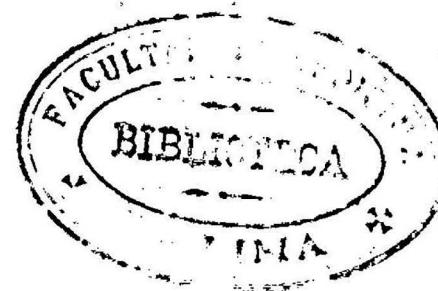


9

H99



11372 X

Bubón consecutivo al chancre blando  
y su curación por la cuchara cortante.

— · —

Tesis presentada por Abraham Castillo  
para optar el grado de Bachiller  
en la Facultad de Medicina de Lima.

— · —

1893.

3

Señor Decano

Señores Catedraticos.

Vengo á cumplir el grato deber de someter á vuestro criterio ilustrado, este pequeño trabajo; alentado por la conveccion que se dispensareis, benevolamente acogida.

Bien sé, que es poco digno de ocupar vuestra atencion; Sin embargo espero, tenais la amabilidad de escucharme y la indulgencia de otorgarme el grado que solicito.

Me ocupare de la curacion del bubon venereo, consecutivo al chancre blando, por medio de la cucharilla cortante.

Etimologicamente se llama bubon á todo tumor de las glándulas inguinales, ó á las inflamaciones glandulares supuradas, de las ingles, axilas, cuello &c; cuatro variedades se distinguen: el simpático, determinado por la irritacion que de una parte inflamada o ulcerada es propagada hasta las glándulas linfáticas, siguiendo el tránsito de los vasos absorbentes; el pestilencial, el escrofuloso y el venereo, en el cual se consideran dos órdenes: el que depende del chancre blando, que puede provocar en los ganglios correspondientes a su sitio, una adenitis simple ó mas frecuentemente, un adenoflegmon, virulento como él, y aquellos de origen sifilitico, distinguiendose muchas variedades, segun que pertenezcan al 1º 2º ó 3º periodo.

En el presente trabajo me limitare al estudio del bubon venereo, que tiene por causa el chancre blando, llamado tambien

4

chancro simple ganglionar, ó bubon chancoso propiamente dicho.

**Historia.** - Antiguamente, todas las adenitis de la region inguinal, fueron confundidas bajo una misma denominacion; y hasta la sifilitica, señalada por Galopio, como distinta de las demas, fue confundida tambien. En esta confusion, la adenitis consecutiva al chancro blando simple, hizo parte de la unidad venerea.

Nicolas Massa, habiendo hecho notar, que la adenitis supurando, no daba lugar a accidentes generales, opinion que fué acatada por los practicos: vieronse en la necesidad, de adoptar la dualidad de los chancros.

Hunter, en 1782, por medio de numerosas inoculaciones, establecio la identidad absoluta del chancro y su adenitis consecutiva, pues, el pus tomado por este autor, del bubon, dio el mismo resultado que el del chancro; de esto dedujo que el bubon, no era sino un chancro, es decir una ulceracion ganglionar, inoculada directamente por el pus venereo en los linfaticos; definiendo Hunter, por bubon, todo absceso formado en el sistema absorvente: sea en los vasos ó en las glandulas; consecutivo á absorcion de pus venereo.

Despues de esto, se han hecho experiencias por parte de Ricord y Wallace, com probando, la identidad del pus, del chancro simple y adenitis consecutiva.

**Etiologia.** - El bubon chancoso, resultando de la penetracion en los vasos linfaticos, del pus venereo, se comprende que no pueda existir sin el; sin embargo, se han

5

observado algunos, que no son virulentos, habiendo en estos casos la ulceracion especifica, repercutido sobre los ganglios, como lo haria una escoriacion de la piel, no conviniendose a punto fijo, la proporcion de unos a otros, siendo mayores los especificos; es decir, aquellos en los que pueda reconocerse un bacilo largo de 1 m 48, ancho de 0 M 50, por consiguiente: grueso y corto, de extremidades redondas, presentando frecuentemente: una escotadura lateral, como en los microbios en  $\infty$ ; este bacilo se reune ordinariamente en grupos de 4 a 8 elementos.

Todo chancre, no se compleja de bubon. Tullien, sobre 2698, ha observado 1594 siendo la proporcion de 6 a 9. Segun Beith, seria de 50%. Segun Diday 1 por 14. Si hay chancres sin bubon, ¿puede haber bubon sin chancre?

El virus penetraria, sin fractcion de la mucosa o de la piel, inoculando los ganglios, en ausencia de ulceracion concomitante en el punto de penetracion?

Esta cuestion del bubon en conjunto resulta negativa, pues, si es verdad que pueden observarse, bubones sin chancre, es debido a un rapida curacion.

Las causas predisponentes, son dificiles de citarse, pues, la constitucion, el sexo, el temperamento, hábitos sociales, la manera de curacion del chancre, las fatigas, la marcha, que tienen mucha influencia sobre el desarrollo del bubon simpatico; no la tienen sobre el consecutivo al chancre blando, pues, este necesita que los vasos linfaticos se encuentren en aptitud de ser

inoculados: inoculacion, que puede verificarse por los frotos, contusiones, irritacion del chancre, erociones vasculares de sus paredes; así los chancros de la mujer, en general profundamente situados y protegidos por repliegues cutáneos y mucosos; provocan menos bubones, que los del hombre.

En cuanto a las diátesis, la influencia que sobre la marcha de ellos ejercen, es grande: así, en los individuos escrofulosos, reviste los caracteres del fungoso ordinario, siendo a veces, la ulceracion chancrosa; lo mismo pasa, con los cancerosos y tuberculosos, dándole "Lagreau," a esto el nombre de bubon mixto; pero este no se observa sino cuando coexisten el chancre simple y el específico, insertándose por decirlo así, dando lugar a un bubon, perteneciente a los dos virus.

Ricord, ha señalado tambien casos de adenitis simpáticas, coexistiendo con la venérea; explicando así, como, en una adenitis bilateral, el pus de una, puede inocularse y el de la otra, no?

Síntomas. El bubon venereo, no pudiendo desarrollarse, sin que exista un chancre, y siendo el resultado de inoculacion directa, de los linfáticos, resulta, que dicha inoculacion puede quedar limitada, a dichos vasos o propagarse hasta el ganglio, antes de ocuparne de los síntomas de mas y otras indicare: que en la raiz del miembro inferior, se encuentran tres grupos de ganglios: Iliacos externos, inquinales superficiales y profundos. Los primeros son poco numerosos; pero voluminosos rodean los vasos sanguineos de este nombre, el mas inferior, aplicandose, a la abertura

interna, del canal crural que contribuye a cerrarlos. Los superficiales, que están por delante de la fascia cribiforme ocupan los musos, la parte superior de la región, el pliegue de la ingle propiamente dicha y son llamados, ganglios inguinales. Los otros, situados por debajo del precedente son los crurales.

Los ganglios linfáticos, presentan en general forma ovalar, siendo el eje mayor de los inguinales, paralelo al pliegue de la ingle y el de los crurales, paralelo al muslo.

Los dos grupos de ganglios superficiales, difieren esencialmente, por sus vasos aferentes, a los inguinales terminan los linfáticos de la porción infra umbilical de la pared abdominal; los de la nalga, ayo y una parte de los órganos genitales externos, a los crurales: los del miembro inferior, en la mujer algunos linfáticos de la vulva terminan algunas veces en los crurales, (una mujer atacada de chancreo de la horquilla, presentaba dice Tilleau: dos bubones crurales, supurados) los vasos partidos del ayo y órganos genitales externos, se llevan a los ganglios inguinales mas internos; los de la nalga, a los externos y los de la pared abdominal a los medios.

En cuanto a los linfáticos, que abocan a estos ganglios se les divide: en el hombre: en linfáticos del pene y del escroto; el primero da nacimiento a vasos linfáticos, por sus envolturas tegumentarias, por el grande y por la uretra; los primeros son numerosos, sobre el prepucio, forman en su superficie interna y externa, unplexo notable, que se continua por un tronco, rodeando la corona

del glande; de este tronco, parten ramas que caminan a lo largo del pene, reciben branquias cutáneas del órgano y llegan al nivel del ligamento suspensor; donde se dividen a la derecha e izquierda, para llevarse a los ganglios profundos, que están adentro de la vena femoral. Los de la uretra, caminan en el tegido submucoso de este canal, formando unplexo de mallas alargadas y de brazos varicosos: vienen al nivel del meato urinario a comunicar con los del glande, estos nacen de unplexo muy notable que rodea este apéndice erectil; forman muchos troncos a los que se juntan, los linfáticos uretrales: caminando a lo largo del frenillo; llegados a la corona del glande, la contornean y se reunen a los del prepucio.

En la mujer: los linfáticos, que nacen de la cara interna de los labios mayores y menores, del rededor de la abertura vaginal, de la mitad anterior de la vagina, del vestíbulo clitoris, uretra y meato, forman unplexo muy apretado, del cual parten troncos que van a los ganglios inguinales acompañando los vasos sanguíneos, fundidos exteriores.

Linfangitis. Cuando existe se manifiesta por dolor, rubor, hinchazón e hinchazón de la parte enferma, se resuelve generalmente en dos ó tres días; pero cuando la inflamación continúa, puede terminar por supuración: formándose, tantos abscesos, como nudo-cidades existían; teniendo de particular que supuran a la vez, siendo el pus, en parte flegmonoso y en parte sanguíneo; apareciendo los bordes y fondo,

con los caracteres del chancre, siendo el pus de estos abscesos reinocutable.

Respecto a la manera como penetra el pus en los linfáticos, antes de Hunter no se sabia nada sobre el particular, explicandose por el mecanismo de la absorcion; pero si el principio virulento del chancre, fuera realmente absorbido, como los venenos por ejemplo, seria constante, casi instantanea operandose tambien, por las venas y pasando de allí a la circulacion general; pero la introduccion del principio virulento del chancre en los linfáticos, no es constante: su inoculacion, no es instantanea, pues la linfangitis, cuando existe, es despues de algunos dias; no se opera por las venas: pues no se ha observado flebitis. La penetracion es pues, accidental; resultando de la erosion de dichos vasos, determinandose en ellos, merced a las violencias de que están provistos.

Cuando la inflamacion causada por el virus del chancre, no se limita a los linfáticos; sino pasa hasta el ganglio, se observa dolor, dificultad en los movimientos del miembro inferior, aumento de volumen de él y una rubor undéx, llegando despues de poco tiempo al reblandecimiento. Si se punziona la piel, yendo hasta el centro del ganglio, en los primeros dias de infartado, se extrae una ó dos gotas de pus sanguinoso, a pesar de que la fluctuacion no se manifestaba aun, por congestión de los tegidos periadénicos, que dan al tacto una resistencia grande, manifestando esto que la supuración del ganglio comienza por el centro?

Experiencias hechas en inoculaciones sucesivas han dado a conocer, que la envoltura exterior

10

del ganglio? establece un límite, entre la inflamación intra-ganglionar específica y la periganglionar flegmonosa; mezclándose ambos, cuando' la inflamación ataca su cápsula.

El ganglio invadido' por la supuración así como' el tejido' celular se reblanorea de tal manera, que la epidermis sobre él sirve de barrera. Si se hace una incisión en este estado: sale una gran cantidad de pus flegmonoso, de buen aspecto ó' gris color chocolate; presentando' los bordes y fondo' de la herida, el aspecto chancroso.

Respecto' al sitio' en que se desarrolla, dice que es, la región inguinal, siendo los ganglios superficiales los afectados; hallándose en relación directa, con el chancre' de tal manera, que puede sospecharse el sitio' en que se desarrollará, por el lugar que ocupe el chancre'; pero' puede ser: bilateral ó' cruzada: lo' primero, cuando el chancre' ocupa la línea media ó' forma, una corona al rededor del prepucio; lo' segundo' raro, pue de explicarse, por el entre cruzamiento' de los linfáticos.

Respecto' al límite del pus venereo' en el organismo: Hunter, ha manifestado' que la inflamación, cuando' se propaga hasta el ganglio, evoluciona localmente, pues si fuera de otra manera, habría una alteración notable en el organismo; observándose síntomas de infección purulenta; con esta circunstancia, que el pus en circulación vascular, sería virulentó' chancroso'; es decir: reinoculable resultando' tantos chancros, como' picaduras se hicieran convirtiendo' el cuerpo en una vasta ulceración.

Diagnóstico: La adenitis chancroso se

asemeja bajo muchas relaciones al simpático; pero difiere por muchos caracteres esenciales sirviendo para establecer un diagnóstico diferencial que enumerare rápidamente. La inflamación de los vasos simpáticos que se observa raramente, no difiere sino por la agudez de los síntomas y rápidas en la marcha; apareciendo con los caracteres del chancre cuando supura.

La primera difiere también al principio de la simpática por síntomas más agudos, pues el dolor, rubor undez e impedimento en los movimientos es mayor.

Respecto a la época de su aparición Hairion por numerosas inoculaciones ha determinado que puede aparecer a cualquier periodo de la existencia del chancre, siendo generalmente a los trece días ó poco más tarde y el simpático antes de esta época. Además, el primero supura siempre cualquiera que sea el tratamiento; no así el segundo, que termina generalmente por resolución; pero cuando supura, el ganglio se reblandece del vértice a la base que puede quedar dura algún tiempo, no sucediendo lo mismo con la primera en que la fluctuación de manifiesta en la superficie y profundidad, sucediendo algunas veces que la piel adelgazada cubre el ganglio reblandecido.

Respecto al pus, en la simpática es de buen aspecto y flegmonoso, siendo grisació, sano so, color café con leche ó chocolate en el chancroso; sin embargo este se encuentra mezclado con el pus flegmonoso, existiendo siempre solo en el fondo del absceso.

Además, constatando los signos mas o menos aparentes del chancre flegaremos a diferenciarlos.

Respecto al diagnóstico con la adenitis simpática, dice: que esta puede presentarse bajo dos formas: ó un solo ganglio es infartado; ó muchos al mismo tiempo ó sucesivamente; en el primer caso, la tumefacción no es muy grande, pues la glándula no pasa el volumen de una nuez, móvil bajo la piel, sin otra adherencia que la que tiene el estado normal; en el segundo caso se observan ganglios desigualmente desarrollados, tan pronto aislados ó reunidos, está pleja de es compuesta como lo he dicho, de ganglios poco desarrollados, en los que se encuentran, uno ó dos de mayor volumen pareciendo que el chancre, hubiera ejercido una acción mas directa sobre ellos; además podemos reconocer el origen de estas adenitis que algunas veces supuran invadiendo la causa, cual es la dureza del chancre ó recurriendo a la inoculación que no da ningún resultado?

Pronóstico - El bубон chancoso es mas grave que el simpático, por que es violento, a esta causa debe el no resolverse y presentar una vez abierto, el aspecto chancoso que le dio origen; pero teniendo en consideración, que no ataca sino el ganglio inoculado que se vuelve raramente fungoso y puede ser excepcionalmente el punto de partida de inflamaciones consecutivas, extendiéndose a los vecinos, lo que se observa en los otros, se convendrá que la ventaja no es la misma.

Tratamiento - Preventivo consiste en destruir el chancre una vez que aparece; de manera que, no se declare la simiangilis y por consiguiente el desarrollo del bубон.

lo, que puede verificarse por los toques de una solución fénicada fuerte: cuando esto no sucede y el bubón se declara; muchos métodos de tratamiento han sido empleados, siendo los principales: el de Broca, que consiste en circunscribir el foco purulento, de manera que se evite que tome proporciones mayores; procediendo del modo siguiente: se toma el ganglio cuando recién aparece, con los dedos, de manera de fijar la piel; se lleva un bisturí agudo, hasta el centro de él, en seguida se coloca una sonda acanalada; ejerciendo presión, de modo que se haga salir el pus existente; después de hacer una buena curación, que dura veinticuatro horas, se introduce nuevamente el bisturí y la sonda acanalada, extraiendo el pus, que se hubiera formado, en este ganglio infartado; de esta manera se continua, hasta que cese la supuración; pero con este método, no se evita, que los bordes y el centro, de vuelvan chancrosos, pues, una gota de pus que se deslice por el canal de la sonda, es suficiente a ello.

La pasta de Viena, que se aplica en pequeñas porciones, de manera de circunscribir el bubón, cuya escara se forma a los quince minutos y cae después de ocho a quince días; permaneciendo el pus depositado, durante este tiempo y apareciendo la herida, con los bordes siempre chancrosos, para lo cual habría que hacer nuevamente reantrización con la pasta de Banquier.

Otro método, consiste en hacer dos incisiones diametralmente opuestas, cuando se siente la fluctuación; de manera que, extrayendo todo el pus que se contiene, se introduzca

11

la cañula de una gerinja, por una de las incisiones, lavando con una solución fuerte, de cloruro de zinc, primero y despues con una solución fencicada al 6.%; procediendo de esta manera, en los días sucesivos, despues de hacer una curacion compresiva con algodon.

El metodo de Aubert, que consiste en la aplicación de baños, sobre el silio en que se desarrolla el bubon, á la temperatura de 40 grados. Segun este autor, con estos baños, se resolverían, pues, el microbio del chancre, generador de él desaparece á esta temperatura.

El metodo de Matafert, que consiste en la aplicación de vejigatorios. El de las punziones multiples, toques de iodo y compresiones algodonadas, cataplasmas, pomadas mercuriales y de ioduro de plomo; métodos todos paliativos, son frecuentemente inseguros.

El metodo que consiste en hacer una incision siguiendo el diámetro mayor del tumor, es el empleado generalmente.

El metodo del raspado, por la cucharilla cortante, usada por vez primera en la práctica ginecologica (1846 por Recamier y despues, por otros muchos autores, con éxito maravilloso, fue también aplicado á las curaciones de las adenitis tuberculosas, por Duret, Barette Lindenbaum y Sarytcheff; presentando al congreso de médicos de Moscow, trabajos importantes.)

Igual éxito puede obtenerse, en la curacion del bubon chancoso, pues desde años atrás es sabido, que en el servicio de cirugia del Hospital "Dos de Mayo" se empleaba, desgraciadamente,

13

ciadamente, creo, que no' siguió empleandose: por el dolor que experimentaban los enfermos; usando, simplemente, el método de incisión, hasta principio del presente año, en que el Dr. Fernandez Concha, médico del servicio de cirugia; en vista del tiempo que empleaban los enfermos, para sanar, apesar de la prolifidad en las curaciones, pues, pasaba a veces, de noventa días; se decidió, a practicar el raspado, en todos los enfermos que llevaran dichos bultos; haciendo una propia estadística, pues, al principio, a unos se les operaba, siguiendo este método, y a otros, el de la incisión; y si el bulto era doble: uno se raspaba y otro se incindia; el resultado fué por consiguiente halagador: pues se han obtenido casos de curación hasta en quince días.

Para proceder al raspado, hay que tener en consideración, el estado del ganglio: que puede hallarse surcado completamente, pero con la piel intacta; o existir peridiada de la piel, o estar simplemente congestionada; si se encuentra en este último caso, es prudente calmar la inflamación, con roques de iodo, y aplicación de una curación compresiva algodonada; después de lo cual, se procede en los tres casos, del modo siguiente: se rasura la región, y se lava con una solución de licor de Van Swieten; se hace en seguida una incisión: siguiendo el eje mayor del tumor; se aisan, los bordes de la herida, con dos separadores; se toma en seguida la chara cortante de Volkman, que es la que usamos, y se raspa cuidadosamente toda la superficie cruenta, teniendo cuidado de pasar el dedo, con el objeto de que sirva de

quia, al ganglio que se va a destruir; si para ponerse en alerta, en el caso de existencia de un vaso importante; en seguida, si los bordes están mortificados, se recortan con la sierra de esta manera. La superficie rasparía que da convertida en una herida simple, pues, todo el aspecto chancroso que tenía ha sido destruido; procediendo como tal, se lava con una solución de cloruro de zinc al 10%; se lava en seguida profusamente con la solución de Van Swieten al 1000; haciendo en seguida una buena curación anticeptica (creo sin embargo), que cuando los bordes no están mortificados, antes de aplicar la curación anticeptica, sería conveniente hacer algunos puntos de sutura; de manera de unir la herida; evitándose de este modo la exuberancia de los botones carnosos y puede ser una curación por primera intención. Estas curaciones pueden hacerse; ó cada veinticuatro horas, ó cada tres ó cuatro días; vigilando la temperatura. Este método de curación, me parece mas ventajoso que los citados mas arriba; no solo por el tiempo que emplean los enfermos en su curación, pues fluctúa entre quince y treinta y cinco días, mientras que de sesenta a ciento veinte días en el método de incisión simple; como he tenido ocasión de observar en los hospitales: "Dos de Mayo" y "San Bartolome"; en enfermos cuyos pulmones eran sanos y estaban exentos de enfermedades específicas; exponiéndose muchas veces a una nueva operación: ya por la invención de los bordes de la herida; ya por fistulas que quedaban. En una de las historias que acompañó, citó el caso de

un individuo que, durante doce meses, tuvo un bulto abierto, sanando en veinte días con el raspado.

Sin embargo no negaré casos de curación en treinta días y quizá menos, por el simple método de incisión, siendo estos raros, principalmente en los hospitales a donde llegan enfermos debilitados, y si agregamos a esto, la mala alimentación y las suspensiones largas a que a veces están sujetos; comprendremos que si por el método de incisión demoran a veces hasta ciento veinte días y con el de raspado treinta y cinco, en hospitales; en la práctica civil, puede reducirse a treinta y diez, respectivamente. Sin embargo, se pueden señalar a este método, algunos inconvenientes; por ejemplo el de ser doloroso, lo cual puede remediarse fácilmente por la cloroformación, aplicación de una vejiga de nieve, pulverizaciones de ether o haciendo alrededor del ganglio que se va a extirpar, algunas inyecciones de Cocaina. Cuando el ganglio está profundo, se puede estar en riesgo de herir un vaso importante y además, si no se toman las precauciones debidas en las curaciones, puede volverse la herida fagedénica o sobrevenir un flegmón de la fosa ilíaca; terminando por infección purulenta; inconvenientes que pueden desaparecer, con un operador hábil. Felicitándome de no haber observado ningún caso desgraciado, en los treinta o cuarenta enfermos que he visto operar: la mayor parte de ellos al Dr. Fernández Bonchau.

### Casos Clínicos

#### I

Donato Quiroz, natural de Lima, de 19 años

de edad, 'zapatero', soltero; ingresó al hospital "Dos de Mayo" el 28 de Abril de 1893, ocupando la cama nº 28 de la sala de "San Andres" servicio del Dr. Fernandez Concha.

Examinado el enfermo se halló que tenía dos bubones inguinales, que dijo haberle salido a consecuencia de un golpe que recibió; pero investigando la causa de ellos se encontró una corona de chancros blandos en el prepucio; después de cauterizar estos, con una solución hemicada fuerte, se procedió al dia siguiente previa desinfección. al desbridamiento y raspado de este bulto doble; las curaciones se hicieron al principio, cada veinticuatro horas, pues la supuración era un poco abundante; despues no se visitaba la herida, sino cada cuatro días: saliendo del hospital completamente sano, el 14 de Mayo. Empleando solo quince días en su curación.

## II

Pedro Geraldo, natural de Chiclayo, edad 18 años, hortelano, soltero; ingresó al hospital "Dos de Mayo", el 6 de Junio de 1893, y ocupó la cama nº 40 de la sala de San Andres, servicio del Dr Fernandez Concha.

Interrogado el enfermo, sobre la causa de su ingreso: manifestó tener un tumor en laingle izquierda, que le impedía la marcha; en efecto se encontró una adenitis supurada, pero con la piel intacta; investigando el motivo, se halló el cuerpo del díbito, pues tenía chancros blandos, en el glande; El dia 7 de Junio, se hizo el desbridamiento y raspado del ganglio; haciendo una curación anticeptica, despues de haber tocado con la solución de cloruro de zinc; resiliendo di-

chas curaciones, cada cuatro días: en la tercera, los botones carnosos, que eran exhuberantes, fueron destruidos, por el lápiz de nitrato de plata; continuando las curaciones y canterizaciones, cada veinticuatro horas, hasta el 1º de Julio, que salió completamente curado; tiempo empleado, 23 días.

### III

Mariano Romero, natural de Lurigancho, de 22 años de edad, agricultor, soltero; entró al hospital "Dos de Mayo"; el 31 de Marzo del presente año, ocupando la cama N.º 3 de la sala de San Andrés, "servicio" del Dr. Fernández Concha.

Examinando al enfermo se encontró: una parafimosis, chancros blandos en el prepucio y además una adenitis inguinal doble. A los quince días de haber operado la parafimosis, se procedió a la curación de los bultos, que hasta entonces habían estado en un aparato compresivo; sirviéndose siempre, de la cuchara constante; las curaciones se renovaron aquí, cada tres días; hasta la sexta, en la cual después de destruir los botones carnosos por la piedra de nitrato de plata, se aplicó esparadrapo; visitándola cada veinticuatro horas, hasta el 18 de Mayo, en que salió completamente curado; empleando 33 días en sanar.

### IV

Pablo Velarde, natural de Lima, de 24 años de edad, pintor, soltero; entró al hospital "Dos de Mayo"; el 19 de Junio del presente año y ocupó la cama N.º 36 de la sala de San Andrés, servicio del Dr. Fernández Concha. Examinado el enfermo se encontró tenía una

adenitis inguinal doble y chanros blandos, en el prepucio; al dia siguiente se procedio a la extirpacion de los ganglios. Se rean incision; verificandose las curaciones, cada treinta y seis horas, hasta el 1º de Julio en que los botones carnosos, eran exhuberantes y que preciso destruirlos, con la piedra de nitralo de plata; desde este dia las heridas se visitaron cada veinticuatro horas; hasta el 24 de Julio que salio completamente sano; empleando la izquierda 25 dias en su curacion y la derecha 32; tiempo empleado 34 dias.

## V

Francisco Villanueva, natural de Lima, edad 61 año, albañil, soltero; ingreso al hospital "Dos de Mayo", el 20 de Mayo; ocupando la cama N° 26 de la sala de "San Andres," servicio del Dr Fernandez Concha.

Examinando al enfermo se encontraron chanros blandos en el prepucio y una adenitis inguinal izquierda, supurada, con perdida de piel; procediendo al desbridamiento, raspado y destruccion de los bordes mortificados; al dia siguiente de su ingreso; las curaciones se verificaron, cada cinco dias; hasta el 10 de Junio que se le aplico esparadrapo; despues de cauterizar los botones carnosos, quedando curado el 20 de Junio; tiempo empleado 30 dias.

## VI

Isaac Bareda, natural de Lima, edad 20 años, carpintero, soltero; ingreso al hospital "Dos de Mayo," el 19 de Mayo del presente año y ocupó la cama N° 39 de la sala de "San Andres," servicio del Dr Fernandez Concha. Examinandolo de hallo una adenitis inguinal izquierda, manifestando el enfermo haberse

curado en la calle un chancro del miembro).  
 El 23 de Mayo, se procedió al desbridamiento y raspado de dicha adenitis, verificándose las curaciones, cada veinticuatro horas, hasta el 15 de Junio, que salió curado, habiendo empleado para ello, 23 días.

### VII

Nicolás Vega, de Lima, 25 años, zapatero soltero, ingresó al hospital "Dos de Mayo"; el 10 de Mayo del presente año y ocupó la cama N.º 9. de la sala de "San Andrés," servicio del Dr. Fernández Concha.

Examinándolo se halló: una adenitis inguinal izquierda, supurada y con pérdida de piel; que dijo el enfermo haberle salido 30 días antes y ser consecuencia de chancros que había tenido; el 11 de Mayo se procedió a la destrucción del ganglio; que era exuberante, y a la regularización de los bordes de la herida; verificándose las curaciones, cada cinco días, hasta el 16 de Junio, que salió curado, empleando para esto 35 días.

### VIII

Antonio Maricelli, de Lima, edad 19 años, carpintero, soltero, ingresó al hospital "Dos de Mayo", el 26 de Junio, de este año, ocupando la cama N.º 37 de la sala de "San Andrés," servicio del Dr. Fernández Concha.

Examinado el enfermo se encontró: una adenitis inguinal, derecha, supurada y chancros blandos prepuciales; a los dos días de su llegada, se procedió al desbridamiento y raspado; haciendo las curaciones, cada cuatro días; hasta el 10 de Julio, en que las curaciones se repitieron cada veinticuatro horas, pues, los botones carnosos, eran exuberantes; y que necesario destruirlos, con la piedra de

nítalo de plata; quedando completamente bueno el 20 de Julio; tiempo empleado, 22 días

## IX

Santiago Baneza, peruano, 22 años de edad, soltero, dependiente; ingresó al hospital "Italiano" el 11 de Junio del presente año, al servicio del Dr. Azzali.

Examinado se le encontró: una adenitis inguinal izquierda y chancros blandos en el grande; se procedió al desbridamiento y raspado, con la cuchilla; verificándose las curaciones cada veinticuatro horas; hasta el 1º de Julio que quedó completamente curado; tiempo empleado 19 días.

## X

Bartolo Spultorno, italiano, casado, edad 48 años; ingresó al hospital Italiano, servicio del Dr. Azzali, el 23 de Mayo del presente con una adenitis inguinal derecha y chancros blandos. Al día siguiente de su llegada, se desbridó y rasgó; con la cuchilla; verificándose las curaciones, cada veinticuatro horas; hasta el 25 de Junio que salió curado empleando 31 días en sanar.

## XI

Gialli Ioane, italiano, 24 años, soltero, mecánico; ingresó al hospital Italiano, al servicio del Dr. Azzali, el 24 de Junio del presente, con una adenitis inguinal, derecha, consecutiva a chancros blandos; después de desbridar y raspar, con la cuchilla, los bordes y fondo de la herida; se aplicaron algunos puntos de sutura, haciendo una curación anticeptica, buena; a las cuarenta y ocho horas, se desbridó la herida y como se notara mucha supuración, se quitaron dichos puntos, se desinfectó nuevamente.

la herida; visitándola, cada veinticuatro horas, hasta el 26 de Julio, que se cicatrizo' por completo, después de 32 días de curación.

### XII

Queribin Corbella, peruano, 19 años, soltero, agricultor; ingresó al hospital "Italiano," servicio del Dr Azzali; el 16 de Junio de este año con una adenitis inguinal, derecha, conservativa a chancros blandos. Al día siguiente de su llegada, se procedió al desbridamiento y raspado de ella, con la cuchilla cortante, verificándose las curaciones, cada veinticuatro horas, hasta el 14 de Septiembre, que salió curado, empleando en ello 33 días.

### XIII

N.N. español, de 25 años, soltero, comerciante escofutoso; ingresó al hospital "Italiano," servicio del Dr Azzali; el 20 de Marzo del año presente; con una adenitis inguinal, izquierda, desbridada, e indicando el enfermo, que hacía doce meses, que lo estaban curando en la calle, sin encontrar memoria: que había tenido chancros blandos, antes de ésta. Al siguiente día se examinó por los Drs: Agnelli y Azzali, resolviendo extraer por el ganígio que estaba infartado; con la cuchilla cortante; después de lo cual, el interno del servicio, hizo una curación anticefática: tratando de unir los bordes, con dos compresas graduadas y renovándolas, cada veinticuatro horas; hasta el 15 de Abril, que salió completamente curado, empleando 25 días.

### XIII

N.N. peruano, de 48 años de edad, casado, abogado; ingresó al hospital "Italiano," servicio del Dr Azzali; el 10 de Enero del año presente; con una adenitis inguinal, dere-

cha, consecutiva a' chan eros blandos: como estuviera completamente supurada, se procedió al desbridamiento y raspado; previa cloroformización; verificándose las curaciones, cada veinticuatro horas y daliendo completamente sano' el 27 del mismo mes; empleando en esto 14 días.

## XV

N.N. peruano, de 30 años de edad, soltero abogado: asistióse en su domicilio por el Dr. Agnoli; el 18 de Junio del presente año. Examinado se le halló lo siguiente: dos chan eros blandos, en el surco balano prepucial, apareciendo el segundo, a los tres días del primero; y además una adenitis inguinal derecha, monoganglionar: como los chan eros de volvieron fagedénicos, se les cauterizó con una solución de nitroto ácido de mercurio; y a la adenitis, se le aplicó una curación compresiva; después del respectivo toque de tinta de iodo: de esta manera siguió, hasta el 10 de Julio, en que notándose la supuración del ganglio, se procedió; primera incisión, al raspado, con la cuchara cortante; verificándose las curaciones, cada veinticuatro horas; a las cuarenta y ocho, de la operación apareció una roseola típica, con síntomas febriles y como de le interrogaría sobre alguna enfermedad específica anterior, dijo: haber tenido un chan ero y que hacía 14 días estaba bueno, cuando le apareció dicha adenitis; como tratamiento se le prescribió: el Farabe de Gibert; quedando completamente curado el 26 de Julio.

Maestros, perdonad, si este modesto trabajo no os satisface.

Lima Agosto. 6 de 1893

Abraham Castillo



N. B.

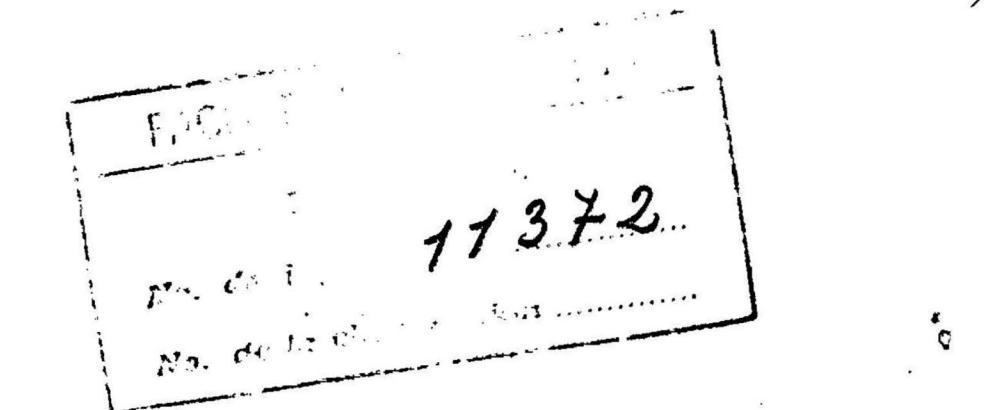


Baptizado:

Dra. P. J. Gomorral

" B. Gómez

" A. Fernández Pérez,



UNMSM - FM - UBHCD



010000073001