datos  
 diagnósticos de gran valor. El chanero  
 mixto es además hemorrágico y el vené-  
 ro no, tiene también falsa mem-  
 brana, de la que carece el segundo  
 c. - Fase sífilítica del chanero mixto. - En  
 esta fase el diagnóstico diferencial que



estamos haciendo es innecesario. Como no hallamos en presencia de un chanero sífilítico, en todo caso, tendrá importancia el diagnóstico diferencial entre este y el chanero venéreo.

2.º Inoculación sucesiva. — El chanero mixto en vez de desarrollarse por la inoculación simultánea de los dos virus, venéreo y sífilítico, puede también hacerlo cuando esta inoculación tiene lugar separadamente, en fechas más o menos distanciadas, y por diferentes individuos contagiantes. La inoculación sucesiva puede originarse en las circunstancias siguientes:

a. — Contagio o adquisición del virus venéreo por un individuo que está en el periodo de incubación de un chanero sífilítico. — En este individuo el chanero venéreo aparece en

el sitio que hubiera ocupado después el sífilítico, de no haber tenido lugar el segundo contagio, que origina un chancro mixto en este mismo sitio. Este chancro mixto tiene igualmente en estas condiciones, como cuando la inoculación ha sido simultánea, tres fases o períodos: fase venerea, fase venereo-sifilítica, y fase sífilítica, pero aquí estas fases tienen una duración variable que depende de la época en que ha tenido lugar el segundo contagio. La fase venerea es tanto más corta cuanto más próximo al final del período de incubación del chancro sífilítico ha tenido lugar el contagio venereo.

b. — Contagio ó adquisición del virus venereo por un

individuo portador de un chancro sifilítico.

El chancro mixto que resulta tiene tres fases: fase sifilítica, fase venéreo sifilítica y fase sifilítica por segundo vez, si el chancro mixto pierde pronto en virtud del tratamiento los caracteres que le presta el elemento venéreo, o si el chancro sifilítico es muy joven al ser invadido por los bacilos de Ducrey-Vinca. De estas tres fases la única importante para el diagnóstico diferencial que estamos haciendo es la venéreo-sifilítica. Ocurre en ella que algunos días después del segundo contagio, empiezan a perder el chancro sifilítico preexistente sus caracteres típicos: desaparece su aspecto irisado y su color rojo; se ulcera y hacen el fondo más

profundo y anfractuoso; aparecen los bordes y son desiguales; la supuración, de escasa se convierte en abundante; la induración persiste o es destruida en mayor o menor grado. El pus se hace auto-inoculable y puede originar otros chancros venereos secundarios que rodean al chancro mixto; contiene bacilos venereos. Puede sobrevenir una adenitis supurada.

El diagnóstico diferencial entre este chancro mixto y el chancro venereo, es fácil, si se esta viendo la lesión desde la fase sífilítica; pero si el enfermo se nos presenta en el periodo más culminante de la fase venereo-sífilítica, cuando aparecen bastante claros sus caracteres diagnósticos al elemento auricular y oscurecidos o borrados

del todo los que suministran el elemento sífilítico, haremos para el diagnóstico con las mismas dificultades que en los casos de chancros mixtos por una inoculación simultánea en analógica fase.

c. - Contagio o adquisición del virus sífilítico por un individuo afecto de chancros venéreos. - Este caso es muy poco frecuente en la práctica, y si alguna vez se observa, no da lugar en rigor a un verdadero chancro mixto, sino al desarrollo sucesivo de naturaleza venérea primero, seguido después de otro de naturaleza sífilítica, localizados en el mismo sitio por cuanto la incubación del chancro sífilítico es tan larga que cuando este aparece ya está cicatrizado el chancro venéreo.

Contribuye también, indudablemente, a la poca frecuencia con que se observan chancros

muñitos inoculados por este mecanismo de contagio: 1.º Que el chancro venéreo es doloroso e' impropiciado, por consiguiente, en muchos casos el ejercicio de la función sexual y 2.º Que los tejidos mortificados o' necrosados de la superficie del chancro venéreo, constituyen una barrera eficaz que impide la penetración del virus sífilítico.

IV. Chancro Venéreo y Ulceraciones sífilíticas de la zona genital distintos del chancro sífilítico. — La sífilis en los distintos periodos de su curso puede dar lugar a

ulceraciones, que si están localizadas en la zona ano-genital, o' alrededor de ella, pueden simular por su aspecto el chancro venéreo. Estas ulceraciones o' que aludimos se parecen, unas veces, en la misma cicatriz inducida de un chancro sífilítico reciente, y son las que llamaremos ulceraciones precoces; otras, en el periodo de transición entre la sífilis secundaria y la sífilis terciaria, ulceraciones de transición; y otras, por último, muchos años después del accidente primitivo, ulceraciones tar-

días. Haremos por separado el diagnóstico diferencial del chancro venéreo, con cada una de estas lesiones, precedido de una ligera descripción de las mismas.

1.º Ulceraciones precoces. — Se observan en el mismo punto que ha ocupado el chancro sífilítico ya cicatrizado. En esta cicatriz aparece, en el centro, una pequeña úlcera que profundiza y se extiende con rapidez. Se produce una necrosis del tejido que hay sobre la induración, que da por resultado una pérdida de sustancia bastante honda, con bordes cortados a pico, y que tiene un fondo irregular, anfractuoso, carcomido, de color rojo oscuro o grisáceo, sembrado de puntos blancos o negruzcos. Algunas veces, este proceso destructivo empieza por varios sitios a la vez de la superficie cicatrizada del chancro sífilítico, dando origen a varias de estas ulceraciones que acaban por fusionarse. su diagnóstico diferencial con el chancro venéreo es fácil: los bordes son menos despegados y más re-

gulares que en este, no tiene areola roja inflamatoria;  
 el fondo no es nunca de color amarillento; no produce  
 verdadera supuración, sino que expulsa un líquido sa-  
 nioso, poco abundante, cargado de detritus orgánicos.  
 Este pus no contiene bacilos venéreos, ni es auto-inocula-  
 ble. La induración propia de la cicatriz del chanero si-  
 filítico rara vez es destruida del todo; se puede compro-  
 bar, por tanto, debajo de la úlcera necrobiótica, sífilíti-  
 ca precoz, una durera cartilaginosa y resistente,  
 que no tiene nunca el chanero venéreo. Es indolente  
 como el chanero duro, a no ser que se la irrite con fuertes  
 cauterizaciones; va acompañada de las adenitis tí-  
 picas sífilíticas. Nos ayudaron, además muchísi-  
 mo para el diagnóstico la presencia de accidentes sí-  
 filíticos secundarios, cefalea nocturna, roseola, pla-  
 cas mucosas, etc., y la evolución y perigrinación del pro-  
 ceso.



2.º Ulceraciones de transición. — Estas ulceraciones de transición son accidentes secundarios de la sífilis que por presentarse al final de este período toman los caracteres de accidentes terciarios. Algunas de estas sífilídes ulcerosas tienen mucha analogía morfológica y de evolución con el chancro venéreo.

En el hombre la que tiene más parecido con el chancro venéreo es la sífilide ulcerosa consecutiva a una pustula de estirpe sífilítica. Generalmente aparece esta lesión en la piel del miembro, iniciándose por una pustula, más gruesa y duradera que la del chancro simple; esta pustula no tarda en romperse y se forma en su lugar una costra negra, fuerte, constituida por varias capas estratificadas. Levantando esta costra se observa debajo una úlcera que presenta los caracteres siguientes; es pro-

fundo, perforante, interesa el dermis en mayor ó menor grado. Los bordes son perfectamente limitados y cortados a pico, como hechos con un soco-bocados; alguna vez despegados. El fondo es irregular, anfractuoso y de coloración variable, pues algunas veces es gris y pultáceo, otras amarillento, en ocasiones más ó menos oscuro, lívido, negroceo y gangrenoso. Supura en abundancia y el pus contiene estúps de sangre. Presente con frecuencia al rededor de sus bordes una estrecha areola inflamatoria. Deja al curarse una cicatriz indelible, redondeada y excavada, que sería parecida a la que deja el chanuro venéreo si no presentase una pigmentación morena que persiste algunos años. El diagnóstico diferencial entre este sífilide ulcerativa y el chanuro venéreo es bastante difícil, por ser los caracteres objetivos de ambos pro-

casos, como hemos visto, muy semejantes. Para hacerlo tendremos que examinar detenidamente al enfermo en busca de alguna huella que haya dejado la sífilis más o menos antigua, ni por los antecedentes que nos suministre el mismo paciente no abrigamos la seguridad absoluta de que ha padecido esta infección. En caso de que estas investigaciones resulten infructuosas, recurriremos, al diagnóstico bacteriológico del chancro venéreo, y si este diese resultados negativos, a la auto inoculación.

En la mujer según Fournier, no es raro observar en la superficie interna de los grandes labios, en los pequeños labios, a nivel del vestíbulo y del meato o en la entrada de la vagina, sífilides ulcerosas que aparecen de pronto, sin ir precedidas de papúlas ni de ninguna otra lesión, que tienen un parecido sorprendente con el chancro venéreo. Estas ulceraciones

pueden afectar la forma de segmentos de círculo, características de las manifestaciones sífilíticas tardías, pero es más frecuente que no tengan nada patognomónico. Se las diferenciara de los chancros venéicos por ser estos múltiples, de bordes más escarpados, fondo más excavado, desigual, y alveolar; por tener color rojo más amarillo; ganglios inguinales coloridos o inflamados, cuando no están normales. Además como el chancre venéreo es auto-incurable, si es este el proceso de que se trata, hallaremos rodeando a la lesión principal o inicial otros pequeños chancros de nueva formación. Esto no obstante hay casos difíciles en los que con estos datos no es posible hacer el diagnóstico diferencial, y tendremos también que recurrir al examen de los accidentes sífilíticos concomitantes y conmemorativos, al diagnóstico bacteriológico o a la auto-inoculación.

cion experimental diagnóstica.

7<sup>o</sup> Ulceraciones tardías. — Son propias de la sífilis terciaria, tercer periodo de esta infección que puede dar lugar a manifestaciones inobvias a los tres, ocho, diez o más años del accidente primitivo, es decir, cuando el enfermo se cree completamente curado. Estas úlceras representan la fase regresiva de los tumores sífilíticos terciarios, llamados gomos; los tegumentarios comienzan por un nódulo o infiltrado espesoidal de tamaño variable, que se desarrolla en el exterior del dermis o en el tejido celular sub-dermico. En este estado nodular, permanece el goma un tiempo indefinido, bastante largo de ordinario hasta que reblandeciéndose, al propio tiempo que se necrosifican los tejidos que le aíslan del exterior verificase espontáneamente

su abertura, y vaciándose el líquido incoloro y espeso contenido en su interior, queda constituida una yerrida de sustancia más ó menos considerable de forma ulcerosa, que si se denominado úlcera sifilitica terciaria ó úlcera gomosa. Esta úlcera es bastante profunda, con bordes cortados é quio y despegados, fondo desigual y de color blanco sucio ó blanco-amarillento, formado por una especie de falsa membrana ó enara fagedénica.

Por los siguientes caracteres diferenciales llegamos muchas veces, al diagnóstico: 1.º El chorro venéreo tiene un curso rápido, manifestado por fenómenos inflamatorios, enrojecimiento y dolor más ó menos intenso. El goma tiene una evolución esencialmente crónica; llega con lentitud al reblandecimiento

y ulceración, y una vez constituida esta se extiende poco a poco sin fenómenos inflamatorios. 2.ª La úlcera sífilítica terciaria es en general, más profunda que el chancro venéreo, principalmente cuando está localizada en el surco balanoprepucial. 3.ª El chancro venéreo no presenta nunca falsa membrana ni escara blanquecina fagedénica, excepción hecha del chancro o chancros venéreos del cuello uterino; tiene, en cambio, el fondo anfractuoso, amarillento, y se recoge mucha más cantidad de pus que la úlcera sífilítica. 4.ª En la periferia de la úlcera sífilítica existe, en muchos casos, una zona de induración. 5.ª El gono ulcerado no produce adenopatías; el chancro venéreo da lugar con relativa frecuencia, a una

adenitis monoganglionar inflamatori que  
 termino por supuracion. 6.º El chancro veni-  
 ro es auto-inoculable al portador, el gono no  
 lo es. Cuando existen varias ulceraciones go-  
 norreas proximas como se observa con pre-  
 ferencia en el glande son casi todas contem-  
 poraneas; en tanto que, los chancros veni-  
 ros, si son multiples, unos son primi-  
 tivos grandes y adultos, los restantes se-  
 cundarios o de reinoculacion y por consigui-  
 ente mas pequeños, minimos y jóvenes,  
 y 7.º El enfermo que padece un ulcero  
 gonorrea genital o perigenital puede pre-  
 sentar otras lesiones sifilíticas en la su-  
 perficie del cuerpo, como cicatrices ulcera-  
 ciones, gonorris, leucoplacia, buco-lingual,  
 etc; el chancro venereo; por ser lafección  
 local, no va nunca acompañado de otras



lesiones tegumentarias que tengan relación con él.

Entre las ulceraciones foveolares, hay una la que se localiza en el hombre en el meato, que tiene particular importancia por su curso rápido y destructor. Empieza por una ulceración de este orificio que va tomando progresivamente la forma de un embudo cuya parte estrechada corresponde a la uretra y la parte ancha al glande. Tiene el fondo de color amarillento negro en abundancia y puede llegar a destruir por completo en poco tiempo la extremidad del glande. Deja al curarse una cicatriz también en forma de embudo en cuyo fondo está el orificio uretral estrechado y deforme. El diagnóstico. Si en este caso es muy difícil de establecer

por los caracteres de la lesión y tendremos que apelar para hacerlo, primero; al examen detenido del hábito exterior del enfermo y de los datos conmemorativos que el mismo puede proporcionar, en busca de antecedentes de sífilis antigua; en segundo lugar, a la investigación bacteriológica del bacilo del chancro venéreo; después a la auto-inoculación experimental diagnóstica y por fin al tratamiento de prueba, como último recurso si por todos los anteriores medios no se ha podido formular un diagnóstico preciso.

Para tener seguridad, por medio del tratamiento de prueba, de que una ulceración es sífilítica hay que demostrar: 1º Que no se obtiene su curación por los medios ordinarios

de antisepsia, y 2.<sup>o</sup> que esta ulceración que no se ha curado sin tratamiento interno y por los métodos ordinarios de antisepsia, entra en periodo de reparación, y se cura en cuanto se administra el mercurio y el iodo. En el tratamiento de prueba con objeto diagnóstico se administra al enfermo de cinco a diez centigramos diarios de protioduro de mercurio y cuatro o cinco gramos diarios de yoduro potásico; se hace la cura de la lesión solo con agua hervida. Si se trata de una úlcera sífilítica, a los diez o doce días entra esta en franco periodo de reparación y cicatriza después por completo en poco tiempo. Si trascurren veinte o treinta días y la úlcera no ha sufrido modificación alguna apreciable, hay que suspender el tratamiento interno y abandonar el

diagnóstico de sífilis.

El tratamiento de prueba es un excelente medio diagnóstico, siempre que haya duda respecto a la naturaleza de una lesión ulcerosa y tengamos indicios o sospechas de que puede ser sífilítica.

V. Chancro Venéreo y Ulceraciones tuberculosas de la zona ano-genital. — Entre las ulceraciones tuberculosas, son las localizadas en el ano, en la vulva y en el glande las que más fácilmente pueden ser confundidas con el chancro venéreo.

Las ulceraciones tuberculosas del ano son muy frecuentes. Aumentan en cualquier punto de este orificio e invaden, en muchos casos, el recto. Tienen los bordes cortados al pico, algunas veces despegados, irregulares y de contorno

poliiclico. El fondo es granuloso, de color rojo livido y sembrado de pequeñas eminencias rojas y amarillentas que no son otra cosa que granulaciones tuberculosas en evolucion; estas pequeñas eminencias cuando son jóvenes, recientes tienen cierta dureza, pero cuando son viejas antiguas, estan reblandecidas y son verdaderos abscesos miliares. La base es de color rojo blanda, la supuracion sero-purulenta y poco abundante. Los ganglios estan infectados pero no supuran con facilidad. Estas ulceras tuberculosas del ano son muy dolorosas y duelen sobre todo al andar y en la defecacion. Estan rodeadas de una areola de color violaceo.

Las ulceras tuberculosas del glande y de la vulva son, generalmente, lesiones secundarias inoculadas por la orina cargada de productos

tuberculosos originados en cualquier punto del aparato urinario. La ulceración es única o múltiple, de forma irregular, bordes cortados o picos y rodeados de una areola livida. El fondo es bastante excavado desigual y granuloso. La base, aunque casi siempre es blanda y flexible, puede presentar induración a consecuencia del contacto irritante de la orina. Se observa al rededor de estas úlceras tuberculosas gran número de pequeñas granulaciones amarillas.

El diagnóstico diferencial con el chancre venéreo se hace comparando los caracteres, y si por estos no fuese posible establecerlo, recurriríamos a la investigación del bacilo de Querey - Nunn, del bacilo de Koch, y a la tuberculización experimental de animales (conejiño

de indias), por inoculación sub-cutánea de pus y productos extraídos por el raspado de la úlcera por diagnóstico.

## VI. Chancro Venéreo y Balanitis o balano-postitis.

— La balanitis es la inflamación de la mucosa del glande, pero como rara vez este proceso morboso está solo limitado a este órgano, sino que coexiste con la inflamación de la cara interna o mucosa del prepucio son suma de lesiones que ha recibido el nombre de balano-postitis, estas dos denominaciones se usan indistintamente en la práctica.

La mucosa está al principio roja, después jazpada y hinchada; el epitelio se desprende al fin en placas y quedan escoriaciones irregulares que se epulceran o ulceran al poco

tiempo y exudan un líquido purulento más o menos consistente. Estas ulceraciones no son precedidas de vesículas. Se nota sensación de calor y prurito en la extremidad del pene y casi siempre excor al orinar. Todo el prepucio se inflama, adquiere un color rojo intenso al rededor del orificio, se infiltra de serosidad y produce el fimosis inflamatorio, en particular, cuando el prepucio es largo o rígido.

Las úlceras son de ordinario superficiales y los ganglios inguinales aun que muchas veces aumentan de volumen y se ponen sensibles, no suelen supurar. (Keyes).

Hay dos principales variedades de balanopostitis: la balanopostitis erosiva circuncida (de Bataille y Nordal) y la balanopostitisquistulo-ulcerosa (de Du Castel)



1.º Balanopostitis erosiva circinada. — Esta enfermedad se caracteriza por erosiones superficiales que no interesan más que el epidermis que solo se extiende por su periferia; que se fusionan dando lugar a grandes placas de contorno poligónicas; erosiones que son inoculables en serie en individuos sanos, y que evolucionan en cada uno con todos los caracteres de la afeción primitiva; que no se desarrollan por la inoculación de un pus cualquiera; que tampoco se producen espontáneamente bajo las influencias sin importancia señaladas por los autores como causa de las balanitis erosivas, por último, que aparecen siempre después del coito.

El diagnóstico diferencial entre esta balanopostitis y el chanero venéreo es fácil:

el chancro lesiona siempre el dermis en mayor ó en menor grado; la balanopostitis erosiva circinada es siempre solo una lesión del epidermis, no tiene por tanto en ningún caso los caracteres de fondo escavado y anfractuoso, bordes cortados á pico y despegados, etc. propios del chancro venéreo.

2.º Balano-postitis pustulo-ulcerosa. — Esta caracterizada por una ó varias ulceraciones de color grisáceo, cubierta por una capa pultácea difteroides y rodeadas de una areola en relieve de color rojo vivo. Los bordes de la ulceración son policiólicos y micociólicos. Es frecuente observar cierto número de vesico-pústulas en la proximidad de los elementos ulcerosos.

El diagnóstico diferencial se hace aquí por comparación de caracteres y teniendo en cuenta,

111

principalmente, que el chancro venéreo es siempre más profundo que las ulceraciones de la balanopostitisquistulo-ulcerosa; que esta no presenta nunca los bordes despegados; que el pus que excreta no contiene bacilos de Dugrey-Ulmer y que no es auto-inoculable esta genitáfmente al portador.

VII. Chancro Venéreo y Herpes genital. — El herpes genital es un proceso ulceroso no específico que por sus caracteres y localización se confunde muy a menudo en la práctica con el chancro venéreo. Hay que estudiarle separadamente en el hombre y en la mujer.

1.º Herpes genital en el hombre. — Se observa en la piel y cara mucosa del prepucio, en el surco balanoprepucial y en el glande. Tiene distintos

caracteres según que asiento en la piel ó en las mucosas; si se desarrolla en la piel presenta su evolución cuatro fases cronológicas:

Fase congestiva. — Se caracteriza por la aparición de una mancha congestiva de color rojo, más ó menos intenso, redondeada, ovalada ó de contornos irregulares.

Fase de vesiculación. — Se caracteriza por la aparición sobre la mancha congestiva de uno ó más vesículas hemisféricas, opalinas, semi-transparentes, semejantes de la cabeza de un alfiler; estas vesículas contienen un líquido acuoso y transparente, que más tarde volvése opaco y blanco-amarillento.

Fase costrosa. — Se caracteriza por la rotura de las vesículas y la formación de costras pequeñas, delgadas, laminares, muy adherentes y de un color

amarillo sucio, Si las vesículas son confluentes, las  
 cortas se reúnen para formar una cortia gran-  
 de y única, y

Fase maculosa. — Que se caracteriza por una man-  
 cha roja, cubierta de pequeñas escamas, en el punto  
 en que se han desprendido las cortias.

Si el herpes genital se desarrolla en las  
 mucosas del prepucio del glande la fase de vesi-  
 culación es tan fugaz que pasa desapercibida. Ro-  
 das las vesículas, lo que se observa primero en el  
 sitio primitivamente ocupado por ellas es una peli-  
 cula blanquecina que se desprende trascurrido al-  
 gun tiempo y que deja al descubierto una lesión  
erosiva más o menos extensa. En estas erosio-  
 nes del herpes genital de la mucosa balanopre-  
 pucial hay que distinguir tres variedades:  
Erosiones simples. — La erosión simple es de ordinario

muy pequeña, del tamaño de una cabeza de alfiler  
 al de una lenteja; redondeada, oval ó irregular; casi  
 siempre superficial, con bordes cortados ó quiebra pero  
 no despegados; fondo liso y de color rojo más o  
 menos vivo; base blanda y flexible. Por la pre-  
 sión de la base, la superficie de la erosión exala  
 un líquido seroso y trasparente, tantas veces como  
 se hagan estas presiones después de bien limpia y  
 seca la erosión (signo de Seloir). En algunos ca-  
 sos estas lesiones simples pueden llegar hasta el  
 dermis, y entonces presentan un fondo cupuliforme  
 algo anfractuoso, granujiento y amarillo-rojizo.

Erosiones compuestas. - Están formadas por la reu-  
 nión de varias erosiones pequeñas y redondeadas. Tie-  
 nen una forma variable, dependiente de la diversa  
 agrupación de las lesiones componentes que les han  
 dado origen. Su contorno es poligonal, como

constituidos por varios segmentos de circunferencia; ademas, como estos segmentos de circunferencia son partes del contorno de las pequeñas erosiones componentes, es no solo policiclico, sino tambien microciclico. Los restantes caracteres, color, bordes, etc., son iguales a los de las erosiones simples.

Erosiones con exudado pseudo-membranoso. — En algunos casos se observan erosiones recubiertas de un exudado pseudo-membranoso. Son estas erosiones, como las compuestas, placas irregulares, simonias, fongocadas, policiclicas y microciclicas que tienen, ademas una pelicula muy blanca y muy adherente que las recubre. Esta pelicula es humeda, como barnizada, brillante y semitransparente; persiste algun tiempo y desaparece despues, dejando al descubierto una erosion parecida a las anteriores

o'compuestas.

2.º Herpes genital en la mujer. - El herpes genital puede desarrollarse en la mujer independientemente de ninguna otra afección, pero casi siempre sintomático y se desarrolla con motivo del flujo menstrual, de una vaginitis, de una blenorragia o' de un chancro sifilítico. Es muy frecuente en la vulva; raro en el cuello uterino; excepcional en la vagina. El herpes vulvar puede ser discreto y confluyente.

Herpes vulvar discreto. - Es la variedad mas común. Se manifiesta por una o' más vesículas diseminadas o' agrupadas en racimos, que pueden localizarse en los grandes labios, en los pequeños labios, en el vestibulo, o' en las carúnculas misticiformes. Estas vesículas al romperse dejan al descubierto las erosiones típicas del herpes genital.



*Herpes vulvar confluente.* — Esta variedad es poco frecuente, pero muy notable por la intensidad y el aspecto especial que presenta. Está caracterizada por ir precedida la aparición de las vesículas de un edema y tumefacción de los genitales externos muy considerables.

El diagnóstico entre el chanero venéreo adulto y el *Herpes típico* no es dificultoso, pero ya es algo más difícil diferenciar un herpes extendido, compuesto de varias erosiones, joven, el llamado herpes chanciforme — de un chanero venéreo, joven también, poco desarrollado, poco extendido y superficial. En todo caso para hacer el diagnóstico, tendremos en cuenta los siguientes caracteres diferenciales.

El aspecto del herpes chanciforme difiere un

siblemente del que tiene el verdadero chanero venéreo. Es menos pro-fundo, con bordes cortados a guiso, pero muy delgados y no despegados; fondo amarillo, finamente granuloso, pero nunca anfractuoso ni alveolar. El chanero venéreo no presenta nunca exudado pseudo-membranoso. Supuración más o menos abundante en el chanero, exudación serosa del herpes; areola roja, socavada, al rededor de algunas erosiones de herpes. Prurito especial, sui-generis, que anuncia la aparición de un brote de vesículas.

Además de estos caracteres nos ayudarán para hacer el diagnóstico, y serán indispensables alguna vez, la observación de los efectos del tratamiento, la investigación del bacilo del chanero venéreo y la auto-inoculación diagnóstica en el brazo del enfermo. El herpes genital dará siempre resultado negativo.

VIII. Chancro Venéreo y Epitelioma ulcerado del miembro. — Esta afección rara vez podrá ser confundida con un chancro venéreo, pero en algún caso de duda se diagnosticará por comparación de caracteres, recordando, además, que el epitelioma ulcerado del glando o del prepucio es enfermedad que se presenta después del período medio de la vida y que si está muy avanzado se acompaña de los síntomas generales de la ceguexia cancerosa

IX. Chancro Venéreo y Lesiones ulcerosas consecutivas a la sarna. — La sarna produce lesiones consecutivas polimorfas, que si son ulcerosas y localizadas en el miembro, puede simular groseramente y a primera vista el chancro venéreo. Mas si nos fijamos en los

caracteres de estas ulceraciones, veremos que la confusión no es posible, pues por ser originadas por inoculaciones piógenas hechas por el mismo enfermo al rascarse, son ulceraciones banales y sin importancia que no tienen ninguno de los caracteres propios del chancro Venéreo. Además el examen general de la piel del enfermo nos permitiría apreciar en todo el cuerpo ó en los puntos de elección, los surcos característicos producidos por el vicarius. El prurito de la rascada se exacerba por la noche y con el calor.

X. Chancro Venéreo y Ectima simple. — El ectima simple se observa localizado, casi exclusivamente, en los miembros inferiores y solo por excepción á nivel de los órganos genitales.

Empiema por unaquistula, que se diferencia de la inicial del chancre venéreo, en que persiste durante algún tiempo y en que tiene gran volumen. Debajo de esta quística hay una ulceración limitada a la capa más superficial del dermis.

El ectima simple inoculado produce el ectima simple, y aun que en ciertos casos da lugar a una ulceración semejante al chancre venéreo se podrá hacer siempre clínicamente el diagnóstico diferencial. En caso de duda, la investigación del bacilo de Quereq. Unno que no se encuentra nunca en el ectima espontáneo ni en el experimental, decidirá el diagnóstico.

XI. Chancro Venéreo y ulceraciones traumáticas. — Se observa algunas veces a conse-

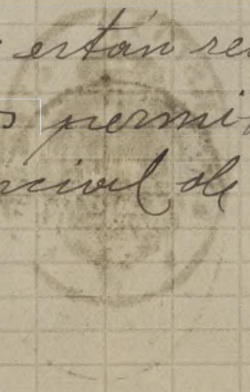
cuencia de la rotura del frenillo una ulceración que presenta cierta semejanza con el chancro venéreo de este repliegue. El examen microscópico de la lesión, que no tiene los bordes desmenuzados, ni el fondo anfractuoso del chancro venéreo; su curso rápido hacia la curación; el no ser auto-inoculable espontáneamente, ni contener el bacilo venéreo, son los principales caracteres que nos permitirán diferenciar con facilidad la ulceración traumática del chancro venéreo.

XII. Chancros venéreos larvados. — Son los que están ocultos a la vista y que, por consiguiente, no pueden ser diagnosticados por los caracteres objetivos que les son propios. Esto ocurre con el chancro uretral y con los chancros venéreos del glande y de la cara mucosa del prepucio. cuando

do existe un fimois completo congénito o accidental.

1.º. Chancro venéreo uretral. - Si ocupa el meato, podremos llegar a verlo y diagnosticarlo separando los labios con una pinza. Si está completamente oculto, tendremos que hacer el diagnóstico únicamente por los caracteres de la supuración. Esta supuración o flujo puede ser: de uno o mas chancros uretrales, de una blenorragia o de un chancro sífilítico endouretral.

En el siguiente cuadro estan reunidos los signos o caracteres que nos permitirán hacer el diagnóstico diferencial de estas tres infecciones.



Chancro Venéreo      Chancro Sifilítico      Blenorragia

I. Caracteres del flujo.

Flujo menos abundante que es el de la blenorragia y más abundante que el del chancro sifilítico. Tiene grumos y sangre mezclada intimamente o bajo la forma de estrías. En el primer caso es de color de chocolate. El flujo proviene únicamente de la fosa navicular. Se comprueba esta particularidad primero, comprimiendo hacia delante el glande desde su porción botánica con lo que se hace salir por el meato todo el pus contenido en esta porción. Se hacen después presiones desde la raíz del miembro. En el caso de chancro venéreo no se logra hacer salir pus al hacer estas últimas presiones.

Flujo poco abundante constituido por serosidad mezclada a menudo con sangre. El flujo proviene únicamente de la fosa navicular como puede comprobarse haciendo las presiones indicadas para el chancro venéreo. Comprimiendo el glande se hace salir primero una serosidad que mora, y repitiendo las presiones y haciéndolas más fuertes se hace salir serosidad serena y a menudo con sangre pura.

Flujo abundante de un pus espeso, cremoso, bien hecho, amarillo o anarillo-verdoso. El flujo proviene de toda la longitud de la uretra. Cuando se hacen las presiones indicadas a propósito del chancro venéreo, la segunda presión, hecha desde la raíz del miembro, hace salir por el meato una gota de pus mucho mayor que la que ha salido primero solo por la presión del glande. Este signo no tiene el valor más que cuando el enfermo hace algunas horas que no ha orinado antes del examen.

II. Signos suministrados por la exploración.

La palpación de la uretra produce un dolor bastante agudo, limitado al glande.

La palpación de la uretra no produce dolor o este es insignificante y limitado.

La palpación de la porción de uretra correspondiente al glande no produce



ión digital.

Pastosidad e induración difusa de la porción uretral del glande. La nodracion del resto de la uretra no describe nada anormal.

al glande. Induración cartilaginosa casi siempre estrictamente limitada a una de las paredes laterales de la fosa navicular y del meato. El resto de la uretra está normal.

dolor o este es insignificante. No hay induración. En los casos sobrecargados el edema del glande y del prepucio determina cierto grado de induración y cierta rigidez de los labios del meato. En estos casos la dureza es difusa, extendiéndose a todo el glande, nunca tan acentuada como la del chancro sífilítico. Esta dureza desaparece en mayor o menor grado por el masaje del glande. El resto de la uretra está en toda su extensión, más rígida, menos blanda y más sensible que en el estado normal.

III. Estado de los ganglios.

No hay adenitis, o si la hay el bubón es mono-ganglionar muy inflamatorio y tiene gran tendencia a supurar, o ha supurado ya.

Adenitis poliganglionar, bi-inguinal. Se ganglios duros, inmoviles, indolentes, que no supuran.

No hay adenitis, o hay adenitis insignificante, que ataca solo uno o dos ganglios que están un poco aumentados de volumen y algo doloroso. La adenitis desaparece rápidamente por resolución en ocho o diez días.

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| IV. Examen microscópico del flujo y del pro-ducto obtenido por raspado del meato. | Bacilos de Durey-Thomas  | Ningún micro-organismo específico conocido.  | Conocido.  |
| V. Inoculación en el brazo del enfermo  | Positiva.  | Negativa.  | Negativa.  |
| VI. Fenómenos subjetivos.   | Durante la micción y en las erecciones el enfermo experimenta dolor que está limitado a la porción de uretra comprendida desde la fosa navicular hasta el meato. | Durante la micción y en las erecciones, o no hay dolor, o este es insignificante y limitado a la porción de uretra comprendida desde la fosa navicular hasta el meato. | Durante la micción y en las erecciones dolor muy agudo que se extiende a toda la longitud del miembro y que tiene un máximo de intensidad en la porción perineo-uretral. |

2.º Chancros venéreos sub-prepuaciales. — Cuando el enfermo tiene un estrecho fimosis congénito o inflamatorio, aun que los chancros venéreos estén localizados en el surco balanoprepucial, en el glande o en la cara mucosa del prepucio, no pueden ser diagnosticados por sus ordinarios caracteres objetivos propios. Habrá que hacer el diagnóstico por los caracteres del pus que fluye por el limbo del prepucio, y como este pus puede provenir de dos regiones, de la cavidad virtual balanoprepucial o de la uretra, y puede ser originado por chancros venéreos, por un chancreo sífilítico, por una blenorragia o por una balanopostitis, el diagnóstico es, en algunos casos, verdaderamente difícil.

En el siguiente cuadro agruparemos los signos que nos permitirán hacer un diagnóstico probable de cada una de estas afecciones, y en particular, de los chancros venéreos sub-prepuaciales.

Blenorragia Chancro Venéreo Chancro Sifilítico Balanopostitis erosiva circinada

I. Caracteres del flujo.

Pus cremoso, amarillo o amarillo verdoso, abundante, sin olor. No contiene sangre mas que en los casos sobreagudos.  
Si despues de haber hecho un lavado minucioso de la cavidad prepuical, por medio de una sonda que se introduce hasta el surco, se comprime de atrás adelante, el canal de la uretra, se ve salir por el limbo del prepucio una cantidad de pus bastante considerable. La orina recogida en un vaso despues de esta operacion es mas o menos turbia

Flujo abundante, formado por un pus mal elaborado, que contiene gremos y sangre inestablemente mezclada o bajo la forma de estrias. En el primer caso tiene color de chocolate.  
Despues de un lavado minucioso de la cavidad balanoprepuical, no puede hacerse salir pus a nivel del orificio del prepucio por medio de la compresion del canal de la uretra. La orina recogida en un vaso es limpia. Este signo no tiene valor mas que en el caso de que no exista al mismo tiempo una blenorragia y una afecion sub-prepuical.

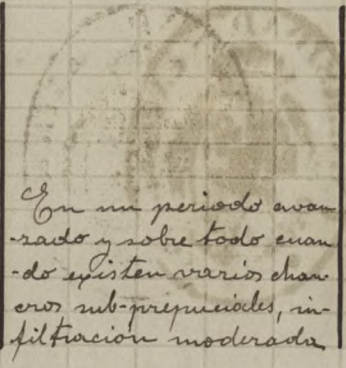
Flujo poco abundante constituido por una serosidad de color rosado merced a la consanguine. En caso de complicaciones inflamatorias puede producirse pus de color rosado, pero siempre menos abundante y mas fluido que el del chancro venereo.

Pus muy abundante, cremoso, espeso, de olor desagradable y empalidoso, no muy abundante. Color blanco amarillento.

II. Aspecto del organo

Aspecto normal o edema seroso, blanco, no inflamatorio, limitado a menudo al prepucio. Edema fugaz.

En un periodo avanzado, hinchazon, color rojo intenso, estado erisipelatoso marcado principalmente en la extremidad



Edema seroso, parecido al de la blenorragia o un poco mas rojo.

dad del miembro que es más voluminoso en este sitio. Cuando el prepucio es muy largo, la parte de este órgano situada por delante del glande, está menos hinchada circularmente que la porción que está balanceada pero está alargada y torcida en una dirección. La hinchazón desaparece pronto bajo la influencia de un buen tratamiento. Muy a menudo chanceros secundarios del orificio del prepucio.

color rojo oscuro, que se extiende desde el prepucio a la piel del miembro. El órgano parece aumentado de volumen con cierta regularidad y alargado. En ciertos casos o no ser por la coloración parece estar el miembro en semi-ercción. Es raro tener que persiste mucho tiempo después de cicatrizados los chanceros.

### III. Exploración digital

La palpación del prepucio y del glande no produce dolor si este es insignificante y difuso. La uretra parece más rígida, más dura más sensible que en el estado normal. En el dolor del miembro no hay linfangitis o hay un cordón linfático duro, poco sensible, que desa-

Dolor vivo limitado a un punto del prepucio o del glande (asiento del chancero); uretra normal. No hay cordón dorsal o si lo hay es doloroso, mal cicatrizado, que presenta una o varias nudosidades que no tardan en supurar. (linfangitis chancerosa).

No hay dolor. Induración cartilaginosa circunscrita en un punto (asiento del chancero). En algunos casos induración total del glande y del prepucio que da la sensación de un pedazo de madera. No hay linfangitis dorsal o si la hay es un cordón duro, indolente, movable con nudosidades. Lin-

En un periodo avanzado de la enfermedad, dolor difuso a nivel del glande. En algunos casos se producen filreas de linfangitis intra y prepucial que pueden simular la induración del chancero sifilítico. No hay generalmente linfangitis dorsales. Se puede observar, sin embargo, uno o varios

parece rapidamente.

fangitis tener, pero que no tiene tendencia a supurar.

cordones dorsales nudosos, poco o nada sensibles. Estas lesiones que recuerdan las lesiones sifiliticas, tienen una evolucion mas rapida y terminan por resolucion, con la balanopostitis.

IV. Estado de los ganglios

No hay adenitis o si la hay es insignificante. Uno o dos ganglios poco dolorosos. Evolucion rapida y resolucion en ocho o diez dias sin tratamiento que el reposo.

No hay adenitis o si la hay es monoganglionar, inflamatoria, muy dolorosa y termina con frecuencia por supuracion.

Adenitis bi-inguinal, poliganglionar, de ganglios duros, móviles, independientes, completamente indolentes. Adenitis obligatoria que se produce independientemente de la linfangitis dorsal que es facultativa. Adenitis tener persiste después de cicatrizados los chancros y no tiene tendencia a supurar.

No hay adenitis o si la hay es pseudo sifilitica, poliganglionar, bi-inguinal, de ganglios duros, móviles, un poco dolorosos. Adenitis que no se produce mas que en un periodo avanzado de la enfermedad y que se acompaña siempre de linfangitis dorsal. Adenitis fungar, que no supura nunca y que desaparece rapidamente con la balanopostitis.

V. Fenomenos subjetivos

Dolor agudo durante la micción, la

Dolor limitado a nivel del glande y que se pro.

No hay dolor.

Dolor insignificante limitado a nivel del

erección y la eyaculación. Dolor que se extiende a toda la longitud del miembro.

duce durante la misión y en la erección

glande.

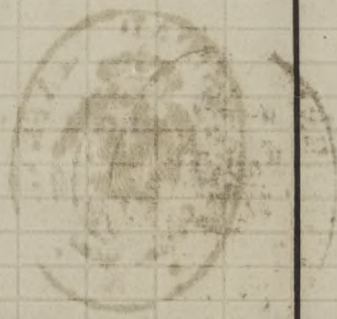
VI. Examen microscópico e inoculación

**Leucococci.**  
Otros microorganismos en corto número. Pus no inoculable en el brazo del portador.

**Bacilo de Dreyer.** Unos y microorganismos variados.  
Pus inoculable en el brazo del portador.

Microorganismos variados. Ninguno que pueda considerarse específico.

Spirilos y microorganismos variados muy numerosos (bacterias, cocos, fermentos, etc.). Pus no inoculable en el brazo del portador, pero inoculable en una muestra prepuccial sana.



# Diagnóstico Bacteriológico del chanero venéreo.

---



---

Es un problema importantísimo para el especialista, y para todo médico, siempre que se trata de ulceraciones genitales, hacer un diagnóstico exacto de su naturaleza.

Esto es posible y fácil en la inmensa mayoría de los casos, y para conseguirlo no hace falta más que:

1.º Conocer bien la sintomatología de cada una de las ulceraciones de distinta naturaleza que, pudiendo ser confundidas entre sí, localizarse con más frecuencia en los órganos genitales, y

2.º Haber visto muchos enfermos.

En estas condiciones haremos casi siempre un buen diagnóstico clínico.



Mas hay casos dudosos, tratándose principalmente de diferenciar el chancro venéreo, que es el tipo de las afeciones esencialmente genitales y venéreas, de las demás ulceraciones, en los que llega a ser imposible establecer clínicamente un diagnóstico preciso. Estas dudas provienen unas veces de la imposibilidad de apreciar los caracteres objetivos de la ulceración, por ser ésta intrauretral o hallarse escondida por un fimosis; otras por presentarse confundidos o enmascarados los cuadros sindrómicos respectivos a causa de especial localización de tejido o por tratamientos inoportunos anteriores a nuestra observación; en ocasiones, como hemos visto al tratar del diagnóstico clínico, por deficiencias de los caracteres objetivos que individualizan cada proceso morboso.

Desorientados o imposibilitados para hacer un diagnóstico clínico del chancro venéreo, si queremos diagnosticarle, hay que emprender el diagnóstico bacteriológico. Para esto describiremos, primero, su micro-organismo causal, y se-

quidamente detallaremos la técnica que para su evidenciación en el pus, en los cortes histológicos y en los cultivos debemos seguir.

El descubrimiento del microbio del chancro venéreo se debe a Ducrey y a Uuna; lo descubrieron estos dos siliógrafos casi simultáneamente, el primero en el pus y el segundo en cortes de chancros blandos. Por esto en dermatosiliografía, y en homenaje a sus dos descubridores se conoce al micro-organismo patógeno que vamos a estudiar con el nombre de bacilo de Ducrey-Uuna.

I. Descripción del bacilo. — Se presenta bajo la forma de un bastoncillo grueso y corto de extremidades redondeadas o cuadradas, de 1,3 a 2 milisimas de milímetro de longitud por 0,3 a 0,5 de ancho. Algunas veces presenta dos notaduras laterales que le dan el aspecto de un  $\infty$ , por más que muy bien pudiera ser producida esta particularidad de su morfología por las operaciones de técnica de preparación.

Se colorea facilmente con los colores de anilina y se decolora por el método de Gram. Presenta la particularidad de que cualquiera que sea la materia colorante empleada, <sup>se</sup> ~~tiene~~ <sup>se</sup> de ordinario solamente sus extremidades cuando le investigamos en el pus, quedando el centro del bastoncillo incoloro y transparente. En esta parte central se ve sin embargo, el perimetro del bastoncillo bajo la forma de dos líneas rectas muy delgadas y ligeramente tintadas. Si se desea colorear por completo el bacilo, no hay más que hacer actuar más tiempo sobre él la sustancia colorante, o también antes de colorearlo, tener sumergida dos o tres minutos la laminilla cubreobjetos que contiene el pus, ya fijado y desecado, en una disolución de ácido acético al 1/3. El bacilo aislado, con relación á los leucocitos o glóbulos de pus, puede ser intraleucocítico y extraleucocítico. Podremos verlos también aglomerados en grupos más ó menos irregulares, así como dispuestos en forma de ca

denetas ó rosarios. Estas cadenas están compuestas generalmente de pocos elementos bacilares, 2, 3, 4 ó 5, de ordinario, pero algunas veces se observan cadenas mucho más largas, compuestas de 10 ó 12 articulados. Cuando las cadenas son cortas, y lo son casi siempre cuando observamos los bacilos en el pus, sus elementos están colocados con cierta regularidad y alineación; cuando son largas, por excepción, los bacilos están como replegados y confundidos. Por el contrario, si se hace la observación en cortes histológicos de chancro blando, compruébese en primer lugar ser más frecuente la disposición del bacilo en larguísima cadenas, siendo aquí la excepción los elementos aislados, los aglomerados y las cadenas cortas. Otras particularidades de la disposición, topografía y morfología de estos bacilos en los cortes es presentarse las cadenas en series paralelas de tres ó cuatro filas, por lo que dio Munn a este microbio el nombre de streptobacilo; ser siempre extraleucocíticos, detenerse por completo, y ser más

pequeños, en las dos dimensiones que generalmente apreciamos con el microscopio, que los bacilos superficiales del pus.

En resumen, los caracteres del bacilo Durey -  
 Luna en el pus, es decir, en la superficie del chancro venéreo, son:

- 1.º Alcanzar el maximum del tamaño asignado a esta especie microbiana.
- 2.º Ser de extremidades redondeadas
- 3.º Fenirse por los métodos ordinarios de coloración solamente las extremidades del bastoncillo.
- 4.º Presentarse indistintamente intraleucocíticos y extraleucocíticos en las preparaciones.
- 5.º Presentarse indistintamente en el campo de la preparación aislados, aglomerados o en cadenas, sin predominio de ninguna de estas disposiciones sobre las demás, y
- 6.º Las cadenas son en general cortas, de dos a cinco

articulados, alineados con regularidad, y sencillas, es decir, de una sola fila.

Los caracteres del bacilo del chanero venéreo en los cortes histológicos, es decir, en la profundidad del chanero, son:

- 1.º Alcanzar las dimensiones intermedias y mínimas asignadas á esta especie microbiana.
- 2.º Ser de extremidades cuadradas.
- 3.º Teñirse por entero empleando los métodos ordinarios de coloración.
- 4.º Ser siempre extra-leucocíticos con relación á los glóbulos de pus ó leucocitos.
- 5.º Predominio de la disposición en cadenas ó rosarios sobre las demás, y
- 6.º Ser las cadenas, en general, largas, de más de cinco articulados, y presentarse en series paralelas de tres ó cuatro filas.

La técnica de preparación del bacilo de Danczy-  
kmo difiere según que tratemos de investigar su presen-  
cia en el pus, en los cortes o en los cultivos. Hechos con pus  
de la ulceración cuyo diagnóstico queremos hacer.

I. Preparación con el pus. — Siempre que sea po-  
sible se procurará recoger el pus en la superficie misma del  
huevo. Después de levantar con cuidado la costra de ul-  
ceración, si la tiene, se lava minuciosamente la superficie  
con agua hervida. Hecho esto, con lo que habremos elimi-  
nado gran número de bacterias banales que entorpecerían  
después la observación, además de que este pus superficial  
que desechamos contiene escasos bacilos específicos, se raspa  
con cuidado la superficie de la ulceración con una cucha-  
rilla de bordes no cortantes, procurando en todos los casos  
evitar que salga sangre, que también dificultaría después  
la observación microscópica. La pequeña cantidad de pus

recogido con la cucharilla, y que contiene gran número de bacilos de Ducrey. Una cuanto escasas bacterias banales, es el que nos servirá para el examen.

Los profesores que por razón de la especialidad que cultivan, como si nosotros nos sucede, tengan que hacer estos diagnósticos bacteriológicos con relativa frecuencia, deben tener limpias, asepticas y dispuestas de antemano las laminillas cubreobjetos que vamos a necesitar en este momento de la preparación. Para esto se lavan veinte treinta de estos cubreobjetos, primero con agua, a la que añadimos un 20 por 100 de ácido sulfúrico, se aclaran después con agua destilada, y por último se guardan dentro de un frasco corto y de boca ancha lleno de alcohol puro. Cuando se va a utilizar una de estas laminillas se saca del frasco, se seca perfectamente con un trapo limpio y se flama con rapidez en la llama azul de una lamparilla de alcohol o de un mechero de Bunsen (Berdal).



El pus recogido con la cucharilla se deposita sobre un cubreobjetos, encima del que se coloca un segundo cristal cubreobjetos, separándolos después por deslizamiento y evitando el roce de uno contra otro, que destruiría las cadenas de bacilos (Nicolle); con esta operación el pus se extiende en una capa muy delgada y podremos hacer dos preparaciones, una de prueba o coloración simple del bacilo, y otra de contraprueba, para confirmar o no su reacción característica de decolorarse por el método de Gram.

Separadas las laminillas se dejan secar por sí solas, y en cuanto estén secas, se procede a fixar la preparación con uno cualquiera de estos líquidos:

Alcohol absoluto	-----	} de 10 gramos
Eter sulfúrico	-----	

M.

Sublimado corrosivo	-----	7 gramos
Acido acético cristalizado	-----	11 "
Agua destilada	-----	100 "

D. (Líquido sublimado-acético de Mayer).

En el que se dejan los cristales cubreobjetos durante dos minutos para en seguida lavarlos con abundante cantidad de agua, de tal modo, que si se ha usado el líquido de Mayer no quede en ellos ni rastro de sublimado. Así dispuestas las preparaciones pasaremos a colorearlas; en una emplearemos la coloración simple y con la otra el método de Gram y recoloración de los bacilos.

Coloración simple. — Usaremos, con preferencia, el violeta de genciana, según la fórmula:

Solución alcohólica saturada de violeta de genciana	-----	1 cc
Alcohol absoluto	-----	1 "
Agua de anilina	-----	9 "
Agua destilada	-----	11 "

D.

En los laboratorios se tiene preparada de antemano esta solución sin el agua destilada, que se mezcla en el momento de colocar la preparación.

En una pequeña cantidad de este líquido, contenido en un pocillo de porcelana o cristal, se deja la preparación durante medio minuto o poco más, tiempo que la laminilla quede flotando en el líquido y la superficie que contiene el pus mire hacia abajo. Se lava después con agua destilada abundante, hasta que no reste color, y puede observarse ya inmediatamente la preparación al microscopio, en agua o en aceite de cedro, empleando el objetivo de inmersión homogénea 1.30 y el ocular compensador núm. 8, de Zeiss, aparato iluminador Abbe y el espejo plano. Si se desea conservar indefinidamente la preparación, después de frotada y lavada, se seca, se aclara con xilol, guardándolo en sitio oscuro para que la luz no la altere.

Por la observación micrográfica veremos, además del bacilo de Querey-Muna, si existe, otras bacterias igualmente teñidas en violeta, pero por los caracteres que a aquel hemos asignado anteriormente nos será fácil su reconocimiento.

### Método de Gram y recoloración del bacilo. —

Siendo bastante importante el carácter del bacilo específico del chanero venéreo de decolorarse por el método de Gram, primero por ser en corto número los microorganismos que le presentan (1) y además por no hallarse estos en las ulceraciones genitales, a excepción del gonococo, que en modo alguno puede confundirse con él, tendremos seguridad de que efectivamente se trata del bacilo de Querey-Muna, siempre que después de haberle diagnosticado por sus caracteres

(1) Los principales microbios que se decoloran por el método de Gram son los siguientes: el gonococo, el vibrio cólico, el bacilo tífico, el bacilo coli, el bacilo pyopíarico, el bacilo del muerino, el bacilo pseudo tuberculoso, el vibrio sifítico y el bacilo de Querey-Muna.

morfológicos, topográficos y dispositivos en la primera preparación de coloración simple, se confirme en la segunda la reacción de Gram.

En el mismo líquido de violeta de genciana que nos ha servido anteriormente, colorearemos la segunda laminilla durante dos o tres minutos; se lava después con agua destilada y se deja durante un minuto en la solución de Gram:

Iodo	-----	1	gramo
Ioduro potásico	-----	2	"
Agua destilada	-----	100	"

Q

Se retira de este líquido y se va pasando la laminilla por varios pocillos o cristales de reloj con alcohol absoluto, hasta que su decoloración microscópica sea completa. En este momento los bacilos específicos, si los hay, se han decolorado y son invisibles al microscopio;

Las demás bacterias que hay en la preparación comen-  
 van el color violeta. Si queremos volver a colorear el  
 bacilo del chancro venéreo, emplearemos otro color que  
 no sea el violeta, con lo que haremos una prepara-  
 ción de doble coloración. Empleando la fuchina de  
 Ziehl, los microbios que se han decolorado tornarán  
 color rosa y las bacterias que no se han decolorado por  
 el Gram, violeta. Para esto se lava la laminita  
 en agua destilada, después de haberla decolora-  
 do en el alcohol absoluto, y se deja algunos segundos  
 en partes iguales de agua y de la fórmula:

Fuchina	-----	1 gramo
Alcohol absoluto	-----	10 "
Aqua destilada al 5 por 100	-----	100 "

∞!

Al salir de este líquido, se lava, y puede  
 observarse al microscopio, en agua o aceite de eucalypto.

Si se desea conservar la preparación indefinidamente se hacen las mismas operaciones ya descritas para la coloración simple.

III. Preparación en cortes histológicos. —

La investigación del bacilo específico por el método de los cortes tiene también una importancia diagnóstica de primer orden, principalmente en aquellos casos de ulceración interna del prepucio que va acompañada de estrecho fimoza de esta cubierta cutáneo-mucosa. En estos casos, la urgencia operatoria, como terapéutica específica para evitar mayores males, sea cual fuere la naturaleza de la ulceración, nos proporciona, la posibilidad de hacer, bacteriológicamente en los cortes, el diagnóstico que no podíamos hacer clínicamente antes de la operación o excisión del prepucio. Por lo demás, en ocasiones podremos también emplear este método sin previo circuncisión de urgencia, ha-

siendo solo una pequeña biopsia.

Limitado el bloque de tejido patológico destinado a los cortes, hemos de someterle antes y despues de verificados estos a una serie de operaciones, fijación, induración, inclusión, coloración, montaje, muy conocidas y perfectamente descritas en las obras de micrografio; mas por la tecnica especial que requiere la piel, asi como por ciertas particularidades que no se encuentran consignadas en los libros referentes a procedimientos especiales provechosamente aplicables a la induración, inclusión y coloración de estas piezas y cortes patológicos, entraré en algunos detalles.

Fijación. — Induración. — Estas dos operaciones se harán con un solo reactivo, empleando el liquido sublimado-acético de Mayer, cuya fórmula acabamos de dar al tratar de la fijación en el pus. La pieza patológica permanecerá en este liquido de diez y ocho a



veinticuatro horas, según sus dimensiones. Lavese después en agua corriente, si es posible, durante veinticuatro horas.

Inclusión. - Al salir el bloque de tejido del baño anterior, para pasar a la inclusión, hay que deshidratarlo, no con alcohol, que deja las piezas difícilmente incluibles en parafina, sino en acetona. En este baño de acetona, que se renovará tres ó cuatro veces, permanecerá el tejido cuarenta y ocho horas. Del baño de acetona, pasa la pieza al baño de xilol, que también se renovará tres ó cuatro veces durante veinticuatro horas. De aquí llevaremos la pieza a un baño compuesto de xilol y parafina a partes iguales; en este baño que colocaremos en la estufa a  $35^{\circ}$ , permanecerá veinticuatro horas. Y por último, y después de haber dejado el bloque patológico otras veinticuatro horas en la estufa en parafina pura, se procede a su orienta-

ción dentro de una de las pequeñas cajas o depósitos que acompañan a la estufa de Nápoles, enfriamiento consecutivo rápido y a verificar los cortes con el microtomo.

Los cortes se reciben en un cristalizador que contenga agua templada, con lo que se evita que se enrollen, principal inconveniente de las inclusiones en parafina; se deshidratan después con alcohol, se disuelve la parafina que los rodea con xilol, se elimina el xilol con un baño de alcohol puro y se quita el exceso de éste, colocando los cortes sobre un papel de filtro. Cuando los cortes colocados sobre el papel empiezan a ponerse blanquecinos, se pasa a la coloración.

Coloración. — A nosotros nos han dado buen resultado de los dos procedimientos de coloración siguientes:

Primer procedimiento.

Déjense los cortes durante un minuto en

este liquido:

Fuchina	-----	1 gramo
Aqua fenicada al 5 por 100	-----	100 "
Alcohol absoluto	-----	10 "

D.

Lávese después el corte en agua, deshidratere con alcohol, aclárese con xilol y móntere en balsamo del Canadá disuelto en xilol. Este es el procedimiento más sencillo de coloración del bacilo de Ducrey - Una en los cortes

Segundo procedimiento. (1)

Prepárese una solución azul de toluidina del modo siguiente:

Azul de toluidina	-----	50 centigramos
Alcohol absoluto	-----	10 "

(1) M. Nicolle. Méthode générale de coloration des bacilles qui ne prennent pas le Gram. (Annales de l'Institut Pasteur 1892) Tome III. - Avril 1894.

Disuélvase en mortero y añádase poco a poco:

Agua destilada ----- 100

Acido fénico cristalizado ----- 1

Q.

En este líquido se dejan los cortes durante dos ó tres minutos; se lavan después con agua destilada y como mordiente para fijar el color se bañan algunos segundos en esta fórmula:

Fanino al iter ----- 1 grano

Agua destilada ----- 10 "

Q.

Deshidrátense luego los cortes con alcohol, aclárese y móntese.

El examen y estudio microscópico del bacilo lo haremos empleando el mismo sistema óptico ya indicado.

IV. Preparación de cultivos. — Con el pus de la ulceración cuyo diagnóstico bacteriológico hemos emprendido, podremos hacer también cultivos, que por los caracteres de las colonias a que dan lugar, así como por su examen microscópico, nos indicarán si se trata o no de un proceso ulcerativo originado por el bacilo Ducrey-Anna (1).

Los cultivos se hacen en sangre gelatinada. Si se trata del bacilo específico, las colonias aparecen a las veinticuatro horas y son circulares, salientes, hemisféricas y brillantes; a las cuarenta y ocho horas vuelvense opacas, grisáceas y más voluminosas. Examinando al microsc-

(1) Los doctores Berançon, Griffonid, y Le Sourd, han presentado, en 8 de Diciembre de 1900, a la Société de Biologie de Paris, una comunicación y numerosos cultivos del bacilo de Ducrey-Anna, que dejan ya por completo fuera de duda la especificidad de este microorganismo como agente causal del chancre venéreo.

pio estas colonias o las producidas por siembras sucesivas, comprobaremos los caracteres disporitivos, morfologicos y topograficos que hemos asignado al microbio productor del chancro venereo.

Si no se trata del chancro venereo, los caracteres objetivos de las colonias seran distintos; por su observacion microscopica no hallaremos el bacilo de Duerrey-Una.

Si los ultimos trabajos, realizados muy recientemente, acerca de los cultivos del bacilo de Duerrey - Una tienen gran importancia para el diagnostico del chancro venereo porque fijan definitivamente los caracteres de sus colonias, la tienen aun mucho mayor por terminar por completo este interesante capitulo de la venerologia.

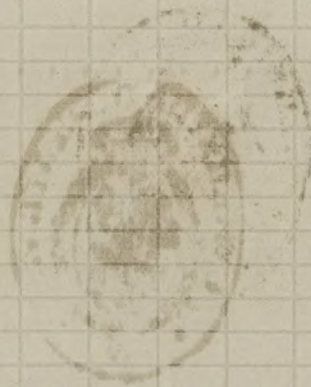
Clinicamente, habiase ya reputado con equivo la teoria anglosajona, que supone que la

inoculación de los micro-organismos habituales de la supuración puede dar origen a un chancro venéreo, pues se ha demostrado que estas ulceraciones producidas por inoculaciones piógenas, ni tienen los caracteres del chancro venéreo, ni son espontáneamente autoinoculables, ni contienen bacilos de Ducrey-Union; mas faltaba que la microbiología demostrase con hechos incontrovertibles la noción de la especificidad, presentada y afirmada desde hace tiempo por casi todos los especialistas europeos continentales. Los últimos trabajos de Penançon, Griffond y Le Sourol no dejan lugar a dudas. Estos experimentadores han obtenido cultivos del bacilo específico, haciendo siembras con pus extraído directamente de chancros venéreos primitivos, de chancros de inoculación, de adenitis venéreas y de chancros de reinoculación; con una colonia de bacilos específicos procedente de la onceava generación de cul-

tivos, han reproducido un chancro venéreo típico.

El problema está definitivamente resuelto:  
el chancro venéreo es una infección local de forma  
ulcerosa, localización genital, contagiosa, inoculable,  
auto-inoculable, y producida por el bacilo Durey-Uma.

El diagnóstico bacteriológico del chancro  
venéreo representa, pues, en último análisis,  
el máximo de certeza diagnóstica aplicable a las  
ulceraciones genitales.





# Conclusiones.

1.<sup>a</sup> -- El chancro venéreo es una unidad morbosa diagnóstica: es una infección local de tipo ulceroso, localización genital, contagiosa, inoculable, auto-inoculable, y producida por el bacilo de Ducrey-Umana.

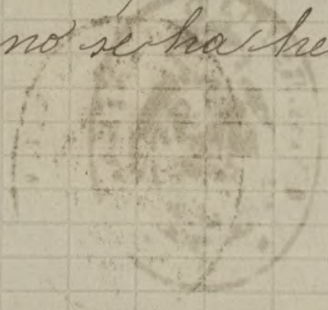
2.<sup>a</sup> -- El diagnóstico preciso e inmediato del chancro venéreo es muy importante por tres conceptos:

a. -- Por la necesidad de formular un pronóstico en presencia de una ulceración genital. Siempre el mismo enfermo plantea la cuestión y exige una respuesta categorica. --

¿ Se trata de un chancro venéreo, es decir, de una lesión local que desaparece por completo después de su cicatrización, ó se trata de un chancro sífilítico, es decir, de la primera manifestación de una enfermedad general en la que los accidentes, amenudo graves, se manifiestan durante muchos meses y aun durante muchos años?

b. — Por consideraciones de índole social que exigen diferenciar el chancro venéreo, afección benigna pero contagiosa, de otras ulceraciones benignas no contagiosas de los órganos genitales, y

c. — Por razón de que es imposible formular un tratamiento conveniente si no se ha hecho un diagnóstico preciso.



3<sup>a</sup> —. El diagnóstico del chancro venéreo descansa sobre seis caracteres clínicos y dos caracteres experimentales.

Los caracteres clínicos son = 1.<sup>o</sup> Forma redondeada.

2.<sup>o</sup> Bordes cortados a pico y despegados.

3.<sup>o</sup> Profundidad que llega siempre hasta el dermis.

4.<sup>o</sup> Color amarillento.

5.<sup>o</sup> Fondo irregular, desigual y alveolar, y

6.<sup>o</sup> Base blanda y flexible.

Los caracteres experimentales son:

1.<sup>o</sup> La presencia del bacilo de Ducrey-Vinca en el pus y en las paredes de la ulceración, y

## 2.<sup>o</sup> La auto-inoculación al portador.

4.<sup>a</sup> — Las principales lesiones con las cuales puede ser confundido el chancre venéreo son: el chancre sífilítico, el chancre mixto, las ulceraciones sífilíticas de la zona ano-genital distintas del chancre sífilítico, las ulceraciones tuberculosas de la zona ano-genital, las balanitis, y balanopostitis, el herpes genital, el epiteloma ulcerado del miembro, las lesiones ulcerosas de la zona ano-genital consecutivas a la sarna, el ectima simple y las ulceraciones traumáticas.

5.<sup>a</sup> — En la mayoría de los casos se puede hacer el diagnóstico diferencial del chancre venéreo con las lesiones que pueden ser confundidas con él sin

recurrir más que á sus caracteres clínicos. El diagnóstico se hace por comparación de caracteres.

6<sup>a</sup> " — Se llega siempre con seguridad al diagnóstico del chancro venéreo por medio de sus caracteres experimentales, y

7<sup>a</sup> " — Se exceptúan de la regla anterior el chancro mixto en su fase venérea y todas las ulceraciones, incluso el chancro venéreo, complicadas con gangrena ó fage denismo. — Ibe dicho.

Madrid, Septiembre de 1901.

Leida  
 Ferrer



Luis de Portillo y Mestre

Día 27 de Mayo de 1902

Verifico el ejercicio del grado de Doctor y fui calificado y aprobado

Hernando

Defensor Jimeno Pectoral

Defensor Jimeno

H. Flores

