

LECCION XXIV

Secuelas del chancro simple ó venéreo

A—Linfitis y adenitis

SEÑORES:

Si, á fuer de patólogos, buscamos en los hechos clínicos la interpretacion de sus propias leyes, reconoceremos que el chancro venéreo, respecto de los tejidos contiguos y de los vasos y ganglios linfáticos correspondientes á la region en que radica, es, no solo una úlcera específica, cuyos humores contaminan un proceso morboso idéntico al mismo chancro, si que tambien un afecto flogístico ordinario, capaz, como cualquier otro de su misma índole, de suscitar en los vasos y ganglios linfáticos circunvecinos, una inflamacion simple, es decir, de todo punto desprovista de especificidad y, por lo tanto, exenta de propiedades contagiosas.

Si quereis sacar provecho de la enseñanza clínica, en cuanto se refiere á las secuelas del chancro venéreo, no abandonéis este punto de vista.

Al presenciar una linfítis ó una adenítis concomitantes ó subsiguientes á una úlcera venérea, plantead al instante este problema nosológico: esta linfítis, esta adenítis ¿es simple ó es de índole chancrosa? ó, en otros términos, estas secuelas de la llaga venérea ¿son sintomáticas de la flegmasia ulcerosa, por ser ésta un proceso flogístico simple, ó implican la presencia de un virus idéntico al que del chancro se exuda?

Así, pues, el proceso del chancro venéreo podrá reflejarse en los linfáticos y en los ganglios contiguos, por dos clases de inflamaciones, á saber:

- 1.^a Linfítis y adenítis simple;
- 2.^a Linfítis y adenítis chancrosa, ó venérea.

Se han aducido algunos casos en que, sin haberse *observado* ningun chancro, se ha formado una adenítis; ésta ha supurado y el humor patológico, inoculado en el mismo individuo, ha dado lugar á tantos chancros venéreos cuantas han sido las inoculaciones. Este bubon, reputado chancroso, á pesar de no haber sido precedido de ningun chancro, es el que, con el nombre de bubon *d'emblée*, ha levantado, entre los sífilíógrafos franceses, las más acaloradas discusiones.

Recibamos, por ahora, á beneficio de inventario, entre las adenítis relacionadas con el proceso del chancro venéreo ó simple, el bubon *d'emblée* y añadamos --pues es frecuente observarla entre las consecuencias del chancro venéreo-- una forma de adenítis, cuya estructura anatómica y modo de comportarse ofrece las mayores analogías con las fungosidades del tumor blanco, tanto, que constituye lo que los modernos llaman *bubon* ó *adenítis fungosa* y los antiguos *bubon estrumoso*.

Vemos, por consiguiente, que entre los afectos del sistema linfático correspondiente á la region del chancro venéreo, que son reflejo de esta misma lesion, debemos comprender:

1.º, la *linfítis* y *adenitis simples*; 2.º, la *linfítis* y *adenitis chancrosas*; 3.º, el hipotético *bubon d'emblée*, y 4.º, la *adenitis fungosa* ó *es-trumosa*.

Para metodizar el estudio de estos afectos, trataremos sucesivamente de su Etiología, de su Patogenia, de su Sintomatología, de su Diagnóstico, de su Pronóstico y de su Terapéutica.

Etiología y Patogenia de la linfítis y adenitis relacionadas con el chancre venéreo simple

Proposiciones:

1.^a Todo chancre venéreo puede determinar en los vasos y ganglios linfáticos correspondientes á la region en donde radica, una inflamacion simple—*linfítis* y *adenitis simples*—ó específica—*linfítis* y *adenitis chancrosas*.—

2.^a La *linfítis* y *adenitis chancrosas*, reconocen su origen en la penetracion de los elementos específicos del chancre en las vias linfáticas y suponen necesariamente la prévia existencia del chancre ú otra solucion de continuidad, por la cual pueda insinuarse el pus chancroso en las vias linfáticas; de lo contrario, residiendo la propiedad contagiosa en los corpúsculos de este humor, no se efectúa el contagio, porque no pueden éstos ser absorbidos permaneciendo íntegros los vasos.

3.^a Los rarísimos casos de *bubon d'emblée* que se citan, son difíciles de explicar no habiendo previamente llaga ni efraccion de los tejidos; por lo cual debe opinarse que en ellos el chancre ó la solucion de continuidad, pasaron desapercibidos: es, pues, hipotético el *bubon d'emblée*.

4.^a El pus de la linfítis y de la adenitis chancrosas, así como el del chancre venéreo, es reinoculable en el mismo individuo.

5.^a Está experimentalmente demostrado el transporte del virus del chancre á los ganglios linfáticos á través de los vasos correspondientes.

6.^a El virus chancroso no penetra en el torrente circulatorio, por lo cual no causa infeccion ni discrasia y se limita á los vasos y ganglios inmediatamente relacionados con el chancre.

7.^a Los chancros que residen en los puntos del aparato genital más expuestos á escoriarse, son los que con mayor frecuencia determinan linfítis y adenitis chancrosas.

8.^a Todo *bubon chancroso*, antes que *adenitis*, es un chancre parenquinoso, ó intersticial, del ganglio, el cual frecuentemente se halla en medio de una *periadenitis* simple, que forma un absceso, en cuyo interior la glándula linfática experimenta la evolucion chancrosa; en tal caso, el pus de la coleccion peri-

adénica no es contagioso hasta tanto que el humor del mismo ganglio se ha mezclado con el del absceso peri-ganglionar.

9.^a El bubon chancroso afecta un solo ganglio, y aun cuando de ordinario es mono-inguinal, puede ser bis-inguinal—lo cual se explica por existir chancros en ambos lados de la region genital, ó por hallarse el chancre en el plano medio.—

10.^a Cuando, existiendo un chancre en un lado del pene, se presenta un bubon en la ingle opuesta, debe suponerse que hay en la distribucion de los vasos linfáticos de la region peniana la anomalía de entrecruzamiento ó anastómosis transversas.

Señores: Uno de los enfermos más dignos de estudio, de cuantos que en el presente curso se han presentado en la sala de Santa Cruz, fué un jóven que ocupó la cama número 3. Tenia un chancre simple en el frenillo, el cual fué tratado por el metodo ordinario de cauterizacion y curas con iodoformo. A poco de estar en la Clínica, aquejó dolores en ambas ingles, en las que percibimos un ganglio bastante duro y movable: diagnosticamos *doble bubon chancroso*. Cinco dias despues, en la ingle derecha, se notaba una ligera fluctuacion, por lo cual, insiguiendo nuestra práctica de dilatar tempranamente esta clase de bubones, introduje un bisturí de hoja angosta hasta el seno del ganglio, con lo cual, y mediante repetidas maniobras de expresion, hice salir una cantidad bastante regular de un pus gleroso, mezclado con sangre. A pesar de lo prematuro de la dilatacion y de las cuidadosas curas que se hicieron, el absceso ganglionar vino á convertirse en un verdadero *chancre*, que siguió su marcha acostumbrada hasta la curacion.

Muy distinto fué el curso del bubon de la ingle izquierda: creció y llegó á contraer adherencias con la piel; mas, así como el otro se mostró rebelde á la tintura de iodo, éste, al segundo dia de pincelarle con este medicamento, con gran sorpresa, notamos que comenzaba á ablandarse y disminuir de volúmen, acabando por resolverse totalmente en corto número de dias.

¿Cómo negar que, en este caso, quizás rarísimo en su especie, la adenitis inguinal derecha fué de índole venérea, es decir, un *bubon chancroso*, al paso que la del lado derecho fué una *adenitis simplemente inflamatoria*, un *bubon simpático*?

Hé aquí, pues, un hecho clínico, que pone en la mayor evidencia que un chancro venéreo puede, por razon de su especificidad, engendrar el *bubon venéreo*, y por su índole simplemente inflamatoria, una *adenitis vulgar*.

Veamos otro caso, tambien digno de interés: es un hombre de unos 45 años, que hoy dia ocupa la cama número 8 de la sala de Santo Tomás—ignoro el motivo por que no ha sido destinado á la sala de venéreos.—Conserva en la corona del glande recientes las cicatrices de dos chancros; se tocaba, hace dos dias, en la ingle izquierda, un bubon. La fluctuacion era bastante manifiesta; dilatélo de una manera más ámplia que de ordinario; salió un pus cremoso, ligeramente sanguinolento; exprimí cuidadosamente la coleccion y ordené inyecciones y fomentos con vino aromático fenicado. Han transcurrido cuatro dias y el afecto está muy próximo á su completa curacion, sin haberse notado, ni por un momento, el aspecto del chancro ganglionar.

Hé ahí otro caso de *chancreo genital*, que en lugar de producir un bubon chancroso, se ha limitado á determinar una adenitis simple, un *bubon simpático*, el cual, en vez de resolverse, como aconteció en el caso precedente, ha terminado por supuracion, es decir, por la formacion de un absceso simple, que rápidamente ha marchado á la reparacion y á la cicatrizacion.

Ved aún otro caso, el del hombre que, hace pocos dias, tomó el alta, despues de haber hecho cosa de un mes de estancia en la cama número 9 de la sala de Santa Cruz. Tenia chancros en la corona del glande; le sobrevino un bubon en

la ingle izquierda; vimos rápidamente desarrollarse una *peri-adenitis*, que terminó por supuración; dilatamos el absceso y, en el seno de la colección, vimos un ganglio,—el del bubon chancroso—abultado como una nuez pequeña, aislado, diseccionado y fluctuante: evidentemente contenía pus, verdadero pus chancroso: era una colección intra-ganglionar, en medio de otra colección *peri-ganglionar*. El absceso presentó el aspecto simple, esto es, sin ninguno de los caracteres del chancro; cuando se abrió el ganglio, apareció una cavidad verdaderamente chancrosa. En este caso teníamos: 1.º una *adenitis chancrosa*, y 2.º una *peri-adenitis*. Si hubiésemos repetido los experimentos de Ricord, hubiéramos visto que el pus de la *peri-adenitis* no era reinoculable, mientras que el procedente del seno del ganglio, habría determinado chancros venéreos.

Sigamos el inventario de nuestros hechos clínicos. Un joven ocupó, hace cosa de un mes, la cama número 6 de la sala de Santa Cruz, tenía un bubon en la ingle izquierda, por debajo del pliegue transversal de esta región. Era de mediano tamaño, regularmente doloroso á la presión y aún algo movable. El enfermo lo atribuía á un cóito de sospechosa pureza, que había efectuado diez días antes de salirle el bubon. Negaba haber tenido chancros; no se veía ninguna úlcera ni cicatriz en el pene; tampoco se notaban úlceras ni escoriaciones en el ano, ni en el miembro abdominal. Había, empero, el precedente de haberse comenzado á notar el infarto vaginal al día siguiente de una larga caminata. A la cabecera del enfermo os dije; «hé aquí un bubon, al cual, si supurase, los franceses llamarían *bubon d'emblée*. No supuró, sino que antes bien se resolvió en pocos días, al influjo de la tintura de iodo.

Era, como os dije, en aquella ocasión, una *adenitis simple*,

esto es, desprovista de toda especificidad, y no otra cosa puede ser el pretendido *bubon d'emblée*. Bubones que supuren y que al abrirse dejen una úlcera chancrosa, sin haber sido precedidos de un chancre más ó ménos extenso en la region en donde se originan los vasos linfáticos que van al ganglio infartado, no los he visto nunca; es más, creo que en cuantos casos análogos se citan, hubo un chancre — que pudo ser muy diminuto y ocultarse en algun repliegue de los genitales ó del ano — que pasó desapercibido al enfermo y al médico.

Jullien, que admite en principio el *bubon d'emblée*, no cita en su apoyo ningun caso de su práctica, y cree factible que, por una escoriacion tegumentaria penetre el virus en los vasos linfáticos y por estos al ganglio, sin causar úlcera en la piel. No puede negarse esta posibilidad; pero de esto, á decir que á través de la epidermis íntegra puede ser absorbido el virus chancroso, con sus elementos morfológicos, que son precisamente los depositarios de la virtud contagiosa, hay una enorme distancia. El pus del chancre no pasa á los vasos linfáticos, por *absorcion*, por endosmose vital, sino por *penetracion*, previa solucion de continuidad de dichos vasos. El chancre, destruyendo los tejidos, produce esta solucion de continuidad, y en tal caso, plasma y glóbulos del pus encuentran via expedita para entrar y ser acarreados al ganglio.

Los hechos, pues, y el raciocinio se adunan para negar la realidad del *bubon d'emblée* y para dejar establecido que la adenitis á la cual se ha dado este calificativo, es una *adenitis simple* ó un verdadero *bubon sintomático* de un chancre que pasó desapercibido.

Todos los sifiliógrafos están contextes en que la mayor ó menor frecuencia de la linfitis y adenitis chancrosas guarda proporcion con el grado de inflamacion del chancre y las

violencias de que éste ha sido objeto. Segun hemos dicho, se requiere alguna solucion de continuidad que interese los vasos linfáticos, para que el pus chancroso, penetrando en estos, sea trasportado al ganglio. Si la úlcera no es asiento de una irritacion muy viva y, sobre todo, si en ella no se verifican tracciones mecánicas que desgarran los tejidos, las vías linfáticas podrán permanecer íntegras y el mal no retumbará al sistema linfático circunvecino. Este es el motivo de que, á lo ménos la mitad de los chancros, no vayan seguidos ni de *linfitis* ni de *adenitis*. Mas, si la llaga recae en la corona del glande, en la cara mucosa del prepucio, en el orificio de éste ó en el frenillo, los movimientos espontáneos ó provocados, determinan desgarros, frecuentemente hemorrágicos, y estos abren puerta para que el virus se insinue en las vías linfáticas. Este es el motivo de que la mayoría de los bubones virulentos correspondan á chancros que radican en los sitios enumerados. Del mismo modo, teniendo en cuenta la amplitud, la holgura y la preservacion de impresiones mecánicas que naturalmente ofrecen los genitales de la mujer, se explica que en ésta el chancre venéreo se complique de linfitis y de bubon con mucha ménos frecuencia que en el hombre.

Es hecho observado que rara vez falta el bubon y que frecuentemente aparece la linfitis, cuando el chancre ha sido asiento de hemorragias. ¿Por qué? No porque el virus penetre en la vena ó en el capilar que sangra—que en el sistema sanguíneo, segun parece, el humor venéreo no despliega su maléfico influjo—sino porque, como los vasos linfáticos siguen en su distribucion la misma norma que las venas, á cada solucion de continuidad de estas, corresponde otra análoga en aquellos.

Pero habreis notado sin duda que, siendo bastante nume-

rosos los casos de *bubon venéreo* que hemos visto en la Clínica, han sido contados, muy contados, los casos de *linfítis chancrosa*. ¿Cuál es la causa de esta extraordinaria desproporcion numérica? ¿Por qué, debiendo venir por los vasos linfáticos el humor virulento que provoca el bubon chancroso, es mucho ménos frecuente la linfítis que la adenitis?

Hay un principio general en la patología del sistema linfático, que no puede olvidarse en este lugar: las afecciones flogísticas y aún las neoplasias—carcinomas, sarcomas—de los vasos, son mucho menos frecuentes que las de los ganglios: apenas hay panadizo que no produzca adenitis axilar; apenas hay absceso, herida enconada ó grano irritado, en el miembro abdominal, que no se acompañe de infartos inguinales; sin embargo las angiopleucitis del miembro torácico y del miembro abdominal son relativamente raras. ¿Por qué? Porque los principios flogógenos ó infectantes que van á los ganglios hacen en el seno de estos larga estancia — la suficiente para determinar un verdadero proceso inflamatorio ó hiperplásico — al paso que en los vasos linfáticos, á pesar de la lentitud de esta circulacion, no están sino de tránsito, por lo cual su contacto es de corta duracion y, por lo mismo, insuficiente para determinar un trabajo inflamatorio.

Aplicad este principio de la patología no específica, á la linfítis y adenitis chancrosas, y comprendereis que el virus de la llaga venérea pueda pasar por los vasos linfáticos sin causar impresion suficiente para inflamarlos, mientras que en el ganglio, en donde permanece mucho tiempo, lo tiene de sobra para causar todos los efectos del contagio.

¿Quereis una prueba de la suficiencia de esta explicacion? Pues sabed que la linfítis chancrosa comienza siempre por los puntos que preceden á las válvulas, por esos pequeños fondos de saco que hay entre las válvulas y el vaso, y que las nodosida-

des, los abscesos y las ulceraciones que subsiguen á la inflamacion de dichos vasos, recaen precisamente en esos mismos recodos. Aquí el humor chancroso se remansa y tiene suficiente tiempo para causar impresion por sus propiedades específicas. Si así no fuese; si el vaso linfático se inflamase por igual en toda su longitud; la linfítis no se caracterizaria por un cordon nudoso, sino por un cilindro abultado y duro, como el que distingue á la arteritis — las arterias no tienen válvulas. — La flebitis, al contrario, á causa de la estructura valvular de las venas, tiene manifestaciones sintomatológicas parecidas á las de la linfítis: tambien hay cordon nudoso, aunque mayor, mucho mayor, que en la linfítis.

La fisiología patológica del bubon venéreo tiene puntos interesantísimos.

El bubon sintomático, llamado tambien de *absorcion*, antes que *adenitis flemonosa* es un chancro ganglionar parenquimatoso, esto es, un proceso morbozo idéntico al de la úlcera venérea, que se efectúa en el seno del ganglio. La inflamacion, la adenitis y sobre todo la peri-adenitis supuratoria, son hechos consecutivos y necesariamente subordinados á la neoplasia específica del ganglio. Los ganglios linfáticos tienen una corteza ó cubierta periférica; el trabajo morbozo ocasionado por la contaminacion del tejido por el pus acarreado por los vasos linfáticos, se inicia en el seno del ganglio, en lo que podria llamar su *sustancia medular*; propágase luego á su parte cortical, la cual, al fin, es destruida, pues se convierte en materia chancrosa. De ahí que, con frecuencia, se vean casos en que, al propio tiempo que comienza el proceso específico en el seno del ganglio, se enciende una inflamacion flemonosa en el tejido conjuntivo peri-ganglionar, de la cual resulta un *flemon peri-adénico*, cuyo pus, segun los decisivos experimentos de Ricord, está completamente desprovisto de propiedades

contagiosas. Abierta esta coleccion, aparece el ganglio tumefacto, y si en su espesor se introduce un bisturí ó una sonda acanalada, se ven salir una ó más gotas de pus sanioso, cuyo simple aspecto le diferencia del que se halla contenido en el absceso periférico: es *virus venéreo*, como lo prueba el resultado positivo de la reinoculacion.

Continuando el incremento del proceso chancroso en el seno del ganglio y destruida su cápsula, el humor del bubon se mezcla con el pus del absceso peri-ganglionar. Desde entonces ya no es posible distinguir el pus chancroso del simplemente flemonoso: todo es uno y todo es reinoculable. Los ámbitos del absceso, confundidos en la excavacion del ganglio, constituyen un solo afecto: un *chancre ganglionar*.

Conocido el sitio de un chancre genital, ¿será dable predecir cuál será el ganglio inguinal que se convertirá en bubon chancroso? Si no fuesen las anomalías en la distribucion de los vasos linfáticos del pene; si no existiesen algunas, aunque raras, anastómosis transversales, y si no hubiese á veces entrecruzamientos, es decir, traspaso de los vasos linfáticos de la parte derecha del miembro á la ingle izquierda y vice-versa, se podria decir: 1.º que el bubon nacerá en la ingle correspondiente al lado del pene en donde aparece el chancre, y 2.º los chancros que ocupan el plano medio—v. g. los del frenillo,—son ocasionados á determinar un bubon en cada ingle.

Hay, sin embargo, casos que contradicen estas reglas, y estos no hallan explicacion sino en las anomalías de la vascularizacion linfática. Así pues, cuando existiendo el chancre en el lado derecho del pene, aparezca un bubon en la ingle izquierda, diremos: que ó existe un entrecruzamiento de vasos ó una ó más anastómosis transversales de los mismos.

De todos modos, debe llamar la atencion del clínico la uni-

dad del bubon chancroso, pues este carácter es uno de los que más le distinguen de la adenitis sifilítica: esta es *poli-ganglionar*; le chancrosa es *mono-ganglionar*.

De ordinario, no hay bubon chancroso más que en una ingle; puede, sin embargo, ser bis-inguinal, cuando responde á un chancre de la línea media. Hé aquí otro carácter importantísimo: la *adenitis sifilítica es bis-inguinal*; el *bubon chancroso es siempre mono-ganglionar y con poca frecuencia bis-inguinal*.

No carecemos de interpretación fisio-patológica para estos hechos: el bubon chancroso recae únicamente en el ganglio que recibe los vasos linfáticos que, emergiendo de las inmediaciones del chancre, son vía de transporte del pus contagiante, y como á determinados vasos corresponden determinados ganglios, los efectos del contagio se limitan al ganglio terminal del respectivo vaso. Por esto los ganglios chancrosos son casi constantemente los mismos, esto es, los que corresponden al pliegue de la ingle, inmediatamente por debajo del ligamento de Fallopio y por delante de la fascia cribiforme. La presencia de un bubon en un ganglio más profundo, más alto, ó más inferior, constituye un hecho bastante excepcional, pero que se explica por el sitio del chancre en los genitales.

Lo que respecto al sitio de los bubones acabamos de exponer con referencia á las ingles, es aplicable á la adenitis chancrosa de la axila, del cuello y de la región sub-maxilar: siempre es culminante la unidad del bubon y frecuente su unilateralidad. Al contrario respecto de la adenitis sifilítica: en todas partes infartos múltiples y simétricos.

A los curiosos hechos de la patogenia del bubon chancroso que llevamos expuestos, falta añadir otro, que ha dado pie á graves equivocaciones de parte de los unicistas. Hunter habia demostrado que el virus del chancre limitaba su acción

á la primera serie de ganglios linfáticos relacionados con la llaga primitiva; ni tan siquiera los ganglios sucesivamente escalonados resultaban impresionados por este virus. El gran experimentador, que creía en la existencia de un solo virus sifilítico, decía: «puesto que el humor chancroso limita su accion al primer ganglio que encuentra al paso, es que en el seno de éste, el virus, mezclándose con la linfa, se desnaturaliza y pierde sus virtudes específicas.»

Pero ¿por qué del seno del bubon chancroso el mismo Hunter extraía pus venéreo, con todas sus propiedades contagiosas? *No se desnaturaliza*, pues, el virus del chancro en el seno del bubon; antes al contrario, conservaba y aún multiplicaba su cantidad, ya que no su potencia.

Si Hunter hubiese sido *dualista*, hubiera visto que el pus chancroso, ó venéreo, difiere del sifilítico, precisamente en una cualidad esencial: la de no ser transportable al torrente circulatorio — porque rigurosamente hablando no es absorbible — y la de limitar el radio de su accion á las partes con que se pone en inmediato y prolongado contacto: el tejido conjuntivo, los vasos linfáticos y los ganglios; por esto es reinoculable al infinito. Mas ¿por qué desde el primer ganglio infartado, es decir, chancroso, el virus no pasa á un ganglio de la inmediata serie? Porque son tales las condiciones en que la inflamacion chancroca coloca al tejido del bubon, que los vasos linfáticos que salen del ganglio no se hallan en aptitud de recibir el virus nuevamente formado.

¿No os satisface por completo esta explicacion? No importa gran cosa: lo esencial es consignar el hecho, ya que, por otra parte, tampoco sabríamos darnos la razon de por qué el virus chancroso no penetra en las venas y sí en los linfáticos, cuando unas y otras han sufrido una solucion de continuidad.

LECCION XXV

Sintomatología y complicaciones de la linfo-adenitis relacionada con el chancro venéreo

Proposiciones:

1.^a La linfo-adenitis simple se caracteriza por tumefaccion y abultamiento nudoso del cordon linfático y correspondiente ganglio; éste se pone doloroso, y, si bien al principio es movable y está aislado, luego adhiere á los tejidos vecinos y ó bien se encamina á la resolución, ó supura; en este último caso, cuando se abre el absceso, aparece una cavidad de aspecto simplemente supuratorio, sin ninguno de los caracteres del chancro, que cicatriza como de ordinario, ó bien, recayendo en un sujeto linfático ó depauperado, adquiere los caracteres de la adenitis fungosa, ó bubon estrumoso.

2.^a La *linfitis* chancrosa es mucho más rara que la *adenitis*—11 casos entre 271—y aun cuando puede originarla cualquier chancro del pene, no se observa sino en los linfáticos del dorso de este órgano, en donde se caracteriza por tumefaccion edematosa y rubicunda y un cordon nudoso, cuyos abultamientos se convierten rápidamente en abscesos, los cuales, al abrirse, son otros tantos chancros, frecuentemente acompañados de senos en la direccion de los vasos linfáticos inflamados, siguiendo en lo demás la misma marcha que el chancro venéreo.

3.^a Los síntomas de la adenitis chancrosa, al principio no difieren de los de la adenitis simple, ó simpática, más que por la mayor agudez é intensidad del proceso inflamatorio.

4.^a La adenitis ó bubon venéreo termina siempre por supuracion; el bubon simpático puede resolverse espontáneamente ó al influjo de un tratamiento adecuado.

5.^a Abierto el bubon chancroso, resulta una úlcera profunda, desigual y tan vasta como la coleccion purulenta que la precedió, con todos los caracteres del chancro, por lo cual se llama *chancro ganglionar*.

6.^a Los síntomas, marcha y terminaciones del chancreo ganglionar son los mismos que los del chancreo simple primitivo.

7.^a Las complicaciones que puede presentar el chancreo ganglionar, son análogas á las que se observan en el chancreo simple; pero en aquel es más frecuente el fagedenismo que la gangrena, y además se ven la erisipela flemonosa, hemorragias, frecuentemente provocadas por un esfuerzo muscular, la inflamacion del testículo y la llamada *peritonitis de bubon*, debida á la propagacion de una peri-adenitis pélvica y que frecuentemente causa la muerte.

8.^a La *adenitis estrumosa*, ó *bubon fungoso*, es una escrófula inguinal, excitada por la presencia del chancreo venéreo, pero desprovista de especificidad chancrosa, que aun cuando puede observarse en el bubon chancroso, es más comun en la adenitis simpática.

9.^a Así como en un individuo afectado de chancreo venéreo, por efecto de la accion simultánea ó sucesiva del correspondiente virus, puede desarrollarse un chancreo sifilítico y aun volverse sifilítico un chancreo venéreo—*chancreo mixto*—es posible que á la mono-adenitis chancrosa se añada la pléyade ganglionar, propia de la infeccion sifilítica, y esta complicacion constituye el *bubon mixto*.

SEÑORES: Sin advertirlo, casi, en la Leccion anterior, estudiando la Patogenia de los afectos del sistema linfático relacionados con el chancreo venéreo, entramos en plena Sintomatología de estos afectos. Comencemos la tarea de hoy, exponiendo algunos casos de nuestra clínica.

Por ser, como es, rara la *linfitis chancrosa*, á pesar de haber observado un considerable número de bubones, solo hemos visto en el presente curso dos casos de aquella afeccion. Uno de ellos era un hombre de unos 36 años, que ocupó la cama número 9 de la sala de Santa Cruz. Tenia dos chancros en la base del glande; en más de una ocasion les vimos sangrar de resultas, sin duda, de esfuerzos para descapullarse. Se inflamaron y el prepucio se puso tumefacto y rubicundo. En medio de la tumefaccion edematosa, se notaba, á lo largo de la cara dorsal del pene, un cordon nudoso, que la recorria en toda su longitud y se perdia en el púbis; en la ingle derecha se tocaba un ganglio infartado y doloroso. En los puntos correspondientes á los nudos del cordon linfático, formáronse rápidamente tres abscesos, que luego se abrieron, dando lugar á otras tantas excavaciones sub-cutáneas; varios

senos estaban labrados debajo de los tegumentos penianos; uno de aquellos se extendía hacia la raíz del miembro; los bordes cutáneos de los abscesos abiertos se desgastaron rápidamente y convirtiéronse en tres úlceras de aspecto chancroso, esto es, con fondo sórdido y corte perpendicular. Mientras tanto, hacia progresos el bubon de la ingle derecha: fluctuó, fué dilatado y convirtióse en un *chancre ganglionar*. Curados con vino aromático fenicado y con iodoformo, así los chancros primitivos como los resultantes de la supuración de los nódulos de los vasos linfáticos y del bubon, entraron gradualmente en el período de restauración, resultando bastante entretenida la curación definitiva, á causa de los senos que minaban los tegumentos del pene, por lo cual fueron precisas varias cauterizaciones con el cilindro de nitrato de plata, á fin de procurar la adhesión y la oclusión de los trayectos.

Fijándonos, cual conviene, en este caso, se echa de ver: que la linfítis chancrosa, hasta tanto que se han abierto los abscesos, en nada difiere aparentemente de la linfítis simple ó inflamatoria. Si no hubiésemos visto chancros en la corona del glande, no hubiéramos tenido derecho para sospechar especificidad en la inflamación; solo cuando se abrieron los abscesos y les vimos transformarse en chancros, hubiéramos podido asegurar que eran de índole venérea.

Es también de notar que, cualquiera que sea el asiento del chancre, puede presentarse la linfítis; pero, sin duda, á causa de que todos los vasos linfáticos del pene confluyen en su cara dorsal, la linfítis chancrosa solo se observa en los linfáticos penianos dorsales. Las nodosidades características encuentran su explicación, en la presencia de las válvulas, en cuyo sitio de implantación hay naturalmente recodos, en donde se remansa el virus el tiempo suficiente para excitar á

la inflamacion supuratoria; de ahí los abscesos y las úlceras, formados simultáneamente y con chocante rapidez.

Los trayectos sinuosos que parten del fondo de los abscesos y chancros linfáticos, corresponden probablemente al trayecto que recorren los vasos para dirigirse á los ganglios de la ingle.

En nuestro caso, bastó cauterizar los senos, para lograr la adhesion de sus paredes; pero en otros muchos y especialmente si por sus extremidades corresponden á dos aberturas cutáneas, reclaman la seccion del puente tegumentario, bien sea por el bisturí, que expone á la contaminacion de las superficies cruentas, bien por ligadura elástica, que pone al abrigo de esta contingencia.

Un número bastante considerable de *bubones chancrosos* hemos observado en nuestra enfermería; mas antes de exponer la historia clínica de alguno que os sirva de ejemplo, quiero detallar la de aquel *bubon simpático, ó adenitis simple*, que observamos en un enfermo chancroso de la sala de Santo Tomás, número 7, y al que aludí en la Leccion anterior. De esta manera tendreis puntos de mira más culminantes para apreciar los síntomas del bubon venéreo.

Tenia, como llevo dicho, este sujeto un chancre blando en la corona del glande. Al octavo ó noveno dia de haberse notado la úlcera, sintió un dolor bastante vivo en la ingle izquierda, en donde se tocó un abultamiento del tamaño de una almendra; creyendo que este era un *incordio*, entró en el Hospital. Cuando nosotros le vimos, el abultamiento era mayor que una nuez; tenia una figura ovóidea; se hallaba al nivel del ligamento de Fallopio; estaba adherido á los tegumentos, los cuales, por su parte, se presentaban rubicundos y aumentada su temperatura y aún no se percibia fluctuacion. Os digo con franqueza, que de pronto creí que se trataba de

un *bubon sintomático* del chanero, de un *bubon venéreo ó de absorcion*, como hubiera dicho Hunter; no obstante, por si tal no era, y, por lo tanto, por si aún era posible la resolucion, dispuse embrocaciones con tintura de iodo. El resultado de este tratamiento no fué satisfactorio: cuatro dias despues, la fluctuacion era manifiesta en la parte más culminante del bubon, mientras en lo restante seguia duro. Desde este instante comencé á sospechar—y os lo dije—que esta adenitis no seria chancrosa, sino simple, un *bubon simpático*, á pesar del chanero genital que la habia ocasionado. Dilaté, no obstante, el absceso; salió pus flemonoso en regular cantidad, sin mezcla de sangre ni de materiales saniosos. El absceso ganglionar fué supurando durante algunos dias, sin que se formase úlcera; se reaplicaron las paredes de la coleccion y en ménos de ocho dias el enfermo salió curado, con una cicatriz muy poco perceptible.

Entre los diferentes casos de bubon venéreo que hemos visto en la clínica, escogeré como modelo de los dos primeros períodos de esta afeccion, el del enfermo que aun hoy dia ocupa la cama número 1 de la Sala de Santa Cruz, pues en éste hemos visto nacer, crecer, supurar, abrirse y gracias á un buen tratamiento, cicatrizar rápidamente el bubon.

Vino este sujeto con varios chancros en el glande y prepucio; el primero de los chancros contaba unos veinte dias de fecha cuando el enfermo ingresó en el hospital. Aquejábale un dolor bastante intenso en la region inguinal derecha, dolor que aumentaba al andar y era causa de cierto grado de cojera. Veíase en la ingle un abultamiento del tamaño de una nuez grande, de figura ovóidea y dispuesto oblicuamente por delante del ligamento de Fallopio. Era duro y aun conservaba bastante movilidad; la piel estaba rubicunda y tumefacta, por la cual resultaba casi borrado el pliegue inguinal. Diag-

nosticamos un *bubon sintomático del chancre venéreo*, y ya desde entonces os previne que se encaminaria rápidamente á la supuracion, por lo que, aun cuando dispuse embrocaciones con tintura de iodo, no creí conseguir la resolucion del infarto. A la visita siguiente, el enfermo se quejaba de que el dolor no le permitia dormir; estaba algo calenturiento; tenia la lengua súa y poco apetito. El tumor habia crecido bastante y comenzaba á fluctuar profundamente; por lo cual, y á pesar de la resistencia del paciente, que decia que el bubon *no estaba aun bastante maduro*, lo abrí, penetrando hasta el seno del ganglio con un bisturí de hoja estrecha; con lo cual y con repetidos conatos de expresion, que fueron para el enfermo más dolorosos que la incision, salió una cantidad bastante considerable de un pus de apariencia albuminosa, de color gris y mezclado con sangre. Todo él resultó vaciado en esta sesion: ya no se tocaba nada del ganglio infartado; solo la piel quedó aun un poco tumefacta. Al dia siguiente continuaba la supuracion á través de la angosta abertura, que se habia reducido bastante á causa de haberse desprendido la mecha que habíamos introducido. Nueva expresion del absceso. El pus era tambien sanioso y abundante. Practiqué una inyeccion de nitrato de plata—3 por 30— y ordené fomentos con vino aromático fenicado. A pesar de esto, al tercer dia la abertura del bubon se habia agrandando bastante y aparecia el fondo de la coleccion con el aspecto propio de una superficie cauterizada. El pus era ya más cremoso y habia disminuido la rubicundez de los tegumentos: desde entonces se curó con inyecciones de iodoformo, alcohol y éter, prévias lociones con vino aromático fenicado y con fomentos de esta misma sustancia. Con estos medios se evitó la amplia ulceracion del bubon y el desarrollo del chancre ganglionar, resultando curado el enfermo en poco más de quin-

ce dias, sin más vestigio que una cicatriz poco aparente.

¡Cuánta diferencia entre este caso y la marcha que han seguido los bubones del enfermo del número 12: aquel que entró con cicatrices de chancros en el pene y una adenitis *plenamente supurada* en cada ingle! (Lám. 5.^a, fig. 1.^a). Aun cuando de buenas á primeras dilate los abscesos por una pequeña incision, extrayendo, sin muchas comprensiones, gran cantidad de pus sanioso, y á pesar de la cauterizacion con nitrato de plata y de las curas con idoforno y vino aromático fenicado, hemos visto á la ulceracion chancrosa llegar á su apogeo. La incision del bubon se amplió extraordinariamente; los tegumentos de la coleccion purulenta, despegados y de aspecto mortecino, quedaron simplemente aplicados á la cavidad el absceso, hasta que, en pocos dias, se fueron desgastando y pusieron de manifiesto una llaga profunda, de contornos desiguales, excavada y de superficie irregular, cuyo fondo, cubierto de una capa cenicienta, en extremo adherente, exudaba abundante pus de mala calidad. Algunas pústulas, que aparecieron en las inmediaciones de la llaga, se ulceraron y luego han venido á confundir sus contornos con los del chanero ganglionar.

Hartos estamos de cauterizar con el cilindro de nitrato argéntico estas úlceras; hasta las hemos atacado con la pasta de Cankoin; siempre hemos notado grande rebeldía y extraordinaria propension á reinoculaciones sucesivas. Aquí el bubon ha seguido la marcha del chanero ganglionar, á causa de que no ha sido intervenido á tiempo; por esto, hasta hace dos dias, no se ha declarado decididamente el trabajo de reparacion, precursor de la cicatriz, la cual ahora confio que no tardará en formarse, si no sobrevienen nuevos estacionamientos ó alguna complicacion.

Compilemos ahora la enseñanza que contienen estas dos

observaciones clínicas que he expuesto como modelos y veremos, en la sintomalogía del chanero, los siguientes fenómenos que le caracterizan:

1.º Tumefaccion mono-ganglionar, en una ó en ambas ingles;

2.º Síntomas inflamatorios de contigüidad—peri-adenitis—consistentes en rubicundez y tumefaccion y aumento de temperatura de los tegumentos contiguos al ganglio inflamado; á veces hay absceso peri-ganglionar;

3.º Fenómenos febriles más ó menos acentuados;

4.º Marcha muy rápida de los síntomas inflamatorios en el sentido de la supuracion, en términos de encontrarse pus en el seno del ganglio inflamado al poco tiempo de haberse iniciado la flegmasia;

5.º Posibilidad de contener la evolucion del absceso en el sentido de transformarse en chanero ganglionar, mediante un tratamiento adecuado, empleado á tiempo;

6.º Marcha decidida hácia la abertura espontánea del absceso ganglionar y transformacion de éste en chanero venéreo profundo, de bordes cutáneos y sinuoso, si la evacuacion del absceso no se hace á tiempo y por completo;

7.º Posibilidad de reinoculaciones sucesivas del chanero ganglionar en las partes contiguas,

Y 8.º Marcha del chanero ganglionar idéntica á la del chanco venéreo primitivo, es decir, con un período de progreso, seguido de otro de restauracion y terminando por la cicatrizacion, en un plazo por lo comun más largo que el chanero primitivo.

En el presente curso no hemos visto, por fortuna, ningun caso grave de complicacion fagedénica del chanero ganglionar; lo cual no es decir que este accidente no sea bastante comun y de aquellos que dejan impresiones más profundas

en el ánimo de los alumnos. No puedo resistir el deseo de leerlos la siguiente historia clínica, recogida en nuestra enfermería, durante el curso de 1872 á 1873 por el Dr. D. Juan Viura, hoy dia ilustrado práctico en esta ciudad y entonces aprovechado alumno interno adscrito á mi clínica. (Lám. 2.^a).

“L. N., de 25 años, temperamento linfático-nervioso y constitucion medianamente robusta, pasó á ocupar, en 22 del pasado Octubre, una de las camas de nuestro departamento de enfermedades venéreas. Sin que se encuentre en su anamnésis otro antecedente vénereo que una blenorragia sufrida hace dos años y curada al poco tiempo, expuesto posteriormente al contagio, en Agosto último, contrajo dos ulceritas en el lado izquierdo del glande, que consideramos serian chanceros blandos, no solo por los caracteres que, segun el enfermo, revestian, si que tambien por haberse manifestado despues la adenitis monoganglionar en la region inguinal izquierda, careciendo de la dureza, indolencia y multiplicidad que constituyen los caracteres propios de la adenopatia sifilitica; pero distinguiendo, cual correspondia á la adenitis sintomática del chanero blando, la agudeza é intensidad en los síntomas flogísticos y pronta supuracion, que se evacuó del absceso á beneficio de tópicos emolientes, habiéndose continuado su uso, junto con otras sustancias, para obtener la curacion de la úlcera, verdadero chanero resultante de la abertura del bubon que, despues de algunos dias, hubo de ser asiento de una de las complicaciones más graves del chanero, observada con mayor frecuencia en el blando que en el infectante, pero sin que pueda considerarse como un funesto privilegio de la primera de estas dos variedades.

„Causas bastante abonadas han obrado sobre nuestro enfermo en la patogenia de la afeccion que llegó, durante algunos dias, á poner en peligro su existencia. En efecto, depauperada su constitucion por las fatigas y privaciones á que estuvo sujeto durante la guerra franco-alemana y mientras permaneció prisionero en Magdeburgo; olvidando, despues de su llegada á España, la observancia de los más indispensables preceptos higiénicos que el estado de su organismo exigia; no dió la importancia debida á la úlcera que le quedaba en la ingle, entregándose sin descanso á sus penosas ocupaciones habituales, hasta que la mayor intensidad del mal le obligó á cuidar de su curacion, para la cual empleó diversos tópicos grasos, altamente contraindicados en este caso, y con ellos, lejos de impedir, facilitó tal vez el desarrollo del fagedenismo, que en pocos dias adquirió una extension y gravedad poco comunes, como pue-

de observarse por el siguiente síndrome que presentaba al ingresar en nuestra clínica.

„Destruídos el tegumento y tejido conjuntivo-adiposo sub-cutáneo en toda la extension de la region inguinal izquierda, quedaba en este sitio una úlcera de forma rectangular, dirigida oblicuamente en sentido del ligamento de Fallopio, ó de Poupart, cuyos lados medirían próximamente 10 centímetros el uno, y 5 ó 6 el otro, llegando la destruccion de los tejidos á 2 centímetros de profundidad en algun punto; la piel de los bordes, con poca alteracion en su color y ligeramente indurada, se hallaba cortada de un modo perpendicular, con dentellones y estaba enteramente desprendida del fondo de la úlcera, de modo que dejaba un espacio, ó seno, alrededor de esta, que, por ser mayor la destruccion del tejido conjuntivo, se extendia más en el lado interno, ó sea en la inmediacion del cordón espermático, en el punto en que éste, saliendo del conducto inguinal, se dirige por encima del púbis hácia las bolsas. En el fondo de la superficie afecta, tapizado por una capa pultácea y cenicienta, veíanse libres y aislados algunos ganglios linfáticos, que se movian al impulso de los latidos de la arteria femoral, situada inmediatamente debajo, percibiéndose asimismo libres y disecadas las fibras de la porcion superior del músculo sartorio; bañaba esta superficie una abundante cantidad de un líquido sero-icoroso, en el que flotaban detritus gangrenosos, despidiendo el conjunto un olor desagradable: fetidez específica que bastaba para anunciar la mortificacion de los tejidos. El enfermo acusaba agudos dolores en toda la superficie afecta, y en algun punto de los bordes, los cuales en el resto de su extension eran escasamente sensibles; habia imposibilidad de ejecutar los movimientos del muslo; el estado de vigilia era continuo é intensa la reaccion febril.

„Nuestro Profesor cumplió la indicacion que reclamaban así el estado local como el general del enfermo, encargando se aplicara alrededor de la superficie afecta la pasta sulfo-carbónica, la cual, á su accion pronta y enérgica, reunia la ventaja de podérsela introducir, por ser su consistencia blanda, en todos los puntos donde los bordes estaban despegados, á cuya aplicacion siguieron las lociones y curas con una disolucion de permanganato potásico, administrándose además una pocion de tartrato-férrico-potásico, con jarabe de quina y sujetando al enfermo á un régimen enérgicamente tónico, con el fin de levantar sus fuerzas y combatir el empobrecimiento de la sangre, que, por sí solo, perturbando las funciones nutritivas, podia dar vida y desarrollo al elemento morbozo que se trataba de combatir.

„No muy plausibles fueron los resultados obtenidos por la aplicacion de los cáusticos potenciales, por lo que se echó mano del cauterio actual, que tam-

poco logró modificar la virulencia de la úlcera, la cual fué sucesivamente tratada por las disoluciones de permanganato potásico y percloruro férrico; por el vino aromático fenicado; por los polvos de quina, ácido fénico puro, etc., junto con el tratamiento general precitado, al que se añadieron 3 píldoras al día de sulfato de quinina de 0,05 cada una, no impidiéndose con todo, que el fagedenismo tomara más creces á últimos del mes de Octubre, adquiriendo, entrados ya en el Noviembre, tan asombrosas proporciones, á pesar de las perseverantes cauterizaciones y de las curas más metódicas y oportunas, que nos puso en evidencia la justa denominacion de *phagedena* con la cual ya Celso le distinguió.

„Desprendidas cada dia nuevas escaras, la mortificacion se extendió hasta la raiz del pene é inmediaciones del escroto y, no limitándose á las partes declives, ocupó la porcion inferior de la pared abdominal anterior del lado correspondiente, invadiendo por último parte de las regiones externa y posterior del muslo, aunque interesando en estos dos últimos puntos más superficialmente la piel, dándola un aspecto serpiginoso, que contrastaba con la forma terebrante caracterizada en la restante extension del chanero. Habian quedado desnudos nuevos ganglios, así como las fibras del primer adductor del muslo, y algunas del obliquo mayor del abdomen; presentóse una copiosa hemorragia, que fué cohibida á favor del cloruro férrico; el enfermo estaba sumamente postrado, con abundantes sudores, golpes de tos repetidos y con bastante expectoracion mucosa, algo obtundidas las facultades intelectuales, y siguiendo el pulso frecuente, contraído á veces irregular. Al plan curativo, que continuaba él mismo, se habia añadido la limonada fénica; 0,15 del ácido de este nombre por 300 gramos de limonada comun.

„En tal situacion se hallaba el enfermo el dia 11 de Noviembre, en que, ineñaces ya todos los recursos que una terapéutica acertada y enérgica nos ofrecia, decidióse el Dr. Giné á ensayar el reputado *específico antisifilítico de Pollini*, que el Dr. Zulueta tuvo la fineza y humanitaria generosidad de ofrecer á la Clínica. Presentábase este medicamento bajo la forma de polvo ténue y de color ceniciento oscuro, olor y sabor *sui generis*. Emprendióse el ensayo terapéutico, suspendiendo el tratamiento anterior, y procediendo del modo siguiente: expolvoreábase dos veces al dia toda la extension de la parte afecta, cuya operacion provocaba agudos y vivísimos dolores y propinábanse al interior unos 15 gramos del mismo polvo, al que se dió la forma pilular para facilitar su ingestion, tomando, por consiguiente, el enfermo cada dia de 60 á 80 píldoras, que siempre fueron perfectamente toleradas.

„A los tres días de adoptado este tratamiento, presenciarnos en la marcha de

la enfermedad un cambio radical y favorable que—lo confesamos—no nos habíamos prometido de un *específico* cuya composicion, no divulgada por su autor y distinta, segun éste, de la que se le atribuye en distintos formularios, nos impedía conocer *a priori* su poder terapéutico, del que fuimos testigos todos los alumnos. Suspendió sus progresos la gangrena molecular, elimináronse todas las escaras, la exhalacion era puriémula, cesó la fetidez, ofreciendo la superficie afecta un color rojo muy pronunciado. Disminuidos los síntomas generales, el sueño era tranquilo, el pulso desplegado y ménos frecuente, el enfermo estaba animoso y apetecía el alimento: era indudable que el fármaco de Pollini habia logrado dominar el fagedenismo.

„Posteriormente, el chanero ha adquirido los caracteres de la úlcera simple: sus bordes aplanados se continúan con el fondo, cubierto por abundantes mamezones carnosos, que impiden distinguir los músculos y ganglios que antes habia disecado el fagedenismo se ha establecido una loable supuracion y han decrecido todos los demás síntomas continuando la astringencia de vientre, que ha sido pertinaz. El día 24 dejaron de administrarse los polvos al interior, cuya aplicacion tópica habíase suspendido algunos días antes, sustituyéndola por la curacion simple de la úlcera. Al finir el mes de Noviembre, el estado general del enfermo es del todo satisfactorio, quedando además cubierta por el tejido inodular gran parte de la superficie ulcerada, que queda limitada á la ingle, en cuyo lado interno es más lento el trabajo de reparacion. Hácese empero notable una hinchazon edematosa profunda y muy pronunciada en todo el miembro inferior izquierdo, que el Dr. Giné atribuye, no á la dificultad en la circulacion venosa colateral, sino á que, siendo excesiva la proliferacion de los elementos que habían sido destruidos y verificándose este trabajo en el parénquima de los ganglios de la ingle, éste, por ser demasiado denso, impide á la linfa su curso ó la deja estancada en los vasos aferentes ó eferentes, que en todo su trayecto son asiento de un dolor bastante vivo; combatido este accidente con fricciones de alcohol alcanforado y un vendaje espiral, el enfermo queda sin ninguna medicacion, sujeto solamente á un régimen dietético adecuado al estado de deterioro en que ha dejado á su organismo una afeccion deprimente de suyo que si hoy ha perdido su gravedad, exige atentos cuidados para impedir una complicacion que pudiera ser fatal para el paciente.“

En el tomo VI de la *Independencia Médica*, correspondiente al 11 de Febrero de 1875, podreis leer otra observacion análoga, recogida y redactada por el entonces alumno de clínica

quirúrgica D. I. Arquer y Sainz y seguida de luminosas consideraciones, escritas por el tambien entonces alumno interno de mi visita D. Miguel Font y Ferrés.

Prescindamos por ahora de entrar en comentarios relativos á la *cura polliniana*, de que, como supremo y eficaz recurso, se echó mano en estos dos casos de la clínica — en esto nos ocuparemos con ocasion del tratamiento de las complicaciones del bubon venéreo y de la sífilis—lo que en la actualidad importa consignar, es que el fagedenismo, en el chancre ganglionar, es mucho más frecuente que la gangrena —lo contrario se observa en el chancre primitivo—y que aquella complicacion se caracteriza por grandes destrozos y vastas disecciones, por profusas supuraciones y por un grande decaimiento de las fuerzas del paciente. No es raro que, por esta causa, á la cual se pueden agregar abundantes hemorragias, subsecuentes á la perforacion de los vasos de la ingle, la muerte ponga término á los sufrimientos del enfermo. A no ser los excelentes servicios del fármaco Pollini ¿no hubieran perecido nuestros dos enfermos?

Todavía he de ocupar vuestra atencion en otro enfermo de los que hoy dia se hallan en nuestra sala. Es aquel viejecito que ocupa, hace ya tres meses, la cama número 17 de Santa Cruz. Su complexion es endeble; en todo su cuerpo se reconoce que ha pasado muchas privaciones y él mismo declara que su alimentacion fué siempre miserable. Vino á la Clínica con chancros genitales, que dieron lugar á infartos de ambas ingles; despues de lo cual curaron aquellos, pero con mucha lentitud. Vimos formarse la doble adenitis inguinal, y al principio creimos que tendríamos que habérnoslas con dos bubones chancrosos. Mas, desde el punto en que notamos la pausa con que crecian los infartos, su indolencia, su frialdad, su extraordinario volúmen, pues llegaron á adqui-

rir el de una patata de mediano tamaño, sus abolladuras, y su lentitud en reblandecerse, sospechamos que no era el virus chancroso el agente que actuaba en el seno de los ganglios de la ingle excitándoles al proceso destructivo y ulcerativo, sino que se trataba de una neoplasia fungosa, de todo punto parecida á la que entumece, hipertrofia y hace supurar las membranas sinoviales en el tumor blanco. Era una *escrófula inguinal, un bubon estrumoso, una adenitis fungosa*.

Bien hicimos y repetimos embrocaciones con tintura de iodo; bien aplicamos y reiteramos vejigatorios volantes; bien tratamos de comprimir los bubones con vendajes espigas y compresas graduadas; todo fué inútil: los bubones no daban un paso en el sentido de la resolucion, antes al contrario, aún cuando lentamente, propendian, cada dia de un modo más marcado, á abscedarse. Hará unas tres semanas dilaté el de la derecha y pocos dias antes habia abierto el otro. Salió un pus seroso, mal elaborado y provisto de grumos que le daban un aspecto heterogéneo; no era, por lo tanto, aquel pus ceniciento y teñido de sangre que hemos visto fluir de los bubones chancrosos, ni tampoco la supuracion espesa, blanca ó amarillenta y bien trabada que distingue á la adenitis simple. Ahora se ven dos ó tres aberturas en cada bubon; aberturas que se han hecho espontáneamente y por donde asoman las fungosidades que constituyen toda la masa de estos tumores (Lám. 8.^a, fig. 1.^a). Vedlos: no los confundireis con chancros ganglionares: no hay úlceras; son senos, son excavaciones debajo de una piel azulenca, fria, adelgazada, que cuando cicatrice, formará deformes costurones. A vosotros, que tantas veces habeis visto escrófulas supuradas en la region sub-maxilar, ¿no os sorprende la semejanza entre estos bubones y aquellas escrófulas? Son una misma cosa: son escrófulas inguinales, provocadas por la presencia del chancre

genital en un sujeto linfático y debilitado. ¿Cuál será su término? Hace tres meses que el enfermo está en la Clínica y si algo hemos adelantado, ha sido en su estado general, pues hemos conseguido tonizarle un tanto: yo creo que cuando, con ioduro de hierro, tintura de iodo, vino y buenos alimentos habremos reconstituido más este organismo, se agotará la supuracion y vendrá la cicatriz de la conformidad que tengo anunciada.

Aquí damos término al estudio de las complicaciones del bubon venéreo, dejando de describir la erisipela flemonosa y la peritonitis que á veces se presentan, pues estos hechos patológicos son meros efectos de la propagacion de la flegmasia ganglionar y no están ligados á la especificidad de la adenitis. Más, así como se dá frecuentemente el caso, que un chanero venéreo, por efecto de una inoculacion sifilítica simultánea, consecutiva ó precedente á la inoculacion del virus venéreo, adquiera los caracteres nosológicos y las propiedades infectantes del chanero sifilítico—y esto constituye el *chanero mixto*—puede suceder que, en una ó en ambas ingles, endonde ya reside y evoluciona un bubon venéreo, se presente una *pléyade ganglionar*, es decir, un gran número de ganglios duros, movibles y nada dolorosos, caracterizando la adenitis sifilítica. En este caso ocurre lo que se llama *bubon mixto*. ¿Es esto una complicacion? En modo alguno: esto es una nueva enfermedad, efecto de un nuevo virus.

LECCION XXVI

Diagnóstico.—Pronóstico y tratamiento de la linfoadenitis relacionada con el bubon venéreo.

Proposiciones:

1.^a El diagnóstico de la adenitis inguinal, cualquiera que sea su naturaleza, debe principalmente establecerse respecto de la *hernia crural* y de los *abscesos por congestión*: de la hernia crural se distingue en que ésta es reductible, elástica, blanda, poco ó nada dolorosa á la presión y sin síntomas inflamatorios primitivos; del absceso por congestión difiere en que éste es tambien reductible, blando, frío, poco doloroso á la presión y va precedido y acompañado de síntomas especiales en la columna vertebral.

2.^a El diagnóstico diferencial entre la linfoadenitis simple y la linfoadenitis chancrosa, se funda en los siguientes puntos de mira: a) —la linfoadenitis chancrosa, es más aguda y más rápida que la simple; b) la linfoadenitis chancrosa, termina siempre por supuración; la simple puede resolverse; c) la linfoadenitis chancrosa no aparece casi nunca antes del día décimo de la existencia del chancre, la simple puede presentarse antes; d) la adenitis chancrosa supura reblandeciéndose á la vez todo el bubon; en la simple el reblandecimiento se efectúa de la superficie á la profundidad; e) el pus del bubon chancroso no se reabsorbe nunca, por lo cual el bubon siempre acaba por abrirse; el simple, aún despues de supurado, puede reabsorberse; f) el bubon chancroso se abre de una vez y ampliamente; la abertura espontánea de la adenitis simple es pequeña y se efectúa por el centro; g) el pus del bubon chancroso es sanioso, rojizo, de color de chocolate ó de café con leche; el del bubon simple tiene el aspecto flemoso; h) el pus del bubon chancroso inocula las partes próximas al absceso, por lo cual la úlcera propende á extenderse adquiriendo los caracteres de chancre; la adenitis simple, una vez abierta, tiende á reducir espontáneamente su cavidad y á volverse á adherir las paredes del absceso.

—El diagnóstico diferencial entre la adenitis chancrosa y la sífilítica será expuesto cuando trataremos de esta última.

3.^a El pronóstico del bubon chancroso, es, por punto general, más leve que el del bubon simpático, pues, aparte la natural duracion de aquél, no debe olvidarse que la gangrena, el fagedenismo, la erisipela flemonosa, las hemorragias, la inflamacion del testículo y la peritonitis pueden sobrevenir como complicaciones serias.

4.^a El ser el bubon estrumoso más frecuente durante la adenitis simple que en el curso de la adenitis chancrosa, hacen, por este concepto, más temible á aquella que á ésta.

5.^a La debilidad y el linfatismo del paciente, aumentan considerablemente la gravedad y duracion de los bubones, cualquiera que sea su naturaleza.

6.^a Dado que, á pesar de la presencia de chancros genitales, un bubon podría ser simple, y, por consiguiente, susceptible de resolucion, al principio de toda adenitis inguinal, deberán ensayarse las embrocaciones iódicas y los vejigatorios volantes.

7.^a Si aparecen los síntomas del bubon simpático ó simple y no se ha conseguido su resolucion, se dilatará el absceso ganglionar cuando lo indique evidentemente la fluctuacion, y si forman trayectos fistulosos ó sonda, se les incidirá sobre la sonda acanalada, segun las reglas ordinarias.

8.^a La única medida profiláctica eficaz contra el bubon venéreo, es cauterizar el chancre en sus primeros dias.

9.^a Como la adenitis chancrosa está fatalmente destinada á terminar por supuracion y ésta tiene lugar precozmente en el seno del ganglio, siendo, como es, el humor venéreo, contagioso para los tejidos con que se halla en contacto, la indicacion más racional, es la dilatacion precoz, sin aguardar á que la fluctuacion sea bien manifiesta.

10. Por punto general, la incision dilatadora del bubon chancroso debe ser única, estrecha y profunda, á fin de ahorrar superficie cruenta, que podria ser contaminada por el virus; la compresion debe evacuar completa y asiduamente el bubon.

11. No se aplicarán sanguijuelas en el bubon chancroso, pues cuando abierto, las picaduras podrian ser sitio de inoculacion y convertirse en úlceras venéreas.

12. Si en el fondo de un chancre ganglionar aparecen trayectos fistulosos ó senos, no se dilatarán con el bisturí—pues, á pesar de la precaucion de cauterizar los bordes cruentos, frecuentemente se efectúa la reinoculacion—sino que se apelará á la seccion de los puentes cutáneos por la *ligadura elástica*; la cual, además de prevenir hemorragias,—que á veces son bastante copiosas despues de la seccion cruenta—imposibilita el contagio de los bordes de la seccion, por la mortificacion que produce en las partes seccionadas.

13. El chancre ganglionar ofrece las mismas indicaciones y reclama los mismos medios que el chancre primitivo, siendo sobre todo muy recomendable el método ectrótico empleado inmediatamente despues de la abertura del bubon.

14. El fagedenismo, en el chancre ganglionar, requiere la inmediata aplicacion de cáusticos—incluso el hierro candente—así como el uso de los tónicos locales y generales.

15. En varios casos, en que con el método ordinario de los cáusticos y tónicos no se ha conseguido detener la marcha del fagedenismo, se ha logrado este resultado á beneficio de la aplicacion tópica y uso interno del *fármaco-Pollini*; específico de composicion no bien conocida y que asimismo tiene propiedades, anti-sifilíticas.

16. El bubon fungoso, ó estrumoso, se tratará con la medicacion anti-escro-

fulosa local y general—tintura de iodo, protoioduro de hierro, aceite de hígado de bacalao, etc.—y aún puede llegar el caso de tener que practicar la avulsión del ganglio infartado ó su destruccion por el cauterio.

SEÑORES: En el curso anterior ocupaba la cama número 5, de la sala de Santa Cruz, un pobre enfermo, que pudo ser víctima de una impremeditacion. En la oficina de entradas habia acusado un *incordio* y mostrado un bulto en la ingle derecha, por cual motivo, y seguramente sin otro exámen, fué colocado en la sala de venéreos. Esto mismo nos dijo al verle por vez primera, añadiendo que habia venido al hospital tan sólo para que le abriéramos el tumor. Aun tenia en el prepucio la cicatriz reciente de un chancro y se veia en la ingle un abultamiento como un huevo de pichon. Parecia, pues, á primera vista, que se trataba de un bubon chancroso; mas desde luego hubo de llamar nuestra atencion el color normal del tegumento. Tocamos el tumor y lo encontramos blando, mas no fluctuante, sino elástico; no ofrecia aumento de temperatura y á la compresion no era doloroso. Con algunos tanteos de taxis, doblados los muslos del enfermo, el tumor se ocultó en el abdómen: era una *hernia crural*, cuya aparicion habia coincidido con la época en que podia haberse presentado un bubon chancroso.

Tambien podria ser causa de un error de diagnóstico un absceso por congestion, de esos que son sintomáticos del mal vertebral de Pott, que viniese á aparecer en la region inguinal. Pero aquí tendríamos los antecedentes del enfermo; veríamos importantísimas lesiones en el ráquis; correspondientes al origen del absceso osi-fluente, y por último, explorando el tumor, le hallaríamos frio, poco doloroso, sin rubicundez la piel y susceptible de reducirse de volumen, ya que no desapareciera totalmente la coleccion, por la compresion reductora.