

DIRECTOR:

**Dr. Martiniano Echeverri D.**

Rector de la Facultad de Medicina.

---

# BOLETIN CLINICO

REVISTA MENSUAL

ORGANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA  
Y CIENCIAS NATURALES DE LA  
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA - MEDELLIN

---

AÑO IV Ns. 7 - 8 Abril - Mayo 1938 Ns. 43 - 44

---

COMITE DE REDACCION

DOCTORES

ALONSO RESTREPO  
HERNAN POSADA  
JOAQUIN ARISTIZABAL

---

Correspondencia y canjes:

"BOLETIN CLINICO"

Apartado 205 - Medellín - Antioquia -  
Rep. de Colombia.

Tarifa red. en el Serv. Post. Interior.—  
Registro N° 152.

---

Editado y distribuido por cuenta de los  
LABORATORIOS URIBE ANGEL.

TIRAJE: 3.000 EJEMPLARES.

## CONTENIDO

- Dr. José Posada Trujillo  
MONTROYA Wenceslao - ARANGO MEJIA M. S. — Informe de una comisión.
- POSADA TRUJILLO José — Micosis, Micología y Esporotricosis. Contribución a su estudio.
- RODRIGUEZ Elkin — Significado de un homenaje.
- BOTERO DIAZ Gonzalo — Discurso pronunciado en la Escuela de Medicina con motivo de la inauguración del busto del Dr. Montoya y Flórez.
- Academia de Medicina de Medellín. - Programa general de la segunda Semana Médica Nacional.
- Semana Médica.
- Asociación Médico-Quirúrgica del Hospital de San Vicente.
- Congreso de Criminalología de Buenos Aires.
- De la Federación Médica Colombiana — Circular a los médicos federados de todo el país.
- Necrología.
- Congreso Criminológico de Buenos Aires.
- Varietades — La asociación de hierro y cobre en las anemias.
- Biblioteca de la Facultad - Tesis Argentinas.

### ANTIPLASMODIO

Cada pastilla contiene 0.25 gms. de Clorhidrosulfato de quinina y 0.10 de Arrhenal, en excipiente colagogo.

Antipalúdico (preventivo y curativo).

Destruye los agentes productores del paludismo. Evita la anemia. Previene los accidentes conocidos con el nombre de Hígado Palúdico. Sirve como preventivo de las fiebres en las regiones invadidas por el zancudo.

LABORATORIOS URIBE ANGEL  
Medellín — Barranquilla — Cali  
Colombia

# Segunda semana médica nacional

La Academia de Medicina de Medellín y la Federación Médica Colombiana, invitan al Cuerpo Médico de todo el país a concurrir a este certamen científico-cultural que se verificará en la ciudad de Medellín del 5 al 11 de junio del presente año.

*CINCUENTA POR CIENTO* (50%) de rebaja en los pasajes, en aviones, barcos y ferrocarriles, y concesiones especiales para los Médicos que concurren, previa su identificación ante las Compañías.

Para detalles diríjase al Colegio Médico de Antioquia, o al Gerente de la Federación Médica, Dr. Alfonso Orozco (Bogotá - Calle 22 - N° 6-88).

## CLOR-CAL

Elíxir de Cloruro de Calcio estabilizado, y dosificado a razón de  $\frac{1}{2}$  gmo. por cucharadita cafetera (0.50 gms. x cada 5 c. c.)

### *INDICACIONES:*

**HEMOSTÁTICO:** en toda clase de Hemorragias.

**DECLORURANTE y DIURÉTICO:** en las Nefritis hidropígenas, Edemas y Ascitis de origen circulatorio.

**RECALCIFICANTE:** En el Embarazo, la Lactancia, el Crecimiento y la Espasmofilia.

**ANTI-ANAFILÁCTICO:** en la Urticaria y los Accidentes Séricos.

**LABORATORIOS URIBE ANGEL**  
Medellín — Barranquilla — Cali  
Colombia

# Biblioteca de la Facultad

## TESIS ARGENTINAS

- BURMESTER Luis.—Contribución al estudio del mal de Pott.  
—Bs. Aires.—1905. 0-a V/1
- ZELASCO Alfredo.—Espondilosis crónica.—Bs. Aires.—1907. 0-a V/2
- SOBRAL Alberto.—Osteomielitis Aguda de Crecimiento.—  
Bs. Aires.—1914. 0-a V/3
- ZABALA Alejandro.—Osteomielitis de crecimiento y su tra-  
tamiento.—Bs. Aires.—1902. 0-a V/4
- CASENAVE Adolfo.—Osteomielitis crónica prolongada.—Bs.  
Aires.—1904. 0-a V/5
- VALDEZ Félix V.—Tratamiento de las fracturas expuestas  
de los miembros.—Bs. Aires.—1905. 0-a V/6
- TORANZOS T. Ricardo.—La Osteo-Síntesis en las fracturas  
de clavículas.—Bs. Aires.—1906. 0-a V/7

### JARABE PECTORAL L. U. A.

Cada cucharada contiene:

Lacto-fosfato de Calcio . . .	0,367	gms.
Codeína . . . . .	0,0051	„
Creosota de Haya . . . . .	0,0612	„
Alcoholatura de Acónito . . .	0,0294	„

Afecciones Crónicas de las Vías  
Respiratorias.

Adultos: Tres cucharadas al día.  
Niños: Como lo ordene el médico.

Licencia N° 126 de la C. de E. F.

**LABORATORIOS URIBE ANGEL**

**Medellín — Barranquilla — Cali**

**Colombia**

ESPINOLA Rafael.—Seudartrosis.—Bs. Aires.—1909.	0-a	V/2
FAGLIERI Luis E.—De algunos vicios de consolidación en las fracturas.—Bs. Aires.—1907.	0-a	V/3
SAN MARTIN Pedro.—Tratamiento de las luxaciones del hombro.—Bs. Aires.—1907.	0-a	VI/1
GARCIA T. Pedro.—Fracturas del cuello quirúrgico del húmero.—Bs. Aires.—1904.	0-a	VI/2
GARDELLA Felipe.—Resecciones del codo.—Bs. Aires.—1915.	0-a	VI/3
ALVAREZ Arturo.—Sobre una variedad rara de fracturas complicadas del codo en los niños.—Bs. Aires.—1902.	0-a	VI/4
MARCHINI Oscar.—La resección precoz como tratamiento de la tuberculosis radiocarpiana.—Bs. Aires.—1904.	0-a	VI/5
CARZOGLIO Luis.—Desarticulación Inter-Ilio-Abdominal por tumor maligno.—Bs. Aires.—1903.	0-a	VI/6
TRACCHIA Oliverio.—Coxa Vara.—Bs. Aires.—1913.	0-a	VI/7
DICKMANN Enrique.—Coxa Vara.—Bs. Aires.—1905.	0-a	VI/8
SAN PEDRO Ricardo.—Luxación congénita de la cadera en		

## Reconstituyente Uribe Angel

Cada copita contiene:

Glicerofosfato de sodio . . . . .	0,35	gms.
Glicerofosfato de Calcio . . . . .	0,16	„
Glicerofosfato de Hierro . . . . .	0,03	„
Glicerofosfato de Manganeso . . . . .	0,02	„
Clorhidrato de Quinina . . . . .	0,005	„

En un vehículo de sabor excelente.

Astenias - Convalecencias.

Una copita antes de cada comida.

Licencia N° 4.785 de la C. de E. F.

**LABORATORIOS URIBE ANGEL**

Medellín — Barranquilla — Cali

**Colombia**

los niños.—Bs. Aires.—1902.	0-a	VI/9
ERREA Fermin.—Tratamiento de la luxación congénita de la cadera.—Bs. Aires.—1902.	0-a	VI/10
ZURUETA Enrique.—Coxalgia.—Bs. Aires.—1904.	0-a	VI/11
PAQUIEN Gastón.—Coxalgia.—Bs. Aires.—1916.	0-a	VI/12
GONZALEZ Antonio.—Coxalgia. Su tratamiento en los niños.—Bs. Aires.—1908.	0-a	VI/13
SOLARIO Emilio.—Genu Valgum Raquíptico.—Bs. Aires.—1902.	0-a	VII/1
SABORIDO Belisario.—Nuevo aparato para las fracturas diafisarias de los huesos de la pierna.—Bs. Aires.—1904.	0-a	VII/2
GIACCIO Manfredo.—Amputación Osteoplástica de la pierna.—Bs. Aires.—1905.	0-a	VII/3
CARRERA OTAZU Fabián.—Pie Plano Valgus.—Bs. Aires.—1902.	0-a	VII/5
TAGLE Ezequiel.—Pie Bot Varus Equino Congénito.—Bs. Aires.—1901.	0-a	VII/6

## UROSALINA

En granulado efervescente de  
solubilidad completa y rápida

### NUEVA FORMULA

Citro-tartrato de Sodio, Carbonato de Litio y Hexametilente tramina.

Urosalina, a sus condiciones de una sabia combinación de alcalinos, reúne las ventajas de su solubilidad y de su sabor agradable.

**LABORATORIOS URIBE ANGEL**

Medellín — Barranquilla — Cali

**Colombia**

- FINOCHIETTO Enrique.—El Pie Bot Varus-Equino-Congé-  
mito.—Bs. Aires.—1904.
- JORGE José M. (Hijo).—Hallux Valgus.—Bs. Aires.-1907 0-a VII/7  
0-a VII/8
- ROTH Alberto Federico.—Contribución al estudio de las  
tortícolis específicas.—Bs. Aires.—1914. 0-a VIII/1
- INSUA Mario L.—Independización cinemática de la por-  
ción larga del tríceps de Bosch Arana.—Bs. Aires.-1934. 0-a VIII/2
- SUSSINI Miguel.—Trasplatación de tendones.—Bs. Aires.  
—1902. 0-a VIII/3
- PRAT Salvador J.—Artritis Blenorragica.—Bs. Aires.-1918. 0-a VIII/4
- LARA Carlos A.—Tratamiento de la Artritis Blenorragica  
por el Colargol.—Bs. Aires.—1906. 0-a VIII/5
- VIAGGIO Juan.—Tratamiento de la Artritis Blenorragica.  
—Bs. Aires.—1906. 0-a VIII/6
- PEREIRA R. Eulogio.—El reumatismo articular agudo. Tra-  
tamiento por las inyecciones endovenosas de salicilato  
de soda en los niños.—Bs. Aires.—1916. 0-a VIII/7

# FORMIAQUINA

Formiato básico de quinina inyectable

— INDOLORO —

Cada ampolla contiene 0,50 gms. de la Sal en  
3 c. c. de vehículo.

Paludismo agudo en todas sus formas.

Lic. N° 4.965 de la C. de E. F.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali

Colombia

URIARTE C. Roberto.—Del reumatismo articular agudo y sus complicaciones endocárdicas en los niños.—Bs. Aires.—1916.	0-a	VIII/8
FAULIN Antonio.—Reumatismo Poli-Articular Sifilítico.—Bs. Aires.—1918.	0-a	VIII/9
ROOCATAGLIATA Rodolfo.—Artropatías tuberculosas. Su tratamiento quirúrgico.—Bs. Aires.—1903.	0-a	VIII/10
HANSEN Julio.—Reumatismo Tuberculoso Articular.—Bs. Aires.—1914.	0-a	VIII/11
BONORINO UDAONDO Carlos.—Contribución al estudio de los Pseudo-Reumatismos infecciosos. Reumatismo Tuberculoso.—Bs. Aires.—1908.	0-a	VIII/12

SE PAGA BIEN

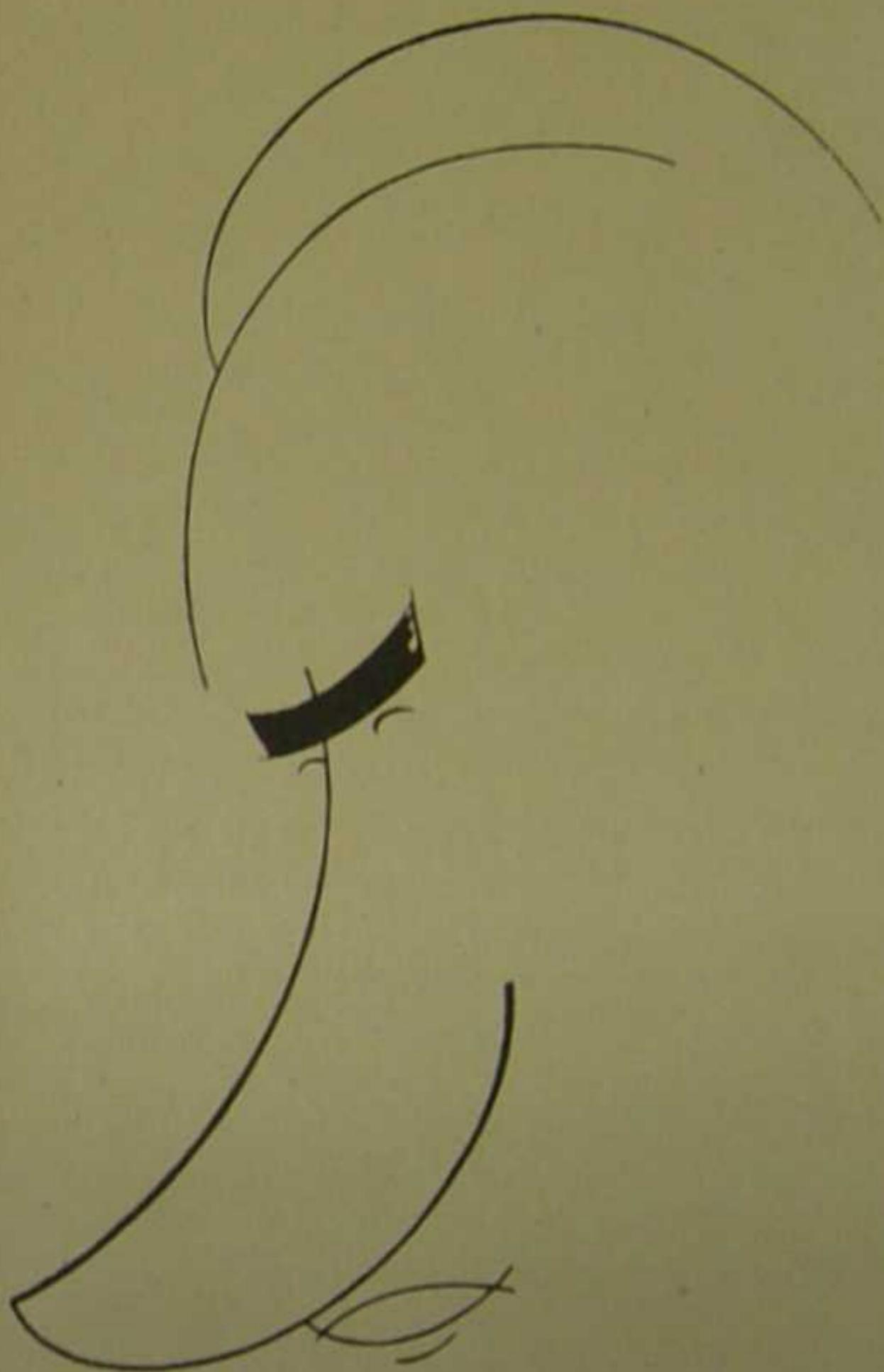
un ejemplar del N° 2 - Año III (N° 26 de la serie) correspondiente a Octubre de 1936 de BOLETIN CLINICO.  
Ofrecerlo a la Biblioteca de la Facultad de Medicina de Medellín.

## INYECTABLES

de los

### Laboratorios Uribe Angel

AGUA BIDEESTILADA,	amp. 5 y 10 cc. cjs. de 12 y 50
ACEITE ALCANFORADO,	
0.10 x 1 cc.	„ 5 y 10 cc. „ „ 12 y 50
CAFEINA,	
0.25 x 1 cc.	
0.25 x 2 cc.	„ 1 y 2 cc. „ „ 12
CACODILATO SODICO,	
0.10 x 1 cc.	
0.20 x 1 cc.	
0.20 x 2 cc.	„ 1 y 2 cc. „ „ 12
EMETINA CLORHIDRATO,	
0.01 x 1 cc.	
0.02 x 1 cc.	
0.03 x 1 cc.	
0.04 x 1 cc.	
0.05 x 1 cc.	
0.06 x 1 cc.	
0.08 x 1 cc.	„ 1 cc. cajas de 12



POSADA

DR. JOSE POSADA TRUJILLO

Profesor de Clínica Dermatológica y Sifiligráfica en la  
Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

# Informe de una comisión

Medellín, marzo 15 de 1938.

Señor Presidente de la Academia de Medicina.—Presente.

Muy atenta y gustosamente nos permitimos presentarle a Ud. y, por su digno conducto, a la H. Academia que en buena hora preside, el Informe relativo al trabajo que presenta el Dr. José Posada Trujillo, para ingresar como Miembro de número a dicha Entidad.

Con sumo cuidado y esmero estudiámos este importante trabajo, en el cual su autor, después de tratar a grandes rasgos lo referente a las micosis en general, hace un estudio más detallado de los diversos hongos, para luego, en lo que pudiéramos llamar la segunda parte, presentar un análisis magistral de la Esporotricosis. La magnífica exposición acerca de esta micosis no deja nada que desear, tanto por la claridad y precisión de los conceptos, como por la exactitud de la doctrina, las indicaciones terapéuticas y las 18 muy completas observaciones con que termina el trabajo.

Si alguna observación nos permitiéramos hacerle sería la de que quizá el título no sea rigurosamente exacto. En efecto al decir MICOSIS, MICOLOGIA Y ESPOROTRICOSIS, cree el lector que se va a tratar de todas las Micosis, cosa en verdad imposible en una tesis, pues para ello se necesitarían varios libros. Al leer el trabajo se ve que sólo se trata en detalle y muy completamente, por cierto, como ya lo dijimos, una de las Micosis. En otros términos, el título abarca demasiado, que no es ni podía ser tratado en un trabajo de esta índole. Quizá fuera más exacto titularlo, por ejemplo: Nociones generales sobre Micosis y Mico-logía. Esporotricosis.

Hecho este ligero reparo, que acaso sea cuestión de meras palabras, nos permitimos proponeros: Acéptese el trabajo presentado por el Dr. José Posada Trujillo y recíbese a éste como Miembro de número de la Academia de Medicina de Medellín.

Vuestra Comisión,

*Wenceslao MONTROYA — M. S. ARANGO MEJIA.*

# Micosis, Micología y Esporotricosis

## Contribución a su estudio

Trabajo inédito, que presenta a la consideración de la Honorable Academia de Medicina, de Medellín,

J. POSADA TRUJILLO.

Febrero 8/38.

Doy mis más sinceros agradecimientos a los distinguidos profesionales señores doctores Gustavo Uribe Escobar y Jesús Peláez Botero, para quienes sobran todos, absolutamente todos los elogios, por la contribución científica que ellos tuvieron en la elaboración de este trabajo.

---

### MICOSIS

Con este nombre se designan las enfermedades producidas por los hongos. Estos son thalofitos inferiores, aclorófilos, que toman el carbono, elemento esencial para su vida, en las materias orgánicas en descomposición o en los cuerpos que infectan. Como seres privados de clorofila, no han menester de la luz, de allí que puedan vegetar en la mayor oscuridad o en el interior de los animales o vegetales que infectan. Se les puede considerar como parásitos facultativos, aptos a la vida saprofítica como también a la parasitaria y se les divide en ectofitos, epifitos o dermatofitos, los que radican a nivel de la piel y sus faneras, y endofitos, los que se desarrollan en el interior de los tejidos, pero debemos tener en cuenta que algunas veces pueden ser ectofitos y endofitos sucesiva o simultáneamente (*Aspergillus*, *Sporotrichum*).

La denominación de las enfermedades micósicas sigue la regla general de las parasitarias.

### HISTORIA DE LAS PRINCIPALES MICOSIS

La Micología se inicia con Ramur en el año de 1749 con un estudio sobre las levaduras de los organismos vivos; más tarde, Gruby, por los años de 1841 a 1844 publica algunas observaciones en las que pone de relieve los microfitos del Muguet, Favus y algunas Tiñas; Robin confirma y completa los estudios anteriores algunos años más tarde, lo mismo Virchow; Eichstedt dos años después pone de manifiesto el *Microsporum furfur*, agente de la Pitiriasis Versicolor; en 1862 Von Varesprung descubre el agente del Eritrasma, *Microsporum minutissimum* y en 1875 Fressenius el *Aspergillus Fumigatus*. De 1883 en adelante, la Micología, al igual que la Bacteriología, entra en una época verdaderamente científica, por la búsqueda metódica de los seres inferiores en los medios de cultivo, aislamiento, inoculaciones, etc., etc. Hasta entonces sólo se había hablado de las Dermatofitopatías y sólo una que otra observación sobre micosis internas de Rayer, Mayer y Virchow sobre broncomicosis y neumomicosis. Es Renón, quien después de laboriosos estudios de cuatro años, de 1893 a 1897 pone de manifiesto la Aspergilosis pulmonar, y Lebert, la Actinomicosis; Behrend descubre el *trichosporum giganteum* en la Piedra de Colombia, en 1890; dos años más tarde Wernike, el *Coccidioides immitis*, de la Micosis de Posadas; Montoya y Flórez, los del Carate, que clasifica en los géneros *Penicillium*, *Monilia* y *Aspergillus*, en 1893; Vincent, el *Actinomyces madurae*, en el Mictoma, en 1894; Schenck, el *Sporotrichum Schencki*, en 1898; Beurmann en 1903 el *Sporotrichum Beurmanni*; Dor, el *Sporotrichum Dori*, en 1906, y Vuillemin la *Oospora stellata*, agente de la Hemisporosis; Gougerot, el *Sporotrichum Gougeroti* en 1907; el *Discomyces Carougeaui*, por Gougerot, en 1909, en las Nudosidades Yuxta-articulares de Jeanselme; Splendore, el *Sporotrichum asteroides* y Castellani el *Indicum* en 1908; en 1910, el *Sporotrichum Lesnei*, por Lesné; en 1913, el *Sporotrichum Carougeaui*, por Langeron y el *Councilmani*, por Walbach por el mismo tiempo, lo mismo que el *Infestans* por Moses y Vianna.

## MICOLOGIA

Es la ciencia que se ocupa del estudio morfológico de los hongos, de su clasificación y de su distribución geográfica.

### MORFOLOGIA DE LOS HONGOS

La clase Hongos pertenece al tipo de las Criptógamas, subtipo Talófilas. Gran número de ellos son parásitos sobre animales y vegetales, en los que frecuentemente determinan graves enfermedades. Sus esporas son llevadas por el aire, las aguas u otros medios movibles y van a caer sobre infinidad de objetos para desarrollarse y producir nuevos individuos allí donde encuentran condiciones a propósito para su vitalidad. Su estructura es la siguiente:

#### THALO

Está formado por filamentos delgados, llamados comúnmente micelios o hifas, provistos de una fuerte pared impregnada de celulosa o de sus variantes pectosa o callosa, que aprisiona una masa protoplasmática provista de núcleos. Dicho protoplasma puede ser indiviso o bien transversalmente tabicado en forma escaleriforme. Los micelios suelen dividirse bien lateralmente y sin ninguna simetría, o bien siguiendo el tipo dicotómico entrecruzándose sus ramificaciones en distintas direcciones y formando las más de las veces una elegante malla de arabesco dibujo.

Pueden los micelios anastomosarse y yuxtaponerse, cutinizando sus paredes superficiales, dando origen a un pseudo-parénquima. En veces presentan órganos importantes tanto bajo el punto de vista de la fijación como de su nutrición: zarcillos, chupadores, etc., etc.

#### ESCLEROTAS

Cuando los micelios se encuentran en condiciones disgenésicas por temperatura, naturaleza del medio, agotamiento del mismo, ausencia de oxígeno, envejecimiento, etc., el protoplasma se ramifica abundantemente entrecruzándose en una masa redondeada y compacta que forma un pseudo-parénquima, cuya parte central es incolora, y la periférica, cutinizada, es de color negro, amarillo, pardo o rojo. Puestas en condiciones eugenésicas renuevan el thalo o dan origen a un aparato reproductor. Son ver-

daderas formas de resistencia de los hongos, como lo son las formas enquistadas de los parásitos y las formas esporuladas de los bacilos.

### POLIMORFISMO

Los hongos, al igual que las bacterias, según las condiciones eugenésicas o disgenésicas del medio en que se cultiven, adoptan formas varias tan desemejantes entre sí que hacen imposible su clasificación. En resumen: es un fenómeno de adaptación del hongo al medio.

### PLEOMORFISMO

Consiste en la aparición simultánea o sucesiva de aparatos de reproducción morfológica y fisiológicamente diferentes, según unos, o en la formación de nuevas formas estables, incapaces de volver al tipo primitivo, a pesar de inoculaciones, siembras y resiembras, en las primitivas condiciones biológicas, según otros.

### PROCEDIMIENTOS DE REPRODUCCION DE LOS HONGOS

Tienen dos modos de reproducción: la sexuada, que es rara y la verifican por medio de huevos, y la asexuada que la realizan por medio de esporas y es la común.

*Reproducción por huevos.*—Es muy raro y entre los que parasitan al hombre, sólo los Mucoríneos lo presentan. Los huevos, llamados también zigosporos, son el resultado de la conjugación de dos gametos idénticos (*isogamia*). Los gametos nacen de la extremidad de los micelios que se abultan, se atraen, fusionan sus protoplasmas y se rodean de una cubierta espesa. Si la conjugación proviene de un mismo thalo, se llama homothálica, pero si proceden de talos diferentes, heterothálica.

*Reproducción por esporas.*—Es el modo de multiplicación más frecuente.

*Conidias.*—Son las esporas terminales que se presentan aisladas o en grupos, nacidos por botonamiento del thalo, como sucede en el *Aspergillus Fumigatus*. Detiene el desarrollo del micelio.

*Thalosporas.*—Hacen parte del thalo y se adaptan a las funciones de diseminación y conservación de una manera incompleta. Se dividen en tres grupos:

a) *Blastosporas.*—Tienen forma redondeada y nacen del vértice o en el trayecto de los micelios, por ej., *Endomyces*.

b) *Artrosporas*.—Proviene de la fragmentación de los micelios escaleriformes, cuyos segmentos engruesan sus paredes y tienden a tomar la forma redondeada.

c) *Clamidosporas*.—Son quistes intercalares, de tamaño mayor que el diámetro del micelio y que representan formas de resistencia nacidas de células preexistentes y no por botonamiento como sucede en las conidias.

d) *Hemisporas*.—Se diferencian desde el principio del thallo pero menos bien que las conidias y terminan por dividirse en esporas funcionales o deutero-conidias.

f) *Aleurias*.—Difieren de los conidios por su indisoluble unión con los micelios y sólo quedan libres cuando éstos son destruidos.

### CLASIFICACION DE LOS HONGOS

Tomado de Brumpt.

La Clase de Hongos se divide en cinco Ordenes, caracterizados por la forma del thallo y su modo de reproducción; el cuadro adjunto nos indica sus caracteres diferenciales.

ORDENES		
Sin membrana	Protoplasma amiboide; Esporas	Myxomycetos
Con membrana	Tabicados. Sin huevos generalmente. Conidias	Hipomycetos
Mycelium	Tabicados Ascosporas sin huevos Basidiosporas	Basidiomycetos
	No tabicados. Esporas y huevos	Phycomycetos

### ETIOLOGIA DE LAS MICOSIS

Los microfitos parásitos del hombre pueden ser divididos en tres categorías:

1º normalmente saprofitos e inocuos cuando llegan a nuestro organismo;

2º saprofitos, con una fase de parasitismo accidental en su existencia, como los *Aspergillus*, *Actinomicetes*, *Esporotricos*;

3º esencialmente parásitos, pues no se les conoce fuera de nuestro organismo.

Para los microfitos de los dos primeros grupos, el contagio parece ser indirecto por aquellos elementos que puedan servir de vehículo a las esporas, tales como las legumbres, granos, frutos, hierbas, agua, alimentos, etc., etc.; para los del tercer grupo, el contagio parece ser directo, humano o bovino. No tenemos pruebas innegables para acusar a los ácaros y hexápodos como huéspedes transmisores de algunas micosis, sin embargo gran número de parasitólogos extranjeros admiten el contagio como posible y entre nosotros el sabio profesor Montoya y Flórez en su magistral trabajo sobre el Carate.

No es suficiente el contacto de un Hongo con nuestro organismo para que se produzca siempre una micosis; se requieren además condiciones predisponentes que auguren la germinación del parásito, amén de su crecimiento. Estas condiciones son extrínsecas e intrínsecas.

### CONDICIONES EXTRINSECAS

*Forma vegetativa del Hongo.*—De una importancia capital es la forma bajo la cual llega el parásito a la economía: si es al estado de micelio, la infección no se produce según la mayoría de los autores, sin embargo Brumpt lo asegura y demuestra la posibilidad de dicho contagio. En todo caso si es posible, no lo es al menos como procedimiento más habitual para la infección.

La temperatura, la humedad y la luz juegan ciertamente su papel en la génesis de las micosis.

### CONDICIONES INTRINSECAS

1º. *Receptividad individual.* — El terreno juega un papel de primer orden en las infecciones bacterianas y micósicas. Hemos visto que no basta la presencia del germen para producir la enfermedad sino que es necesario que encuentre un terreno preparado y de esta manera se explica la inmunidad de ciertos individuos sometidos a contactos sucesivos. Hecho capital: la reacción química normal del sudor es letal al hongo, no así cuando se ha vuelto alcalina o neutra. Experimentalmente se ha logrado hacer receptivos ciertos individuos refractarios bajo la medicación bicarbonatada debido al cambio de reacción del sudor.

2º. *Edad.*—Tiene grande importancia en el desarrollo de al-

gunas micosis como en la Tiña rebelde del cuero cabelludo que ataca a los jóvenes y desaparece espontáneamente al entrar en pubertad, y el Muguét, tan común en los niños como excepcional en los adultos, a menos que haya un debilitamiento orgánico agudo o caquectizante.

3º. *Profesión.*—Tiene importancia según que ponga al individuo en contacto directo con la naturaleza, receptáculo común de la infección.

4º. *Clima.*—Es un factor de primer orden. Según el grado de calor tenemos micosis propias de América, del Perú, de la India, etc., etc.

5º. *Vías de penetración.*—*Piel.* Es la más frecuente gracias a heridas o escoriaciones anteriores o verificadas en el momento de la inoculación, a través de la cual franquean las esporas, y algunas veces los micelios, el organismo, vegetando a la manera que lo harían en un tubo de ensayo si encontraran un medio apropiado.

*Pulmones.* Se comprende fácilmente que las esporas que se encuentren en el medio ambiente agitadas por el torbellino aéreo, pueden penetrar a la economía por intermedio de las fosas nasales, pero gracias a la constitución misma de éstas, al percolador de las vibrisas, al poder citolítico del mucus nasal, amén de su poder mecánico, esta vía es poco frecuente en la infección micósica.

*Digestiva.* Es muy común merced a la ingestión de bebidas, alimentos, frutos y al uso de palillos para el aseo de los dientes.

## PATOGENIA DE LAS ENFERMEDADES MICOSICAS

No todos los autores están de acuerdo en el modo de obrar los microfitos parásitos en el organismo: quienes les asemejan idénticas acciones que a las Bacterias, es decir, por sus toxinas exo o endoprotoplasmáticas, quiénes, en cambio, les atribuyen un papel únicamente mecánico. Pero ¿cómo explicar entonces las alteraciones humorales de fijación del complemento, observada en el Carate y que ha sido motivo de un científico e interesante estudio del eminente dermo-venereólogo G. Uribe Escobar, y la Esporo-aglutinación en la Esporotricosis, Muguét, Actinomicosis, etc.? ¿Cómo pensar que células vivas que se nutren y que necesariamente desasimilan productos que les son para sí letales, no lo sean para el organismo, máxime tratándose de células vegetales heterogéneas a las orgánicas?

¿Cómo explicar las lesiones inflamatorias, supurativas y necrosantes producidas por algunos de ellos?

¿Por qué la semejanza clínica de algunas lesiones micósicas con las provocadas por la Sífilis o la Tuberculosis?

¿Cómo explicar, si no por una intoxicación crónica, la caquexia y el marasmo de los actinomicósicos, aspergilósicos y esporotricósicos no tratados?

¿Cómo explicar el estado de inmunidad adquirida, sino por la formación de antitoxinas y aglutininas y las reacciones locales de sub-cutis o intradermoreacción sino por la formación de lisinas creadas por el estado alérgico?

A estas pruebas clínicas y serológicas, podemos agregar algunas experimentales: Charrins, Roger, Concetti, Ostrowsky, entre otros, han aislado productos eminentemente tóxicos de cultivos de *Discomices*, *Endomices* y *Aspergillus*; una toxina neurotrópica de acción análoga a la del bacilo de Nicolaier; Gougerot ha puesto de manifiesto el poder tóxico de los esporotricos; Plato, Truffi y otros han preparado una *tricrofitina* de reacciones locales y generales análogas a las producidas por la tuberculina y maleína en los individuos atacados de tricoficias; igualmente L. Pautrier y Lutembacher una esporotricosina.

¿Cómo explicar el estado de inmunidad adquirido si no por la formación de antitoxinas y aglutininas y las lesiones locales de intradermo-reacción?

### ANATOMIA PATOLOGICA

*Lesiones mecánicas.*—Son las provocadas por el desarrollo de los micelios en la intimidad de los tejidos que apartan, disocian e irritan las células y pueden conducir a la formación de membranas, escamas y deformaciones.

*Lesiones degenerativas.*—Conducen a la formación del micoma y de los abscesos.

*Lesiones diversas.*—Consisten en esclerosis, hiperplasias, etc.

### DIAGNOSTICO CLINICO

Varía con cada micosis. Es preciso tener presente: el aspecto clínico, la evolución, la resistencia a los habituales tratamientos micósicos, la localización de las lesiones, la extensión, etc., etc.

### DIAGNOSTICO DE LABORATORIO

Varios son los procedimientos de que podemos servirnos:

1º examen de los productos parasitarios, 2º cultivos, 3º sero-diagnóstico por aglutinación o por fijación del complemento e inoculaciones.

### MEDIOS DEL CULTIVO PARA EL ESTUDIO DE LOS HONGOS

El único medio del que podemos valernos para la clasificación exacta de los microfitos parásitos al hombre es el método de las siembras sobre medios de cultivo especiales, porque cuando parasitan al organismo se presentan bajo forma miceliana o de conidias-levaduras lo que es insuficiente en extremo para adoptar una clasificación botánica apropiada, aun cuando Brumpt y unos pocos parasitólogos, han encontrado clamidosporas y conidias.

#### GELOSA DE SABOURAUD

De los diversos medios gelosados sólo se emplean los peptoglucosados de Sabouraud.

#### MEDIO DE PRUEBA DE SABOURAUD

Agua . . . . .	1000 c3
Glucosa . . . . .	40 gramos
Peptona . . . . .	10 gramos
Gelosa en pequeños fragmentos . . . . .	18 gramos

#### MEDIOS DE CONSERVACION

Agua . . . . .	1000 c3
Gelosa . . . . .	18 gramos
Peptona . . . . .	30 gramos

#### GELOSA AZUCARADA ORDINARIA

Agua . . . . .	1000 c3
Glucosa . . . . .	20 gramos
Peptona . . . . .	10 gramos
Gelosa . . . . .	18 gramos

#### GELOSA MIEL DE SABOURAUD

Miel de abejas . . . . .	8 gramos
Peptona granulada de Chassaing . . . . .	1 gramo

Agua . . . . .	100 gramos
Gelosa . . . . .	2 gramos

### MALTO AGAR DE SABOURAUD

Maltosa bruta de Chanut . . . . .	4 gramos
Peptona de Chassaing . . . . .	1 gramo
Agua destilada . . . . .	100 gramos
Gelosa . . . . .	5 gramos

### FABRICACION DE GELOSA DE SABOURAUD

1º. *Disolución.*—Colocar todos los componentes del mencionado medio en un balón y dejar que la gelosa se impregne por espacio de media hora y luego llevarla al autoclave hasta que la temperatura alcance a 120º.

2º. *Filtración.*—Cuando el autoclave marque 100º, destaparlo y agitar el balón con el objeto de mezclar bien el medio. Poner en el autoclave dos balones de litro cada uno, provistos de embudos y de papel filtro y repartir la gelosa en ellos. Cuando el líquido comience a pasar gota a gota, se cambia de embudo y de filtro y así sucesivamente hasta terminar la operación. La filtración no es rigurosamente necesaria pero el medio así obtenido es más transparente y brillante.

3º. *Reparto.*—Se verifica siguiendo la técnica ordinaria, teniendo en cuenta no mojar las paredes del tubo en la parte que ha de ponerse en contacto con el algodón.

4º. *Esterilización.*—Llevar lentamente el autoclave hasta 120º. Suspende cuando se alcance esta temperatura y retirar los tubos cuando la presión haya caído y colocarlos inclinados para que den una superficie extensa y en capa delgada. Durante todas estas manipulaciones la gelosa debe permanecer líquida. Bien hecha debe quedar de un color ligeramente azulado, lo que indica que el azúcar no ha sido caramelizado, porque si esto sucediera el medio se haría impropio a la vegetación de los hongos y alteraría tanto el aspecto macroscópico de las colonias como también los caracteres botánicos.

### CULTIVOS EN TUBOS

La siembra se verifica como para las bacterias: si procede de lesiones humanas por estrías con el fin de diseminar los gérmenes y facilitar su separación, si es de un cultivo por puntos separados para obtener cultivos circulares. La siembra debe ha-

cerse abundante y en varios tubos porque son los productos patológicos poco ricos en gérmenes. Deben dejarse, al menos algunos, a la temperatura del Laboratorio sin capuchón.

### CULTIVOS EN GOTA PENDIENTE

Son los únicos que permiten seguir el ciclo botánico de los hongos y su clasificación. Su técnica es la siguiente:

Se diluye una gota del cultivo del hongo en otra de caldo glucosado y ésta en otra y así sucesivamente hasta que por el examen directo nos cercioremos que no queda más que una espora en la laminilla, se pega con lanolina al porta-objeto para impedir su desecación y para evitar su contaminación, se la deja a la temperatura del Laboratorio y se la examina cada 2, 4, 6, 8, 12 horas, etc.

### MÉTODOS DE EXAMEN

Varían con el producto que va a ser examinado. Me limitaré únicamente a los cultivos.

*Examen directo.*—Se toma un fragmento del cultivo y se disocia suavemente en el lactofenol de Amann o en el líquido de Pinoy y se examina entre lámina y laminilla.

<i>Líquido de Amann</i>		<i>Líquido de Pinoy</i>	
Acido fénico crist.	aa	Hidrato de cloral	40 cc.
Acido láctico	1	Glicerina	aa
Glicerina	2	Agua	20 cc.
Agua destilada	1	Sol. alcohólica de acetato de plomo	10 cc.

*Examen por frotis.*—No deben utilizarse porque se rompen los micelios y se diseminan las esporas.

*Coloración de los cultivos células.*—Es un magnífico procedimiento. Se pone la célula a secar en la estufa, se fija luego con alcohol a 90° y luego se colora por azul algodón o policromo o Leishman, por espacio de 5 a 10 minutos, se lava, se seca, se deshidrata al xilol y se monta al bálsamo.

*Cortes.*—En los cortes en papa, remolacha, gelatina fijados al Duboscq-Brasil que imbibes muy bien los hongos. Los cortes deben ser un poco gruesos para ver la inserción de las conidias, y se coloran al azul algodón acetificado.

*Inoculaciones.*—Son útiles para el diagnóstico. Las vías y los animales de elección varían con el hongo: conejo para el As-

pergilus, ratón para el Esporotrico, cobayo para las Tiñas, etc.

### PRONOSTICO

Es variable con la naturaleza del hongo en causa y con la localización. Las Dermatomicosis se caracterizan por su benignidad relativa y por la tendencia a la invasión en superficie; las Endomicosis o Micosis internas, localizadas, son una verdadera fuente de intoxicación del organismo que lo conducen a la caquexia y al marasmo. Algunos hongos son capaces de generalizarse y crear estados septicémicos de desenlace fatal a corto plazo (Esporotrico).

### PROFILAXIS

Los principios generales de profilaxis de las Micosis son análogos a los aplicados en las diversas enfermedades bacterianas. En las Dermatomicosis evitar el contacto con los individuos enfermos y no utilizar sus objetos sin previa esterilización. Igual cosa en las micosis internas amén de otros cuidados higiénicos como ebullición de las aguas de bebida, lavado de los frutos en agua pura y mondados.

### TRATAMIENTO

El tratamiento heroico y casi específico en la mayoría de las Micosis está constituido por el yodo, yoduros y demás compuestos yodados, que pueden ser administrados al interior por vía digestiva, rectal, intramuscular e intravenosa o también como medicación de acción local. Algunas necesitan el concurso de los rayos X, otras del tártaro emético, de los arsenicales orgánicos y a veces tratamiento quirúrgico.

## LAS ESPOROTRICOSIS

DEFINICION.—Son enfermedades parasitarias, comunes al hombre y algunos animales, causadas por hongos filamentosos y esporulados, del Orden de los Hifomicetos, del Grupo de los Coni-

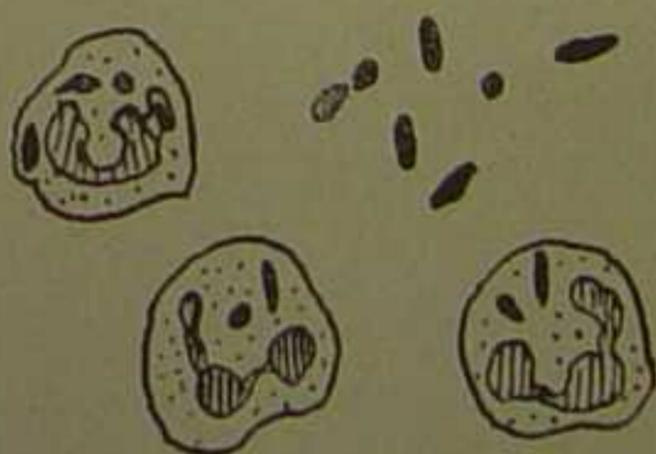
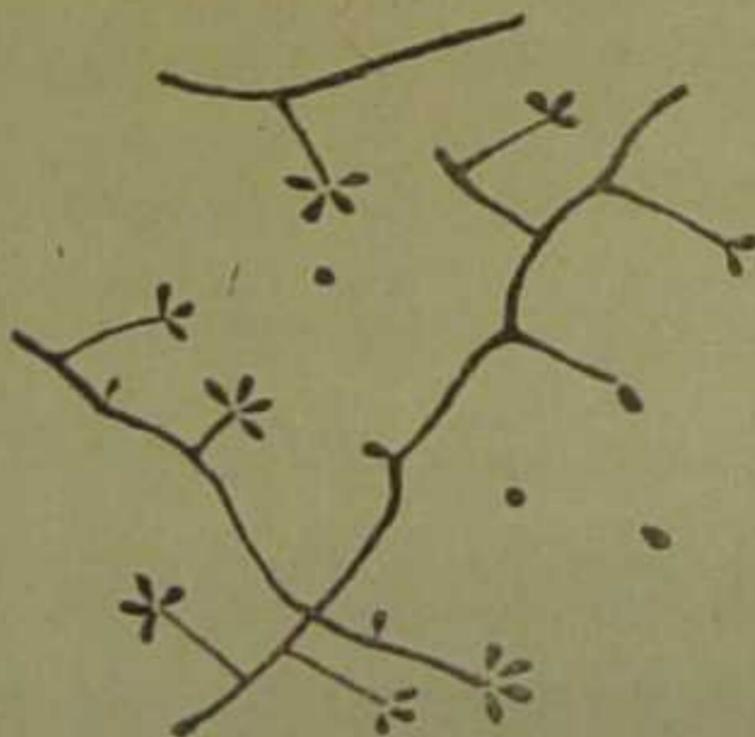
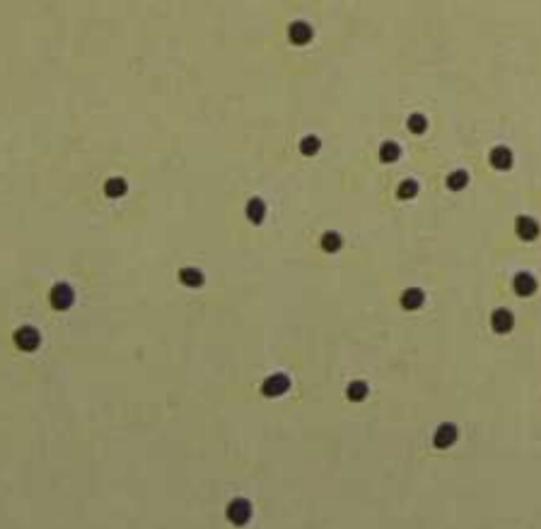
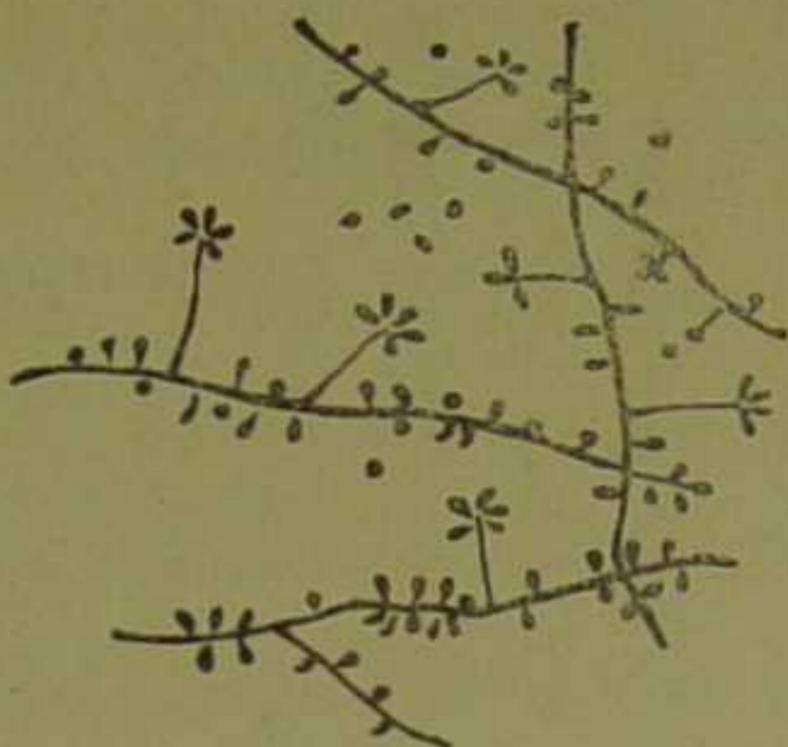
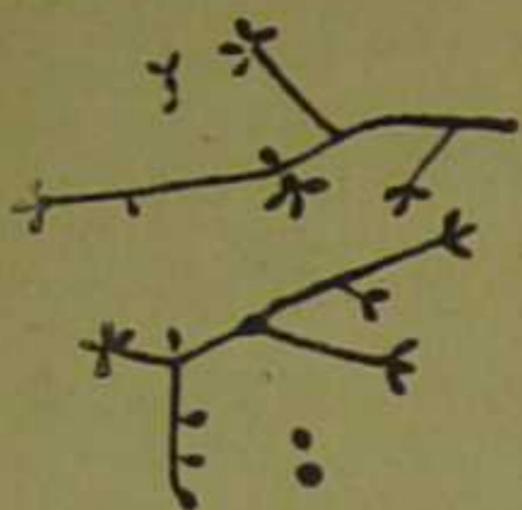


Fig. 1. — Elementos encontrados algunas veces en el pus de las lesiones.—Dibujo a la cámara clara. (Restrepo, Correa y Jaramillo.)

Fig. 2.—*Rhinocladium Beurmanni*. (Evolución del cultivo en gota suspendida). — (Restrepo, Correa y Jaramillo).



diosporados, Sección de los Esporotrichiados y de los Géneros Sporotrichum y Rhinocladium.

A continuación anoto las diversas especies que hasta hoy se han descrito y sus caracteres macroscópicos y microscópicos que nos sirven para diferenciarlas.

### SPOROTRICHUM SCHENCKI

Rhinocladium Schencki. Vuillemin.  
Sinonimia:

Sporotrix Schencki, Hektoen y Perkins, 1900  
Descubierto por Schenck en un caso de linfangitis gomosa ascendente del miembro superior, acompañada de ulceración chancriforme y dos años más tarde, por Hektoen y Perkins, en casos análogos.

*Parasitología.*—Su morfología varía según lo consideramos en el pus y tejidos o en los cultivos.

*In vivo:* forma corta y oblonga llamada espora, pero que en realidad no es otra cosa que la forma parasitaria del hongo, sólo se la ha encontrado en los animales. Las mayores miden de 2 a 4 u. y las menores de 1 a 2 u.

*En cultivos:* Se encuentra constituido por dos partes: 1º *Filamento.* Parece tener un doble contorno y encerrar gran número de núcleos, es poco fértil, suelen reunirse formando haces, a veces ondulados; se ramifica lateralmente pero de manera irregular. Carece de Clamidosporas.

2º *Esporas.* Son raras, apiculadas algunas y dispuestas irregularmente.

*Caracteres generales de los cultivos.*—Vegeta muy bien aun a 37°. No requiere medios azucarados. Aerofito estricto. No produce pigmento y los cultivos permanecen blancos, al menos por largo tiempo.

*Gelosa de Sabouraud.*—Del tercero al quinto día se hacen apreciables las colonias: blancas, semitrasparentes, húmedas y emiten prolongaciones al interior de la gelosa, de allí su adherencia. Del 5º día en adelante presentan un marcado aspecto radiado del centro a la periferia. Permanecen blancas por largo tiempo y jamás se hacen negras.

*Gelosa ordinaria.*—Vegeta también como en la anterior, pero de la tercera a la quinta semana la colonia se hace negra, a la inversa de la de Beurmanni, que permanece blanca.

*Gelatina ordinaria.*—Colonia blanca que licua el medio.

*Gelatina azucarada.*—Igual al anterior pero la colonia es más fértil.

*Caldo Glucosado.*—Igual al de Beurmanni.

*Papa y Remolacha.*—Igual que en Sabouraud.

*Poder patógeno.*—Parece que lo sea únicamente para el hombre, ratón y rata.

*Poder fermentativo.*—Fermenta la lactosa, maltosa, levulosa, galactosa, glucosa y glicerina con producción de ácido láctico.

### SPOROTRICHUM BEURMANNI

Sinonimia: *Rhinocladium Beurmanni*, Matruchot y Raymond, 1905.

Descubierto por Beurman en un caso de gomas diseminadas, es el más común y el más patógeno. Es de distribución geográfica universal.

*Parasitología.*—Su forma varía según se la busque en los tejidos o en los cultivos.

*In vivo:* reviste la forma corta, oblonga, de 3 a 5 m. de largo, por 2 a 3 de ancho, rodeada de una aureola. Se la encuentra dentro o fuera de los macrófagos. (Figs. 1 y 2).

*En cultivo:* se presenta bajo forma de micelio y esporas.

1º *Filamento.* Es delgado, regular, de 2 u. de ancho, rectilíneo o apenas incurvado, tabicado, incoloro, muy ramificado. Puede presentar clamidosporas.

2º *Esporas.* Las conidias pueden encontrarse a lo largo del micelio formándole un manguito, o de trecho en trecho, pero sobre todo en la extremidad de las ramificaciones laterales o en el extremo del thalo, formando ramilletes que varían de 3 a 30 elementos, todos pediculados y piriformes, pero desprendidos son ovoides; su tamaño varía de 3 a 6 u. de largo por 2 a 4 u. de ancho. Son fuliginosos. Este es el tipo clásico, pero pueden encontrarse otros, por pleomorfismos de edad, reacción del medio, envejecimiento, etc., etc.

### ASPECTO MACROSCOPICO SOBRE LOS CULTIVOS

*Gelosa gluco-peptonada de Sabouraud. Colonia típica.*

Las colonias aparecen del tercero al quinto día como diminutas manchas de color blanco gris y provistas de una aureola, no tardan en hacerse prominentes, cónicas o hemisféricas y del décimo al décimoquinto día el aspecto es característico, patognomó-

nico: en alto y en bajo relieve, cerebriforme, intestinal, de aspecto húmedo, barnizado, de color achocolatado o negro, rodeada por una aureola plana o plumosa y de color blanco. La colonia en su conjunto se adhiere fuertemente al medio.

Según el tinte de las colonias y la rapidez en alcanzarlo, se distinguen tres tipos, a saber:

*Alfa.*—Se caracteriza por la pigmentación tardía e irregular que sólo llega hasta un tinte achocolatado claro.

*Beta.*—Se oscurece más rápidamente y da un tinte final más subido.

*Gama.*—Se caracteriza por la rápida pigmentación que va hasta el negro. Sólo los dos primeros días aparecen blancas. No son especies distintas sino tipos transformables uno en otro, etc.

### PLEOMORFISMOS

*Factores que obran.*—El primero es de variación de tinte. Se observa frecuentemente en los medios pobres en hidrocarburos o quemados.

*Forma y plegamiento.*—Las colonias pierden su aspecto característico y se vuelven mamelonadas y aun planas. Generalmente se asocian al de color y viene en las mismas condiciones anteriormente notadas.

*Formaciones agregadas.*—Se caracterizan por la formación de pelos, crestas y granos.

*Espolvoreamiento.*—Puede ser: negro, rojizo, gris ratón, blanquecino. Está formado por una capa de esporas muy finas. Puede ser precoz o tardío y si se raspa la colonia queda típica. Generalmente se debe a la ausencia de oxígeno.

*Hemoglobina.*—No provoca la hemólisis.

*Clara de huevo.*—No produce fermentos proteolíticos que puedan licuar al medio.

*Suero coagulado.*—Rara vez se licúa el medio.

*Urea.*—Produce a veces ureasa.

*Grasas.*—No obra sobre ellas por carecer de saponasa.

*Leche.*—No la coagula.

*Agua peptonada.*—No produce indol. Una sustancia reductora es contenida en los filamentos, pero difunde poco en los medios de cultivo. Descompone el agua oxigenada y da con el ferrocianuro y el percloruro de hierro una coloración azul, al cabo de 24 horas un precipitado de azul de Prusia, que se forma primero en la periferia de las membranas micelianas, después, poco a po-

co, en toda la masa del filamento. (Greco). El filtrado del cultivo precipitado por el alcohol y redissuelto en agua, da una reacción neta de azul de Prusia, que no descompone el agua oxigenada.

*CALDO GLUCOSADO AL 4%.*—No produce enturbiamiento del medio que permanece limpio y brillante. De las 24 a las 36 horas se forma, en la zona de contacto del menisco con el tubo, una especie de zarcillo blanquecino que se pone de manifiesto inclinando un poco el tubo; de las 36 a las 48 horas se produce un velo de color blanco mate, muy delgado, tenue y poroso que con el menor movimiento se fragmenta y se va al fondo; en los días siguientes el velo se hace más compacto y más grueso y al cabo de 12 a 15 días se desprende parcialmente en un segmento del perímetro de su circunferencia y se va inclinando más y más hacia el fondo del tubo hasta caer en él al rededor de una semana o más. Un nuevo velo reemplaza al anterior y así sucesivamente. La superposición de algunos velos que permanecen adheridos al tubo dan al medio un aspecto característico en "libro abierto". Carácter inconstante y por lo demás tardío es la pigmentación en negro pizarra del velo, en islas. Además los micelios ascienden por las paredes del tubo con su fructificación característica, fácil de poner en evidencia mediante un lente de gran aumento.

*GELOSA GLICERINADA.*—Medio un poco inferior al de Sabouraud. Las colonias son más tardías en su aparición y menos pigmentadas, son muy lujuriantes y revisten un aspecto análogo a las desarrolladas en malto-agar. Si se resiembra por repetidas ocasiones acaba por perder su poder cromógeno característico y se hace blanco.

*GELATINA ORDINARIA.*—En dicho medio el hongo no se desarrolla. Si se le adiciona glucosa prende bien y acaba por licuarla.

*REMOLACHA GLICERINADA AL 4%.*—Es un medio electivo para el esporotrico. Al tercer día aparecen las colonias desprovistas de aureola, se reúnen con gran rapidez para formar una capa uniforme que del duodécimo al décimoquinto día toma un color de tinta china, se pliega y se espolvorea.

*PAPA GLICERINADA.*—Las colonias se hacen manifiestas del sexto al duodécimo día con un aspecto espumoso pero alcanzan poco desarrollo. La pigmentación es muy tardía (un mes o más) y poco teñidas.

*Nutrición.*—Toma de los medios el nitrógeno que invierte en la constitución de su protoplasma y cromatina: grasas, glicógeno,

celulosa, pigmento y toxinas. En los medios que carecen de nitrógeno lo toma del aire, lo mismo que el oxígeno.

*Constitución microquímica.*—*Thalo*. Está compuesto por masas albuminoideas, lecitinas, nucleinas, glicógeno, celulosa, grasas y toxina. Se tiñe mejor por los colorantes básicos que por los ácidos.

*Esporas.*—Son ricas en pigmento y encierran glicógeno y grasa, que son la reserva para la germinación futura. La riqueza en pigmento depende de la riqueza en hidrocarbonados del medio de cultivo, así como de la desecación y de la luz. No contiene hierro y es insoluble en los medios de cultivo, carbonatos alcalinos, agua oxigenada, soda y potasa.

*Toxinas.*—Posee gran número de toxinas que se las puede catalogar así: exotoxinas o toxinas solubles, endotoxinas o insolubles (esporo-eterina y esporo-cloroformina), las residuales y las totales. Poseen acciones congestivas, leucocitotrópicas, degenerativas, edematizantes, necrosantes, etc., etc.

### COLORACION

Se colora por todos los colorantes básicos de anilina, toma el Gram y el Claudius a condición de ser prolongados pero no de una manera uniforme. Los mejores colorantes del hongo son los azules y entre éstos el azul 11, el azul polícromo, el azul algodón y el Leishman. Las esporas toman muy bien la hematoxilina.

En los tejidos el mejor colorante es el azul polícromo.

### CARACTERES BIOLOGICOS

*Virulencia.*—En los cultivos de pocos días es muy escasa su virulencia, lo mismo en los cultivos muy viejos. Se le puede exaltar por inoculaciones en serie de rata a rata. El Esporotrico aislado de los animales parece tener mayor poder patógeno que el del hombre.

*Vitalidad.*—Es grande en los medios de cultivo apropiados aun después del desecamiento (3 años). Igual cosa sucede en el pus. A la temperatura del medio ambiente se conserva durante largos años.

*Resistencia.*—No resiste a la temperatura de 45° por espacio de una hora, ni la de 53° durante 15 minutos. Las esporas son muertas a 0° y a 55°.

Sucumbe rápidamente en los medios de cultivo a la acción de los antisépticos químicos y de los metales coloidales. Es par-

ticularmente sensible al arseniato de soda y basta una mínima cantidad de dicha sustancia para impedir su desarrollo. No pasa lo mismo con el yoduro de potasio, que a pesar de ser el medicamento específico de la enfermedad, permite el desarrollo del hongo a una concentración del 10%.

Es muy resistente frente a los jugos digestivos que son incapaces de matarlo aun en contacto inmediato y prolongado.

### AISLAMIENTO

Para lograrlo podemos valernos de dos procedimientos:

1º—Sembrar el producto sospechoso en los medios electivos por estría o agotamiento con el fin de separar con mayor facilidad las colonias nacientes y resembrarlas para obtenerlas puras;

1º—Inocular al ratón por vía peritoneal con el objeto de provocar una orquitis y obtenerlo de allí, previa punción aséptica, al estado puro. Del primer método nos valemos cuando se trata de una lesión cerrada y del segundo en las abiertas e infectadas.

### CULTIVOS

*Caracteres generales.*—No vegeta en los medios desprovistos de oxígeno por ser un aerobio estricto. Los límites de temperatura en los que puede vegetar oscilan entre más 12° y más 40°, óptima entre más 20° y más 30°.

Requiere medios especiales a base de glucosa o glicerina.

### TOMA DEL PRODUCTO SOSPECHOSO

Los procedimientos varían con el grado evolutivo de las lesiones:

1. *Hay pus y la lesión está abierta.* Con un algodón hidrófilo, absorber la parte más superficial para evitar hasta donde sea posible los gérmenes banales que pueden llegar hasta impedir el desarrollo del hongo o al menos retardarlo y desvirtuar su aspecto macroscópico característico; apretar la base de la lesión y del pus o de la serosidad que rezuma, con una pipeta o con una aguja de platino estériles, sembrar por estría o agotamiento en tres tubos de gelosa de Sabouraud, dejarlos a la temperatura del Laboratorio y no capuchonarlos.

2º. *Hay pus y la lesión está cerrada.* Previa desinfección local al éter y al alcohol, hundir una aguja gruesa, montada en una jeringa de 2 cc. cargada con 1 cc. de agua destilada para diluir el producto y hacer más fácil la aspiración como también

para obtener mayor cantidad de líquido para las siembras. Se obtienen generalmente cultivos puros.

3º. *Se trata de lesiones costrosas.* Previo aseo, desprender un fragmento con unas pinzas esterilizadas, colocarlo en una caja de Petri, dividirlo y sembrarlo.

4º. *No hay pus ni escamas.* Se procede a una biopsia y el producto tomado se tritura con suero fisiológico y se verifica la siembra. Todas deben hacerse en los medios propios al desarrollo del hongo, especialmente en gelosa de Sabouraud.

Un medio superior al anterior por verificar una verdadera selección del esporotrico sobre los cocos, es la zanahoria humedecida en el momento de la siembra de la siguiente solución:

Agua . . . . .	500 gramos
Glicerina . . . . .	20 gramos
Acido tartárico . . . . .	de 0,50 a 1,50 gramos

### *SPOROTRICHUM BEURMANNI, var. ASTEROIDES*

Sinonimia: *Sporotrichum Asteroides*, Splendore 1908.

Fue encontrado por Splendore en una lesión verrugosa de la cara.

*Parasitología.*—En el pus y tejidos se le puede encontrar bajo dos aspectos diferentes:

1º. Forma corta, oblonga, igual al de Beurmanni;

2º. Forma asteroides, así llamada por formar una estrella, que en realidad es un quiste nucleado con prolongaciones radiadas. No toma el Gram.

*En cultivos:* igual al de Beurmanni.

*Caracteres diferenciales.*—Las esporas son fusiformes, más grandes y se fijan formando estrellas sobre los filamentos. Pueden hacerse ovales, esféricas, hay un verdadero polimorfismo de esporas.

*Aspecto macroscópico.* Igual al de Beurmanni.

### *SPOROTRICHUM BEURMANNI, var. INDICUM*

Sinonimia: *Sporotrichum Indicum*, Castellani 1908.

Encontrado por Castellani en Ceylán en dos casos.

*Parasitología.* Parece ser igual al de Beurmanni, sólo que los micelios parecen más gruesos.

### *SPOROTRICHUM JEANSELMEI*

Sinonimia: *Rhinocladium Jeanselmei*.

*Parasitología.* Igual al de Beurmanni.  
*Aspecto macroscópico en Sabouraud.* Semeja algunos pleomorfismos del de Beurmanni: colonias planas, mamelonadas, vellosas, pulverulentas.

*Papa.* Igual que en el medio anterior.  
Formas clínicas, reacciones humorales, anatomía patológica, vitalidad, resistencia, habitación, saprofitismo: igual al Beurmanni.

### *SPOROTRICHUM GOUGEROTI*

Sinonimia: *Rhinocladium Gougeroti*, Vuillemin.

Aislado por Gougerot.

Constituye un tipo distinto al Schencki-Beurmanni.

*Parasitología.*—*In vivo:* igual al de Beurmanni.

Cultivos: semeja al de Beurmanni pero los filamentos son más gruesos y los artículos ovoides; los conidióforos laterales más escasos; las conidias son generalmente sesiles. Según el modo de fructificación parece ser intermediario entre el Schenki y el Beurmanni.

*Aspecto macroscópico.*—Bajo este punto de vista, difiere en que en cualquier medio en que se siembre, da desde un principio cultivos negros; revisten las colonias siempre un mismo tipo, tienen una fijeza notable. Frecuentemente no tiene aureola en Sabouraud.

### *SPOROTRICHUM DORI*

Sinonimia: *Oospora*, *Discomyces* o *Nocardia Dori*.

Fue descubierto por Dor en 1906, en un caso de abscesos múltiples.

*Parasitología.*—*In vivo:* No ha sido posible verlo.

*Cultivo:* Filamentos muy finos, de 0,5 a 1 de artículos cortos y dicotomizados, presentan en su trayecto zoogreas. El ciclo botánico no ha sido posible seguirlo en gota pendiente.

*Aspecto macroscópico:* La temperatura óptima es de 37°, las colonias se desarrollan rápidamente pero se detienen al tercer día.

### *SPOROTRICHUM LESNEI*

Sinonimia: *Rhinocladium Lesnei*, Vuillemin 1910.

Se distingue de los otros esporotricos por la forma alargada y el mayor tamaño de las conidias. Existen clamidosporas negras. Al envejecer los cultivos toman un tinte fuliginoso.

Descubierto por Lesné en un caso de Pie de Madura.

## SPOROTRICHUM CAROUGEAI

Langeron 1913.

Aislado en Madagascar por Fontoynot y Carougeau, de los gomas ulcerados del cuello y axilas de un tuberculoso.

Se diferencia porque sus cultivos son de un blanco brillante sobre todos los medios; los micelios miden de 3 u. a 5 u. y las conidias 5 u.

## SPOROTRICHUM COUNCILMANI

Wolbach, 1917.

Descubierto en un caso de artritis de la rodilla.

Se diferencia de las otras especies por los siguientes caracteres: cultivos vellosos, ausencia de esporas laterales, presencia en las lesiones de filamentos tabicados y ramificados.

## SPOROTRICHUM INFESTANS

Sinonimia: *Proteomyces infestans*, Moses y Viana. 1913.

Aislado en un caso de gomas diseminados de forma febril.

Se parece bastante al de Beurmanni. En los tejidos se le encuentra frecuentemente en su forma miceliana. Toma muy bien el Giemsa.

Entre nosotros parece que no se haya estudiado hasta ahora sino el de Beurmanni, agente patógeno de todas mis observaciones. Después de un estudio en conjunto de los *Esporotricos*, las páginas siguientes se refieren al de Beurmanni.

---

## ENFERMEDAD DE BEURMANN-GOUGEROT O ESPOROTRICOSIS

*Definición.*—Con este nombre se designa el conjunto de lesiones provocadas en el organismo por el *Sporotrichum Beurmanni*.

*Historia y Distribución Geográfica.*—Es una enfermedad universal y cosmopolita. Se la encuentra principalmente en Europa y en las Américas.

El primer caso que puso de manifiesto la naturaleza micótica de la enfermedad, fue una Linfangitis Gomosa ascendente acompañada de ulceración chancriforme, observada por Schenck en los Estados Unidos, en el año de 1898 y catalogado el hongo encontrado por Ewen F. Smith en el género *Sporotrichum*. Dos

años más tarde, Hektoen, Perkins y Bryton, en presencia de casos análogos y habiendo obtenido el mismo agente, lo denominan *Sporotrix Schencki*. Luégo vino un silencio de tres años y fue en Francia, en el Hospital San Luis, donde De Beurmann, en presencia de un caso diagnosticado de Ladrería, llega después de múltiples búsquedas al aislamiento del agente patógeno en el medio de Sabouraud, que sólo dos años más tarde, Matruchot y Raymond, clasifican como *Sporotrichum* y lo denominan *Beurmanni*. En 1906 De Beurmann y Gougerot se dan al estudio de las diversas formas clínicas capaces de revestir esta micosis y divulgan más tarde sus observaciones al mundo científico. Como consecuencia obligada la literatura médica se llena de nuevos casos clínicos y su presencia es señalada en gran número de países: Bonnet y Villard, en Lyon en 1907; Spilman y Gruyer en Nancy (1907); Boisseau y Fulconis en Niza; Maurice Lagoutte y Briau en Creusot (1909); Roussac y Wise-Lauzum, Perrin en Marsella (1909); Du Cazal en Mónaco (1909); Wolf y Hugel en Estrasburgo (1909); Boureau en Tours (1910); Peugniez y Bax en Amiens (1910); Sabrazés y Gugot, Dubreuil, Petges y Bonin en Burdeos, etc., etc.

Fuéra de Francia, Luz y Splendore (1907), después Lindenberg (1909) en el Brasil; Baliña y Marco del Pont, en Argentina, (1907); Greco en Uruguay (1907); Lérat en Bélgica; Carougeau en Madagascar (1908); Castellani en Ceylán; Bruno Block, en Suiza; Robert Stein, en Viena (1909); Du Bois, Oltramare, en Génova (1909); Dind, en Lausana en 1910; O Krenn y Schrameck en Austria; Arndt y Fielitz en Alemania, en Berlín; Campana, Curcio, Caruccio en Italia, (1910); Posada Berrío, en Colombia, en Medellín; Eusebio Oyarzábal en España, en Madrid; C. Vignolo Lutati, en Turín (1910); Henry en Guayanas; Seguin en Indochina, en Hanoi.

En Colombia, el primero que escribió sobre *Esporotricosis* fue el doctor Alfonso Castro, en el año de 1908, después de curación de dos sujetos, hermanos, que presentaban lesiones nodulares muy dolorosas. El diagnóstico clínico no tuvo control bacteriológico. En 1910 L. Posada Berrío hizo el diagnóstico clínico y micológico, en Medellín, del primer caso de *Esporotricosis*, siendo cultivado igualmente por Toro Villa. Alonso Restrepo, en asociación de sus discípulos y colaboradores Alfonso Jaramillo y Correa Henao, han cultivado el *Esporotrico* y han publicado importantes observaciones sobre esta enfermedad y sobre otras micosis.

## HISTORIA DE LAS PRINCIPALES FORMAS DE ESPOROTRICOSIS

- 1º—En 1898 y 1900: La Esporotricosis de Schenck.
- 2º—En 1903: La Esporotricosis de Beurmann.
- 3º—En 1906: La Esporotricosis de Dor.

### PRIMERAS FORMAS CLINICAS SEÑALADAS DE LA ENFERMEDAD

Mixta: abscesos y linfangitis, por Danlos y Deroye.  
Gomosa ulcerada y gomosa ulcerada y sifiloide.—De Beurmann.

Epidérmica tricofitoide.—Gaucher y Monier.

Laringitis.—Letulle y Debré.

Verrugosa.—Beurmann y Gougerot.

Localizada en el brazo.—Beurmann y Gougerot.

Aguda febril.—Brissaud y Rathery.

Palpebral.—Danlos y Blanc.

Osteitis de la pierna.—Sicard, Bith, Gougerot y Fage.

Osteitis hipertrófica.—Pierre Marie y Gougerot.

Ostiomielitis gomosa.—Beurmann, Gougerot y Vernes.

Artritis.—Moure.

Sinovitis.—Hudelo y Monier Vinard.

Familiar.—Vidal y Joltrain.

Adénica.—Moure.

Conjuntiva.—Morax y Fava.

Acné.—Beurmann, Gougerot y Laroche.

Pielonefritis.—Rochard, Duval y Bodeloc.

Caquectizante y mortal.—Lagoutte y Briau.

Pitiriásica.—Beurmann, Gourgerot y Verdún.

De las fosas nasales.—Danlos y Flandin.

Pulmonar.

### ALGUNOS DESCUBRIMIENTOS IMPORTANTES

Sero-diagnóstico.—Widal y Abramí.

Subcuti e intradermo-reacción.—L. Pautrier y Lutembacher.

Encuentro del Esporotrico salvaje.—Gougerot.

Saprofitismo bucal.—Gougerot.

### ETIOLOGIA Y PATOGENIA

• Es una enfermedad micósica contagiosa y auto-inoculable.  
Algunos factores la hacen frecuente:

*Profesión.*—Tiene grande importancia según que ponga al hombre en inmediato contacto con la naturaleza o con los animales que sirven de vehículos al germen patógeno, de allí que se la encuentre principalmente en los agricultores, jardineros, mineros, verduleros, cocineros, veterinarios, etc., etc.

*Edad.*—Sobreviene en cualquier época de la vida; sin embargo parece más frecuente en la edad media y quizás se deba a las condiciones de vida.

*Sexo.*—Parece más frecuente en el sexo masculino, explicable por las mismas razones anteriores.

*Decadencia orgánica.*—Tiene grande importancia y el hongo se desarrolla fácilmente en un terreno preparado por la infección o tarado.

*Frecuencia.*—Es una de las micosis más frecuentes y si su número ha disminuído entre nosotros, es debido a que los médicos jóvenes de las poblaciones vecinas han aprendido a diagnosticarla, a su paso por el Instituto Profiláctico.

*Habitación del Hongo.*—Se le encuentra en estado salvaje en la naturaleza, llevando vida saprofítica sobre los detritus, cortezas, tallos, hojas, espinas, tierra, agua, frutos, granos, legumbres, estiércol, etc., etc.

*En el hombre sano.*—Se ha podido confirmar su presencia en la garganta, sin lesiones mucosas, en antiguos esporotricósicos, pero también en indemnes. Por lo demás es raro.

*En el hombre enfermo.*—A nivel de las lesiones provocadas.

*En los animales.*—Puede encontrarse en las moscas, hormigas, avispas, rata, mula, caballo, etc., etc. Se ve claramente cuán numerosas son las fuentes de infección.

## VIAS DE INOCULACION Y DE DISEMINACION

*Cutánea.*—Es sin duda la más frecuente. La introducción del germen tiene lugar por una herida traumática accidental o a favor de una solución de continuidad ya constituída. Puede ser debida a la mordedura de un animal enfermo como la rata, muleto, caballo, etc., etc. Puede penetrar a través de los tegumentos intactos como lo prueban las auto-inoculaciones de vecindad.

En estos casos la infección se extiende por la vía linfática y centrípeta y las lesiones locales se constituyen. Preciso es tener en cuenta que la lesión sistematizada puede ser el punto de partida de embolias parasitarias que riegan el hongo en el organismo.

*Vía digestiva.*—Es debida a la ingestión de productos con-

taminados que los jugos digestivos son incapaces de destruir; también puede ser la consecuencia de una auto-inoculación por tan su virulencia; penetran a través de la mucosa sana, vehiculados por los leucocitos, a manera del bacilo de Koch. En estos casos la diseminación se hace por vía arterial y se producen las formas generalizadas.

### CONDICIONES QUE FAVORECEN LA PULULACION DE LOS PARASITOS

Una vez que los esporotricos han sido inoculados, dos cosas pueden suceder: el organismo, por fenómenos de fagocitosis, los destruye; en otros casos, el germen burla las defensas orgánicas y crea la infección. Esta es favorecida por tres condiciones a saber:

1º—Disminución de resistencia del terreno. Por enfermedades infecciosas, agotamiento nervioso, taras, etc., etc.

2º—Hipervirulencia del germen por adaptación a la vida parasitaria.

3º—Sensibilización del organismo. Se verifica por las toxinas solubles y solubilizables que son predisponentes y que vertidas al organismo desde el punto de inoculación, preparan el terreno a la infección.

### ANATOMIA PATOLOGICA

La lesión anatomo-histo-patológica de la Esporotricosis se resume en la formación del Esporotricoma, en cuya constitución se encuentran reunidas tres zonas, a saber:

1ª *Zona central o inflamatoria*.—Se encuentra formada por polinucleares y macrófagos. Se pueden encontrar las conidias-levaduras intra o extra-celulares;

2ª *Zona media o tuberculoide*.—Se caracteriza por la formación de todos los elementos del folículo típico: células gigantes, embrionarias y epitelioides;

3ª *Zona externa o sifiloide*.—Está constituida por células de tipo linfocitario, plasmazellen y abundantes capilares. Esta formación histopatológica no le es específica y se la encuentra en todas las inflamaciones nodulares.

Preciso es tener en cuenta que en las lesiones difusas se encuentran los mismos elementos pero sin orden, diseminados.

La génesis del esporotricoma parece que sea la siguiente:

llegados los gérmenes a los vasos linfáticos provocan en ciertos puntos la obstrucción de su luz y son englobados entonces por los macrófagos, quedando así constituido el *absceso central*; las células epiteliales proliferan y no tardan en degenerar para venir a constituir la *célula gigante*; los tejidos vecinos a su vez reaccionan y determinan una marcada proliferación linfoconjuntiva.

### SINTOMATOLOGIA

La enfermedad está esencialmente caracterizada por la formación de gomas que evolucionan de una manera lenta al reblandecimiento y algunas veces hacia la ulceración. Su sintomatología varía con sus formas clínicas.

#### *Primer Grupo: Esporotricosis gomosas hipodérmicas diseminadas*

- a) Formas gomosas no ulceradas;
- b) Formas ulceradas sifiloideas, tuberculoideas, ectimati-formes;
- c) Formas mixtas con grandes abscesos, linfangitis secundarias, lesiones dérmicas y epidérmicas asociadas;
- d) Forma de grandes abscesos diseminados.

#### *Segundo Grupo: Localizadas*

Dérmicas o hipodérmicas;

Linfangitis, con chancro inicial o sin él, localizadas en la cara o en los miembros.

#### *Tercer Grupo: Extracutáneas*

Mucosas, musculares;

Oseas, sinoviales;

Oculares, testiculares,

Viscerales, etc., etc.

### ESPOROTRICOSIS GOMOSAS DISEMINADAS NO ULCE- RADAS Y ULÇERADAS

Excepcionalmente el principio es brusco, sub-agudo y febril; en plena salud y por azar el enfermo se da cuenta de unos nódulos encajados en la hipodermis, libres sobre la aponeurosis y la cara profunda de la piel, duros, firmes, elásticos, de desigual tamaño, indolentes, diseminados sin orden ni simetría en relación con los territorios linfáticos o arteriales, se les encuentra principalmente en el tronco, cara y extremidades; su número siempre crecido oscila de 5 a 130, su volumen varía desde el nódulo miliar hasta el de un huevo de gallina, pues la enfermedad evo-

luciona por brotes y por consiguiente pertenecen a épocas distintas; los más grandes se adhieren a la piel que se adelgaza y toma un tinte rojo violado y al plegarla presenta el fenómeno de la piel de naranja y su consistencia deja de ser firme y dura para hacerse renitentes. El estado general no se altera ni hay repercusión sobre el sistema ganglionar. Tenemos el *tipo incipiente de la micosis*.

Llegados a este período los gomas, se inicia su reblandecimiento que es central, cupuliforme, es decir, del centro a la periferia y de la superficie hacia la profundidad y en cuatro o seis semanas llegan al absceso frío con manifiesta sensación de fluctuación, no son dolorosos, y apenas si son sensibles con el juego muscular; puncionados se retira de ellos un líquido viscoso con regueros purulentos, a veces netamente gomoso, pero no se logra vaciarlos completamente quedando circunscritos por un anillo indurado. En este período frecuentemente hay adelgazamiento. *Tipo gomas abscedados*.

Llegados a este período los abscesos tienden a quedar estacionarios y rara vez se perforan por sí solos, pero lo son frecuentemente por un traumatismo. *Tipo gomas ulcerados*. Los bordes pueden adosarse y constituirse el absceso de nuevo o extenderse a ulceración con bordes desprendidos, violáceos, abotagados y fondo mamelonado, que son las dos eventualidades más frecuentes o bien da una ulceración de bordes limpios, curvilíneos, excavados como a cincel, rodeados de una aureola rojo-vinosa y de un fondo clavoso y tenemos *la forma sifiloidea*, o bien los bordes son estrechos, desgarrados, violados, a menudo fistulizados y cubiertos por una costra y tenemos *la forma tuberculoide*.

### FORMAS MIXTAS

Están caracterizadas por la asociación de los tres polimorfismos: evolutivo, lesional y de asociación. Veamos en que consisten:

1º *Polimorfismo evolutivo*.—Se caracteriza por la presencia de lesiones en distinto período: nódulos duros, gomas abscedados, ulcerados, cicatrizados, etc., etc.

2º *Polimorfismo lesional*.—Consiste en los aspectos variados de las lesiones: sifiloide, tuberculoide, ectimatiforme, forunculoide, etc., etc.

3º *Polimorfismo de asociación*.—Se revela por la presencia de lesiones dérmicas, epidérmicas, mucosas, óseas, linfangíticas, etc., etc.

## FORMAS DE GRANDES ABSCESOS MÚLTIPLES

Son muy raras. Los abscesos evolucionan como los tuberculosos, pero a veces presentan una marcha sub-aguda o francamente aguda, acompañándose de rubicundez erisipelatoide de la piel, dolor y temperatura local y general. El contenido en estos casos es purulento.

## ESPOROTRICOSIS LOCALIZADAS — SUS VARIEDADES

Las formas sistematizadas se encuentran principalmente en aquellos sitios que están más expuestos a la infección, por estar descubiertos, como la cara y los miembros; suceden a una inoculación cutánea y a la invasión centripeta de los linfáticos que forman cordones indurados e indolentes, a veces rojizos, interrumpidos de trecho en trecho por formaciones nodulares en distinto período evolutivo: duros, reblandecidos, abscedados, ulcerados, cicatrizados... y en el punto de inoculación es frecuente encontrar la lesión primaria que puede revestir múltiples aspectos: ulceración chancriforme, verrugoma, absceso, pústula o acné. Este chancro de inoculación aparece de los ocho a los cuarenta días.

Estas formas localizadas pueden revestir aspectos múltiples:

- 1º Variedad Nº 1 Tipo Schenck: chancro, linfangitis, gomas y adenitis aflegmática.

- 2º Variedad Nº 2: Chancro, gomas y adenitis.

- 3º Variedad Nº 3: Chancro y adenopatía.

- 4º Variedad Nº 4: Chancro únicamente.

- 5º Variedad Nº 5: Linfangitis y gomas sin chancro.

- 6º Variedad Nº 6: Únicamente gomas.

## FORMAS EXTRACUTANEAS

### Localización dérmica

Las esporotricósides se presentan bajo el aspecto de pequeños nódulos que simulan pápulas si están induradas y pápulo-pústulas si reblandecidas. Suelen reunirse en placas de aspecto papilomatoso y verrugoso, secas o húmedas, con micro-abscesos en el vértice de las vegetaciones, frecuentemente ulceradas en algunos puntos y su semejanza con el lupus y tuberculosis verrugosa es grande; pueden igualmente presentarse de aspecto tricofitoide, eczematoide, penfigoide, etc. etc.

Rara vez se presentan como lesiones primitivas y van asociadas a otras lesiones que ayudan al diagnóstico.

### *Localización epidérmica y dermo-epidérmica*

Son en extremo polimorfas: papulosas, papulo-vesiculosas, penfigoides, pitiriasiformes, costrosas, verrugosas, tricofticas, etc. etc.

### *Localización muscular*

Rara vez se presenta como lesión primitiva. Se encuentra el goma o el absceso frío con sus caracteres ya conocidos.

### *Localización ósea*

Las primeras observaciones fueron publicadas en el año de 1908 por Sicard, Berth, Gougerot y Broca y hasta la actualidad parece ser la más frecuente de las micosis óseas. Rara vez primitiva. Las formas clínicas que determina son muy variadas: periostitis, periostosis, osteitis hipertrofiante, supuradas, osteomielitis, etc., etc.

La evolución de la enfermedad se cuenta por años y los abscesos muy tardíamente se abren. Si hay hiperóstosis su semejanza con la sífilis es notable y si supuración, con la tuberculosis. El diagnóstico generalmente se hace por la coexistencia de otras manifestaciones de la micosis, por cultivos o por las reacciones séricas.

Tiene marcada predilección por la tibia, el frontal y las falanges donde simula a veces la espina ventosa.

### *Localización articular*

Siete veces sobre once la articulación más atacada es la rodilla bajo forma de hidrartrosis o tumor blanco y su parecido con la tuberculosis es notable. A la radiografía se encuentra una zona clara a nivel de las extremidades óseas. Su evolución es tórpidas e insidiosa.

### *Localización pulmonar. — Pseudo tuberculosis.*

Las observaciones de Esporotricosis pulmonar son raras pero no excepcionales; quizás se deba a la falta de estudio sistemático por cultivo de los esputos de los enfermos atacados de afecciones pulmonares crónicas. Preciso es tener en cuenta que la confirmación del hongo en un esputo no indica suficientemente que dicho agente sea la causa verdadera dado el saprofitismo bucal; es necesario eliminar siempre el bacilo de Koch por examen directo e inoculación, sólo así podremos asegurarnos sobre el verdadero agente patógeno, o si se le obtiene por punción.

Los síntomas funcionales son los de la tuberculosis, lo mismo los signos funcionales y sus lesiones anatomopatológicas.

### *Sinovitis*

La primera observación se debe a Hudelo, Monier, Vinard,

Braun y Merle. Las localizaciones más frecuentes son las del puño y garganta del pie y toman la máscara de la Tuberculosis y a veces son agudas y semejan las de origen blenorragico.

#### *Pielonefritis*

No se conoce más que una observación de Rochard y Duval. El cuadro clínico realizado era típico, excepción de la apirexia.

#### *Ocular*

Puede ser primitiva o secundaria y radicar en el globo ocular o en sus anexos. La conjuntivitis que determina suele ser bastante reveladora: manchitas amarillas de 1 a 2 milímetros (nódulos) que se destacan sobre el fondo rubicundo de la conjuntiva principalmente a nivel del repliegue semilunar y de la conjuntiva tarsiana. Hay una sensación de obstáculo muy marcada. La adenopatía pre-auricular y sub-maxilar rara vez faltan; la supuración es poco abundante. Abandonada conduce a lesiones destructivas del ojo.

### *ESPOROTRICOSIS DE LAS MUCOSAS*

Pueden los esporotricos localizarse y crear lesiones anatómicas en la mucosa nasal, ocular, bucal, faríngea, laríngea y traqueal y engendrar rinitis, conjuntivitis, estomatitis, faringitis, laringitis, traqueitis. La angina puede ser eritematopultácea o ulcerosa. Se caracteriza por la ausencia de adenopatía y por la indolencia casi completa del proceso.

#### *EVOLUCION*

Generalmente la evolución es lenta, insidiosa, sin repercusión sobre el estado general, indolente y apirética. El tiempo que transcurre entre la inoculación y la aparición del chancro se estima entre veinte y sesenta días y la confirmación de los gomas se hace al azar debido a su indolencia; algunas veces hay un acceso febril acompañado de náuseas, vómitos, escalofrío y malestar general que no tarda en desaparecer con el brote de los gomas o bien persisten los síntomas febriles; puede presentarse la forma anemianta caracterizada por la palidez, la fatiga y adelgazamiento o la forma septicémica y caquetizante que se termina por la muerte a corto plazo.

La duración de la enfermedad está ligada al diagnóstico y al tratamiento: desconocida se eterniza, diagnosticada antes de la invasión de las mucosas y convenientemente tratada cura siempre; los gomas reblandecidos se resorben; las ulceraciones cu-

ran más lentamente, se detergen y luego se reparan dejando a su nivel la cicatriz característica: más pequeña que la pérdida de sustancia, estrellada, interrumpida por cordones de piel sana, delgada, no adherida, plegadiza, blanca en el centro y pigmentada en la periferia; esto es al final porque al principio es roja, de aspecto queloidiano. La curación se obtiene de dos a cuatro meses, pero si no se instituye el tratamiento de fondo durante un mes más, a la dosis de 2 gramos, puede venir una reviviscencia, caracterizada por la formación de las mismas lesiones debido a que los parásitos no destruidos repululan *in situ*, o una recaída, en este caso las lesiones nuevas toman origen en puntos distintos donde los gérmenes han llegado por embolias y por último la recidiva, motivada por los hongos saprofiticos de las cavidades en un organismo sensibilizado por la misma enfermedad.

### DIAGNOSTICO CLINICO

No hay que creer que la enfermedad ataca únicamente la piel y que sólo tiene importancia para el dermatologista; no respeta tejidos ni órganos y así vemos atacar la epidermis, la dermis, la hipodermis, los músculos, los tendones, los linfáticos, los ganglios, las sinoviales, los huesos, las articulaciones, las mucosas, el ojo, el pulmón, etc., etc., de donde se deduce que su conocimiento es preciso al internista, al cirujano, al oftalmólogo, al otorrinólogo, al laringologista, etc., etc. Su desconocimiento ha causado grandes males y su polimorfismo le da la máscara de la sífilis, de la tuberculosis, de la lepra, del cáncer. ¡Cuántas historias dolorosas se encuentran en la literatura médica que hubieran sido evitadas con una terapéutica apropiada! Gran número de enfermos han pagado con un acto quirúrgico mutilante, la ignorancia de su médico, sin obtener siquiera a costa de este sacrificio la curación. Clásicos son los casos relatados por Duque, de la Habana: dos enfermos sufren la doble amputación del muslo, y un tercero la del brazo, sin ver detener su mal; médico que renuncia a su brillante carrera por temor a la Sífilis Nerviosa; comerciante que se arruina, esperando la curación de su supuesta tuberculosis; padre de familia que creyéndose sifilítico intenta suicidarse; en cambio, su conocimiento ha vuelto a la vida a dos desgraciados moribundos, supuestos, el uno tuberculoso y el otro sifilítico, a quienes se les negaban los recursos terapéuticos por considerarlos inútiles; al enfermo de Moure, se le evita la amputación del miembro inferior atacado de ostiomielitis por es-

pacio de tres años de sufrimiento y de cuatro legrados...! A la simple lectura de estos relatos, se hace manifiesta la importancia que tiene la enfermedad bajo el punto de vista del diagnóstico, pronóstico y del tratamiento.

El diagnóstico debe hacerse ante todo con las enfermedades capaces de producir formaciones nodulares, abscedadas, ulceradas y vegetantes: Sífilis, Tuberculosis, Lepra, Brotriomycosis, Actinomicosis, Pie de Madura, Micosis de Gilchrist, Blastomicosis, Hemisporosis, etc., etc.

Los principales signos objetivos que nos sirven para distinguir las Esporotricosis de la Tuberculosis y de la Sífilis se basan en los caracteres peculiares de los gomas y en las reacciones serológicas.

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LOS GOMAS

a) ESPOROTRICOSICOS.—Su número es siempre crecido de 3 a 130; el volumen varía desde una arveja hasta el de un huevo de gallina; su fecha de aparición oscila entre 20 y 40 días después del chancro de inoculación; la evolución es rápida y conduce en cuatro a seis semanas al absceso; el reblandecimiento es central, cupuliforme e indolente; llegados al absceso no tienen tendencia a ulcerarse espontáneamente; puncionados se les puede vaciar completamente quedando rodeados por un anillo indurado y la secreción es viscosa con regueros purulentos; abiertos dejan una ulceración estrecha de bordes abotagados, gruesos, desprendidos y violados; el fondo es vegetante y limpio, a menudo se forma una costra que la cubre; la cicatriz primero keloidiana se hace luego estrellada, lisa, blanca en el centro y pigmentada en la periferia.

Se presentan generalmente en los adultos; su evolución es rápida y no se acompaña de adenopatía por regla general; subcuti e intradermo-reacción, cultivos, esporodiagnóstico y fijación del complemento, positivos.

b) SIFILITICOS.—Su número es siempre reducido: único 61% de los casos, doble en un 16% y excepcional de tres en adelante, su volumen generalmente no alcanza sino el de una avellana; su fecha de aparición es tardía, varios años después del chancro; la evolución es irregular, o muy rápida o muy lenta; el reblandecimiento es central, más completo, flegmático, doloroso y tiende a ulcerarse; puncionados no se les vacía completamente: queda rodeado por un rodete inflamatorio, edematoso y la secreción es de carácter netamente gomoso; abiertos dejan una ulce-

ración redonda como hecha con sacabocados; los bordes son duros, verticales, rojo-cobrizos; el fondo es desigual, hondo y clatríz es de un color blanco nacarado, delgada, lisa, no adherente y ligeramente deprimida.

Otros datos que ayudan al diagnóstico son: antecedentes, manifestaciones secundarias, adenopatía, monomorfismo, aparición en los puntos electivos como el miembro inferior y especialmente en la pierna, en la región frontal, en el esterno-cleido-mastoideo, en el velo del paladar y las reacciones serológicas.

c) TUBERCULOSOS.—Su número puede ser crecido y su volumen muy variable; la evolución es más lenta, más tórpida, que en los esporotricósicos y una vez llegados al absceso tienden a fistulizarse y dan una secreción francamente purulenta con sus caracteres clásicos; abiertos, dan una ulceración estrecha, irregular, de bordes cianóticos, de fondo desigual, átono y de aspecto grisáceo; la cicatriz es keloidiana, rojiza, prominente, desigual.

Otros caracteres que nos ayudan al diagnóstico son: su sitio de elección en la cara y en los ganglios, la adenopatía concomitante su predilección por los adolescentes; cutireacción y serodiagnóstico, positivos. Antecedentes hereditarios o personales de tuberculosis, y la profesión del enfermo.

Con los datos anteriores queda hecho el diagnóstico.

De las Esporotricosis con la Tuberculosis y la Sífilis en sus manifestaciones gomosas y ulceradas, nos resta recordar a favor de las Esporotricosis el polimorfismo evolutivo, lesional y de asociación y las autoinoculaciones.

Y para completar el diagnóstico la siembra múltiple debe ser sistemática.

### OTROS DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

*Con la Actinomicosis.*—Por los sitios electivos propios de esta micosis; por la infiltración en placa leñosa de los tejidos; por la presencia de granos amarillos en el pus; por el cultivo y el examen directo y por el Esporodiagnóstico (hasta 1/150).

*Con la Hemisporosis.*—Sólo puede hacerlo el Laboratorio.

*Con el Pie de Madura.*—Por su localización electiva, sus nudosidades fistulizadas y la confirmación en el pus de granos blancos, amarillos o negros. Preciso es tener en cuenta que puede ser de origen esporotricósico.

*Con los abscesos fríos tuberculosos.*—Por la ausencia de lesión ósea, por la evolución más rápida, por el sero-pus que en-

cierran y por su fórmula citológica (polinucleares y macrófagos), su frecuente coexistencia con lesiones gomosas.

*Con la Blastomycosis.*—Generalmente no interesa los linfáticos y es de evolución febril, las placas son muy vegetantes y húmedas y el cultivo se hace necesario.

*Con la tuberculosis verrugosa.*—Por el aspecto mixto de la placa, su evolución más rápida, autoinoculaciones de vecindad, curación por el yoduro, subcuti e intradermoreacción y serodiagnóstico.

### FORMAS EXTRACUTANEAS. VISCERALES

Los principales datos para el diagnóstico son:

- 1º—Lesiones asociadas a otras formaciones gomosas.
- 2º—Cultivos.
- 3º—Sero-diagnóstico por aglutinación y fijación del complemento.

### METODOS DE DIAGNOSTICO BACTERIOLOGICO

Gracias a los trabajos de De Beurmann y Gougerot, el diagnóstico de las Esporotricosis se ha simplificado y facilitado demasiado; basta sólo en presencia de lesiones gomosas, costrosas, ulcerosas y supuradas de trayecto linfangítico pensar en ellas y proceder al cultivo, medio sencillo al alcance de todo médico práctico, que no requiere conocimientos bacteriológicos ni micológicos profundos, ni siquiera microscopio y estufa sino unos cuantos tubos del medio de Sabouraud, porque el aspecto del *Rhino-cladium Beurmanni* es característico, siendo suficiente tan poca cosa para identificar una micosis que simula las enfermedades más diversas: tuberculosis cutánea, sífilis, gomias, artritis, sinovitis, osteitis, hidrartrosis, tumor blanco, ostiomielitis, sífilides, acné, lepra, muermo, etc., etc.

El diagnóstico clínico es con frecuencia delicado, máxime en los países cálidos en donde las lesiones papulo-costrosas y gomosas son muy frecuentes y de múltiple naturaleza y en donde la sífilis es demasiado común y las lesiones cutáneo-mucosas predominan. Toda sospecha clínica exige el control bacteriológico. Múltiples son los métodos que se pueden emplear, a saber:

- 1º—Cultivo en Sabouraud o en Remolacha glicerizada.
- 2º—Ecurrida del pus sobre el vidrio seco.
- 3º—Examen directo del pus.
- 4º—Esporo-aglutinación.

5°—Reacción de fijación.

6°—Sub-cuti e intradermo-reacción.

7°—Inoculaciones.

En la práctica nos basta el cultivo y el sero-diagnóstico.

**CULTIVO.**—Es un procedimiento sencillo, seguro y rápido.

*Examen macroscópico.*—A la simple vista la colonia típica hace el diagnóstico: fecha de aparición, forma cerebral, intestinal en alto y bajo relieve, coloración inicial y sus cambios sucesivos, aureola radiada o plumosa y el aspecto húmedo, viscoso y como barnizado. La colonia es patognomónica del décimo al decimoquinto día, pero el diagnóstico puede hacerse al cuarto día si al verificar la siembra colocamos una gota del pus frente a la superficie de la gelosa y otras dos en el ángulo diedro formado por la superficie plana del medio y la cara curva del tubo. Este procedimiento lleva el nombre de artificio de Gougerot. Al segundo o tercer día las conidias-levaduras se han transformado en micelios y al cuarto han fructificado. No hay necesidad de hacer preparaciones que segmentan los micelios y esparcen las esporas, basta mirar a través del vidrio.

*Examen microscópico.*—La platina debe formar un ángulo de 45°, la extremidad abierta del tubo en la parte alta, con espejo cóncavo, sin condensador, objetivo a seco y un fuerte ocular.

*Examen directo del pus sin coloración.*—Dista mucho de ser el procedimiento práctico por lo largo, infructuoso e infiel. Se coloca el pus (dos gotas) entre lámina y laminilla, adicionada o no de un colorante vital o de una gota de potasa al 10 o al 40%. Se encuentra al hongo en su forma parasitaria, es decir, de conidias-levaduras.

*Examen directo con coloración.*—No tiene ventajas sobre el método anterior. Se pueden usar los colorantes básicos, el Gram, y el Claudius. Debe darse preferencia al Leishman y al azul polícromo.

### SERODIAGNOSTICO POR AGLUTINACION

En determinadas infecciones, microbianas y micósicas, se desarrollan en el suero de los enfermos afectados de ellas, sustancias especiales, llamadas *aglutininas*, que tienen el poder de aglomerar, de reunir en masas los bacilos o los esporos. Cúpole a Widal el honor de ser el primero, en el año 1886, de servirse de dicha propiedad para el diagnóstico de la fiebre tifoidea.

Se entiende por serodiagnóstico el procedimiento que tiene por objeto confirmar o destruir el diagnóstico clínico de una in-

fección según que el suero del enfermo sospechoso aglutine o no los micro-organismos incriminados.

## SERODIAGNOSTICO DE LA ESPOROTRICOSIS POR ESPOROAGLUTINACION

El suero de los enfermos de Esporotricosis está dotado de un poder aglutinante que varía desde 1/150 hasta 1/1500 pero es preciso tener presente que si la infección es muy reciente puede dar un resultado negativo o muy bajo y además que no es *específico* por presentarse en otras micosis como la Actinomicosis y el Muguet, pero en estas últimas el poder aglutinante es poco considerable, es en suma una *reacción de grupo*, suficiente para el diagnóstico de la enfermedad de De Beurmann y Gougerot cuando el título de la aglutinación es elevado. Es un procedimiento largo, laborioso, que sólo debemos utilizar en ausencia de material para cultivos.

La técnica es la misma utilizada en el Serodiagnóstico de la fiebre tifoidea.

Se necesita:

- 1º Cultivo de Esporotrico.
- 2º Suero del enfermo.
- 3º Solución fisiológica.
- 4º Aguja de platino.
- 5º Cámaras húmedas.
- 6º Pipetas.
- 7º Microscopio.
- 8º Gradillas.
- 9º Tubos para aglutinación.

### *Condiciones requeridas:*

1º *Cultivo*.—Es preciso tener un cultivo puro, de cuatro a doce semanas de vegetación para que sea rico en esporas. Para preparar la emulsión es preciso adoptar la técnica siguiente: con una aguja de platino, se toma un fragmento de colonia, que se procura desprender con la menor cantidad posible de gelosa para facilitar la trituración en el mortero o en una cápsula de porcelana, primero seco y luego se le va agregando la solución fisiológica en cantidad variable según el método que se vaya a seguir (procedimiento francés o americano). Se obtiene un líquido gris sucio, casi negro, que debe ser filtrado sobre papel *buvard* previamente humedecido, procurando hacer un filtro pequeño con el

fin de que la emulsión sea lo menos resorbida y obtener así el filtrado abundante que toma un color gris perla, opalescente, constituido por las esporas, porque los micelios han debido quedar retenidos en el papel. Para estar seguro de ello procedemos al examen microscópico de una gota entre lámina y laminilla que además nos indica si están en cantidad suficiente.

2º *Suero del enfermo.*—Se obtiene por picadura aséptica de una vena. Puede emplearse puro o previamente diluido en solución fisiológica, lo que es preferible pues de esta manera se ahorran tiempo y trabajo. Basta 1 cc. más 9 cc. de suero fisiológico para hacer aglutinaciones desde 1/150 hasta 1/1500.

3º *Solución fisiológica.*—El título más empleado es al 8% pero no hay inconveniente en utilizarlo al 7,5%. Debe estar aséptico.

4º *Aguja de platino.*—Debe ser resistente para que no se doble, acode o deforme y para que la toma de la colonia sea fácil. Además si se sigue la técnica americana, el asa debe tener dos milímetros de diámetro.

5º *Pipetas.*—De un centímetro cúbico, de pico afilado para que den una gota pequeña. Tanto éstas como la aguja, los tubos y las cámaras húmedas deben estar estériles.

6º *Cámaras húmedas.*—Del tipo Ranvier o Boetcher. Si no se tienen se pueden improvisar de la siguiente manera: se toma una laminilla limpia y desengrasada y con lanolina o vaselina, siguiendo los bordes, se le forma un marco de unos tres a cuatro milímetros de altura para que al colocarlas sobre la lámina se forme así la cámara y la gota quede suspendida. Además evita la evaporación que haría imposible el sero-diagnóstico.

7º *Microscopio.*—Se utiliza así: ocular 10 o 20; objetivo 20 o cuarenta; sin condensador, ligeramente diafragmado y la platina rigurosamente horizontal. Espejo cóncavo.

8º *Gradilla.*—Metálica o de madera. Tiene por objeto mantener en posición los tubos.

9º *Tubos.*—De aglutinación o pequeños. Pueden utilizarse también vidrios de reloj.

### *Títulos de las aglutinaciones*

Se obtienen mezclando una gota del suero diluido (1 cc. + 9 cc.) con un número fijo de gotas de la emulsión de esporas, así:

I gota de la mezcla	más	V	gotas de la emulsión:	aglutinación
		V		al 1/50
	"	X	" " " "	" 1/100
	"	XV	" " " "	" 1/150
	"	XX	" " " "	" 1/200
	"	XXV	" " " "	" 1/250
	"	XXX	" " " "	" 1/300
	"	XXXV	" " " "	" 1/350
	"	XL	" " " "	" 1/400
	"	XVL	" " " "	" 1/450
	"	L	" " " "	" 1/500
	"	LV	" " " "	" 1/550
	"	LX	" " " "	" 1/600
	"	LXV	" " " "	" 1/650
	"	LXX	" " " "	" 1/700
	"	LXXV	" " " "	" 1/750
	"	LXXX	" " " "	" 1/800
	"	LXXXV	" " " "	" 1/850
	"	XC	" " " "	" 1/900
	"	XCV	" " " "	" 1/950
	"	C	" " " "	" 1/1000
	"	CV	" " " "	" 1/1050
	"	CX	" " " "	" 1/1100
	"	CXV	" " " "	" 1/1150
	"	CXX	" " " "	" 1/1200
	"	CXXV	" " " "	" 1/1250
	"	CXXX	" " " "	" 1/1300
	"	CXXXV	" " " "	" 1/1350
	"	CXL	" " " "	" 1/1400
	"	CXVL	" " " "	" 1/1450
	"	CL	" " " "	" 1/1500

#### *Interpretación de los resultados.*

La aglutinación comienza al  $\frac{1}{4}$  de hora y a la hora es completa según los autores extranjeros; sin embargo he podido observar que veces hay en que la aglutinación requiere varias horas y para que los resultados no se adulteren deben colocarse las preparaciones, previamente numeradas, en la nevera. Una vez puestas en el microscopio pueden suceder tres casos:

1º. No hay aglutinaciones.—Las esporas están libres y diseminadas en todos los campos microscópicos en todas las preparaciones.

2º. Aglutinaciones débiles.—En algunas de las preparaciones, las de título más bajo, se encuentran algunas masas de esporas, pero la mayor parte están diseminadas.

3º Aglutinación fuerte.—En este caso el campo microscópico se ve en ciertos puntos ocupado por grandes conglomerados de esporas en medio de espacios perfectamente vacíos.

El Muguet tiene un poder aglutinante máximo de 1/100.

La Actinomicosis de 1/150.

La Esporotricosis hasta 1/1500, término medio 1/400.

Permite un diagnóstico rápido pero es un método que exige la intervención del Laboratorista. Fue aplicado al diagnóstico de la Esporotricosis por Widal y Abramí en el año de 1908.

El otro método de sero-diagnóstico está constituido por la fijación del complemento, gracias a las sensibilizadoras desarrolladas bajo la influencia del hongo.

### REACCION DE FIJACION DEL COMPLEMENTO

Los primeros en practicarla fueron Widal, Abramí y Weil. No es una reacción específica sino una reacción de grupo, es decir, una cofijación que pueden darla la Aspergilosis, la Actinomicosis, la Hemisporosis, la Discomicosis, etc., etc.

Técnica.—La aplicada a las demás reacciones séricas de fijación; únicamente varía el antígeno que está constituido por emulsión de cultivo de esporotrico sin filtrar. A grandes rasgos trataré de esbozarla.

Se toma 1 cc. del suero sospechoso previamente calentado a 56º por espacio de media hora y se adiciona cada tubo de 0,5 cc. de emulsión de cultivo de esporotrico sin filtrar; se le agrega 0,3 cc. de suero fresco de cobayo diluído a la mitad en suero fisiológico al 8% a la cantidad indicada por una titulación, según sea la actividad de este suero, y 0,5 de suero fisiológico al mismo título; se agitan y se llevan a la estufa a 37º por espacio de 4 horas y se agregan dos unidades de solución de suero de conejo anticarnero inactivado, más 0,5 cc. de glóbulos rojos de carnero o de glóbulos humanos diluídos al 5%.

### INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

*No hay hemólisis:* la sensibilizadora ha sido fijada por el complemento, la reacción es positiva.

*Hay hemólisis:* el complemento permanece libre, la reacción es negativa.

**CAUSAS DE ERROR.**—Pueden ser: fragilidad especial de los glóbulos de conejo que hemolizan espontáneamente o por una resistencia de dichos glóbulos a la hemólisis, dilución excesiva o concentración mayor del antígeno y por último sueros ictericos, lactecentes o hemolíticos.

### *SUBCUTI E INTRADERMO-REACCION*

L. Pautrier y Lutembacher se sirvieron de las reacciones locales provocadas por la esporotricosina, en 1909, para el diagnóstico de la enfermedad, pero desgraciadamente tan sencillo procedimiento dista mucho de ser específico, más aún, se le encuentra fuera de las micosis que dan la fijación del complemento, en la Lepra, Sífilis y Tuberculosis, lo que le hace perder todo su valor.

Se inyectan una o dos gotas de esporotricosina diluída al 50% siguiendo la técnica de las tuberculinas: de las 24 a las 48 horas se forma un nódulo indurado acompañado de reacción inflamatoria local si la reacción es positiva.

### *INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS*

*La reacción es negativa:* se pueden excluir no solamente las Esporotricosis sino las otras micosis;

*La reacción es positiva:* Micosis, micoforos no micósicos, tuberculosis, sífilis y lepra. Es preciso discutir el diagnóstico y una revisión y estudio del enfermo tan completo como sea posible.

### *INOCULACIONES*

Es un procedimiento de excepción. Sólo lo utilizaremos para aislar el hongo que se encuentra puro y muy abundante en las lesiones orquílicas que determina en el ratón. Además nos sirve para medir su virulencia.

### *PRONOSTICO*

El pronóstico depende, más que del número de lesiones producidas, de la localización de éstas: las formas cutáneas, localizadas o generalizadas, abiertas o cerradas, curan fácilmente; las articulares y óseas son un poco más rebeldes, y las de las mucosas más; las localizaciones viscerales son igualmente graves; las lesiones oculares son muy graves y pueden terminar con la pérdida de la visión o la formación de un absceso de la órbita.

Varía igualmente con la evolución de la enfermedad: en las

formas frías y crónicas el pronóstico es bueno; en las anemiantes, reservado, y en las septicémicas, fatal.

También puede ser agravado por fenómenos de yodismo en los intolerantes completos; por una tuberculosis asociada, porque hay una co-sensibilización recíproca de los dos gérmenes al volverse más virulentos e igualmente si la micosis evoluciona en un terreno preparado y agotado por una caquexia.

### PROFILAXIS

Los cuidados profilácticos que se deben tomar para evitar la enfermedad están subordinados a su etiología: animales, vegetales y cultivos son las fuentes comunes de la infección.

1º. Proteger la piel de los contactos sépticos vulnerantes y si se han verificado, cauterización al termo o a la tintura de yodo;

2º. Proteger las vías digestivas, de los alimentos crudos y del agua de fuente sin hervir y cuidar de no hacer la limpieza de los dientes con palillos;

3º. Evitar el contacto con las personas que tienen lesiones abiertas, lo mismo que el uso de sus prendas de vestir.

### QUIMIOTERAPIA DE LAS ESPOROTRICOSIS

Las Esporotricosis encuentran en los yoduros y derivados orgánicos yodados una medicación casi específica. Preciso es conocerlos a fondo para debidamente saber administrarlos y evitar los accidentes de la intolerancia y las manifestaciones de yodismo.

Las combinaciones usadas del yodo son unas minerales y otras orgánicas.

#### COMBINACIONES MINERALES

*Yoduro de Potasio.*—Se presenta bajo la forma de cristales cúbicos, voluminosos, transparentes cuando está puro y amarillosos cuando el yodo ha sido puesto en libertad, opacos si está mezclado a carbonatos; su sabor es acre, amargo y salado. Es soluble en el agua y contiene 76,81% de yodo.

*Yoduro de Sodio.*—Se encuentra bajo la forma de cristales cúbicos, anhidros, delicuescentes, de sabor salado y amargo. Contiene 84% de yodo. Es igualmente soluble en agua.

#### ACCION FISIOLOGICA

*Absorción.*—Se verifica rápidamente por todas las mucosas especialmente por la digestiva y rectal.

*Metamorfosis.*—Los cambios que experimentan los compuestos yodados en el organismo dependen tanto del compuesto administrado como de la dosis utilizada. Tomemos por ejemplo el yoduro de potasio. Una parte se elimina con las secreciones salivar, urinaria y nasal rápidamente después de haber sufrido una doble descomposición, pero la mayor parte en presencia del ácido carbónico o de una diastasa oxidante es descompuesto, al contacto de las materias nitrogenadas del protoplasma celular, poniendo el yodo en libertad que se combina con las materias albuminoides formando albúminas yodadas y es bajo esta forma como circula en el organismo, pero estos compuestos son poco estables y por acción de diversos fermentos oxidantes se desdoblan y son eliminados bajo la forma de yoduro de sodio.

*Eliminación.*—Es muy rápida, se la puede poner de manifiesto dos o tres minutos después de su absorción, se verifica por la saliva, mucus brónquico, leche, bilis y orina. Después de un tratamiento yodado pueden ponerse en evidencia huellas de yodo en la orina doce días más tarde.

*Toxicidad.*—Es poco tóxico. Se han podido administrar hasta 20 gramos diarios sin accidentes.

*Yodismo.*—Es el conjunto de fenómenos mórbidos que se pasan en el organismo bajo la influencia de la administración de los yódicos cuando hay intolerancia, cuando se prolonga demasiado o a dosis muy elevadas. Pueden presentarse tres casos:

1º *Forma ligera.*—Está constituida por coriza, cefalalgia frontal, catarro oculo-nasal, tumefacción dolorosa de la garganta y sialorrea. A veces sobre los tegumentos aparece el acné.

2º *Forma grave.*—Está caracterizada por los edemas de la cara, laringe y pulmón. Puede terminarse con la muerte.

Las erupciones cutáneas pueden tomar el tipo antracoide y terminar en gangrena.

A veces fenómenos de ebriedad con aceleración del pulso y calor en la piel; zona oftálmica y neuralgia facial sin parálisis; hemorragias diversas y parálisis del corazón.

Puede ser primitivo o secundario. Su consecuencia la muerte. A veces por edema glótico, laríngeo, pulmonar o parálisis del corazón.

### CONDICIONES QUE FAVORECEN EL YODISMO

Yoduros impuros por la presencia de yodo libre o de yodatos; insuficiencia renal, hipersecreción tiroidiana, asténicos y neurópatas. El de potasio más que el de sodio.

*Piel.*—Erupciones polimorfas debidas a la descomposición de los yoduros eliminados por la piel bajo la acción de los ácidos grasos de la secreción cutánea y puesta en libertad del yodo.

*Aparato digestivo.*—Químicamente puro y debidamente administrado es muy bien tolerado, no así si contiene yodatos por ser irritantes para la mucosa gástrica.

*Aparato circulatorio.*—Su acción varía según se la considere en la fase del yodo o en la del álcali.

*Acción linfagoga.*—Consiste en la trasudación del plasma a los espacios linfáticos.

*Aparato respiratorio.*—Provoca hipersecreción brónquica; facilita la circulación intrapulmonar y favorece la hematosis.

*Nutrición.*—Aceleran y aumentan el proceso de desasimilación de los albuminoides y como consecuencia enflaquecimiento.

*Glándulas.*—Su acción es inconstante. A veces provoca atrofia de los senos, ovarios y testículos. Rara vez la impotencia.

*Tejido linfoide.*—Es un agente de mononucleosis por su acción específica sobre las células móviles y las fijas del tejido linfoide, de allí la posibilidad de sacar partido en las enfermedades de los ganglios linfáticos y de las serosas y quizás como agente de inmunización.

*Sistema nervioso.*—A dosis terapéuticas no provoca trastornos; muy altas o tóxicas: cefalalgias, vértigos, insomnios, ebriedad, lipotimia, coma, parálisis, delirios...

### COMPUESTOS ORGANICOS YODADOS

Son absorbidos en naturaleza pero más lentamente que los minerales. Los aceites yodados suelen ser retenidos por algunos tejidos donde se desdoblarían muy lentamente, de allí que su eliminación sea muy retardada y pueda durar hasta 5 o 6 semanas. Se les divide:

1º Albúminas yodadas: yodo-maisina, yodalosa, yodona, yodogenol, yodo-caseína, yodo-lecitina, etc., etc.

2º Aceites yodados: Yodipina, lipiodol, yodeol, yodargol. La yodipina está al 10%. Lipiodol: Está al 40% de yodo y equivale a 0,54 de yodo o en yoduro a 0,71 de Ki.

3º Preparados yodotánicos.

### MECANISMO DE ACCION DEL YODURO Y PATOGENIA DE LA CURACION

Dos hipótesis se han emitido para explicar la acción curati-

va del yoduro en la enfermedad:

1º El yoduro es parasiticida.

2º Los compuestos yódicos obran estimulando la fagocitosis.

*Primera hipótesis.*—De las múltiples experiencias que se han verificado para poner de manifiesto la acción destructiva directa de los yoduros sobre el hongo, se concluye:

1º In vitro, no hay acción parasiticida a una concentración superior a la que encierran los humores y tejidos de los individuos sometidos a un tratamiento yodo-yodurado.

2º El hongo se cultiva en los medios adicionados de yoduro hasta el 15%. Tampoco es debida a la acción letal de las albúminas yodadas circulantes ni del yodo puesto en libertad:

a) Por cultivarse los esporotricos en la sangre, plasmas y suero de los convalecientes en tratamiento;

b) El tenor en yodo de los humores es el siguiente:

suero . . . . .	0,00013%
glóbulos . . . . .	0,00026%
	<hr/>
total . . . . .	0,00039%

y el cultivo del hongo es posible en medios que contengan 0,50% de albúminas yodadas y 1/5 de yodo.

*Segunda hipótesis.*—Parece ser la más aceptada. Los yódicos obrarían por su acción linfagoga, activando el proceso normal de defensa orgánica, facilitando la movilización de los mononucleares y macrófagos y estimulando su acción macrofágica, determinando así el englobamiento de los parásitos y su destrucción mediante la lipasa mononuclear, de la capa adipo-cerosa del hongo y la lisis de éste, ya sensibilizado, por la proteosa de los polinucleares.

Creo que pueda explicarse la curación por una acción de conjunto, así: los parásitos son destruidos a nivel de las lesiones, no por acción directa del yodo y derivados yodados, sino por la acción estimulante de éstos sobre macrófagos de la sangre, de la linfa y de las células mesodérmicas, que por acción fagocitaria y lítica, gracias a sus diastasas y, quizás, por la acción del yodo naciente sobre el hongo ya preparado y por la formación de un nuevo compuesto en contacto con las sustancias adipo-cerosas puestas en libertad por la lucha cito-micósica.

## PRINCIPIOS GENERALES DE LA MEDICACION

De todos los derivados yodados, el yoduro de potasio parece

ser el más activo y también el que más fácilmente provoca fenómenos de yodismo, las más de las veces evitables si nos valemos de algunos artificios:

1º—Preparar las vías digestivas a la mayor absorción por medio de un purgante.

2º—Laxantes semanales y antisépticos intestinales.

3º—Aseo cotidiano de la piel.

4º—Comenzar por dosis pequeñas pero crecientes.

5º—Administrarlo con un correctivo.

6º—Diluírlo en agua de Vichy.

### TRATAMIENTO GENERAL

La conducta que se debe seguir en el tratamiento de las Esporotricosis varía según que se trate de lesiones cerradas o abiertas, y del modo de reaccionar el enfermo a la medicación. Con Gougerot, se pueden dividir en cuatro clases:

1º—Yoduro tolerantes.

2º—Yoduro parcialmente tolerantes.

3º—Yoduro intolerantes completos.

4º—Lesiones rebeldes al tratamiento yodurado.

*Primer caso. Tolerantes.*—a) *Se trata de lesiones cerradas.* La ingestión del yoduro constituye por sí sola toda la medicación. La dosis útil mínima es la de cuatro gramos diarios, comenzando por dos gramos el primer día e ir subiendo de 0.50 a 1 gramo cada dos días; no hay inconveniente en llegar a seis u ocho gramos si el enfermo los tolera.

b) *Se trata de lesiones abiertas.* Al tratamiento anterior es muy útil agregar la medicación local al Lugol si las ulceraciones son muy rezumantes o un emplasto ferro-yodado o colodión yodado si son secas. Las lesiones retroceden más o menos rápidamente y la curación es definitiva, si después de la curación aparente, se continúa la medicación interna a la dosis de dos gramos diarios, por espacio de un mes al mínimo, de lo contrario la recidiva in situ es fatal.

*Segundo caso.—Parcialmente tolerantes.* Los enfermos no llegan a la dosis mínima útil de 4 gramos sin presentar algunos fenómenos gástricos o nerviosos; debemos orientar todos nuestros recursos terapéuticos a la obtención de dicha dosis valiéndonos de algunos recursos, así:

Administrar el yoduro con agua de laurel cerezo, con tintura o extracto de belladona, con jarabe de cortezas amargas y si

nada se logra, completar la dosis tolerada por vía gástrica con lavados rectales adicionados de un poco de láudano; o dar jarabe yodotánico o fosfatados o cambiar el yoduro de potasio por el de sodio o de hierro.

*Tercer caso.—Intolerantes completos.* Es preciso un minucioso examen para buscar la tuberculosis pulmonar, ósea, articular, ganglionar, etc., etc., pues se trata frecuentemente de individuos afectados o pre-tuberculosos; es preciso vigilarlos y usar yoduros con cautela y mejor los compuestos orgánicos yodados por temor a los brotes congestivos y a la hemoptisis en particular.

Yodo-maisina: de 30 a 50 píldoras al día.

Yodo-lecitina: de 30 a 50 píldoras al día.

Yodipina al 20% 1 cc.=0,23 de yodo orgánico; 5 a 10 cc. cada dos días.

Lipiodol: de 2 cc. a 20 cc. cada dos días.

La curación es lenta y el tratamiento local toma una importancia capital.

*Cuarto caso.—Lesiones locales rebeldes.* Generalmente se trata de lesiones verrugosas, de abscesos, osteitis o de esporotricosis mucosas; la no regresión de las lesiones puede ser debida a insuficiencia en el tratamiento o a una decadencia orgánica que impida al organismo verificar debidamente sus funciones defensivas.

*Verrugomas.*—Cauterizarlos dos veces al día con tintura de yodo pura y cubrirlos con colodión yodado o emplasto ferro-yodado, o recurrir a las inyecciones locales de solución de Lugol o de ácido arsenioso según la fórmula clásica de Hüe:

Acido arsenioso . . . . .	0,20
Clorhidrato de cocaína . . . . .	1
Agua destilada hervida . . . . .	100

Se cambian los puntos y se circunscribe la lesión.

*Abscesos.*—Puncionarlos para vaciarlos e inyectar agua yodada para lavar la cavidad y luego dejar un poco de Lugol, operación que se debe verificar cada tres o cuatro días.

*Lesiones mucosas.*—Son las más rebeldes y difíciles de tratar. Al tratamiento general muy vigilado agregar los colutorios, gargarismos y cauterizaciones yodadas y si nada se logra recurrir al galvano-cauterio. En las de la piel, al termo para evitar re-inoculaciones. Es preciso además tratar el terreno en que evoluciona la micosis por medio de los arsenicales orgánicos, máxime si tenemos en cuenta la curación por el novarsenobenzol únicamente, de que nos habla Queyrat.

## OBSERVACIONES PERSONALES

### OBSERVACION N° 1 — TIPO SCHENCK

(Instituto Profiláctico)

E. A., natural de la América, de 35 años, casado, de raza negra. Agricultor.

*Antecedentes personales.* Sin importancia.

*Enfermedades anteriores.* Blenorragia, chancros y bubón no supurado.

*Enfermedad actual.* El 15 de marzo sufrió una herida en la cara dorsal de la segunda falange del índice izquierdo, la que lejos de cicatrizar con el correr de los días, se acentuaba y se extendía a las partes circunvecinas, formándose una ulceración que producía un pus espeso, grumoso, frecuentemente teñido de sangre, en pequeña cantidad; el fondo de la ulceración era prominente, vegetante, mamelonado y algunas semanas más tarde notó que en el antebrazo, primero y luego en el brazo, le iban saliendo sucesivamente unos tumores, escalonados, no dolorosos, pequeños en un principio y que iban paulatinamente aumentando de volumen.

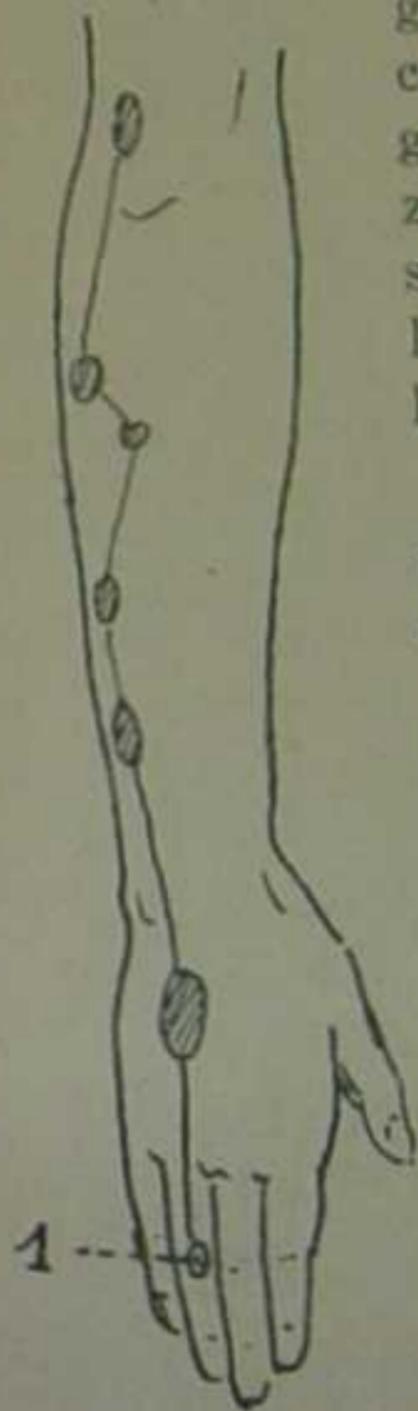


Fig. N° 3.  
Variedad N° 1.  
Chancro, adenitis, gomas y linfangitis. (1)

Llegado al Instituto Profiláctico diagnosticámos una Esporotricosis. El examen objetivo del enfermo nos dio los datos clínicos siguientes:

Ulceración superficial localizada en las caras dorsal y cubital del índice izquierdo en toda su extensión, de fondo liso, de color cobrizo amoratado, no rezumante; bordes delgados, desprendidos, desgarrados, herpeptiformes, rodeados por un halo de un centímetro de longitud, de escamas secas y de color jaspeado, fácilmente desprendibles. A seis centímetros de distancia se presenta el primer goma, otros dos a medio centímetro del precedente y el cuarto en la extremidad posterior del segundo metacarpiano: pequeños, duros, indolentes, movilizables sobre los planos musculares, pero adheridos a la piel, cuyo aspecto por lo demás no está modificado. A tres traveses de dedo por encima de la articulación de la muñeca presenta dos gomas unidos, uno de ellos reblandecido, con fluctuación ma-

(1) Figura de un caso semejante de Restrepo, Correa y Jaramillo, con chancro en dedo distinto al de la nuestra.

nifiesta, desprovisto de epidermis, de color rojizo amoratado, del tamaño de un huevo de gallina, fuertemente adherido a la piel; el vecino, de igual tamaño, perfectamente duro, sin modificación cromática epidérmica; diez centímetros más arriba presenta otro del tamaño de un corozo pequeño; cuatro centímetros más alto, otro de consistencia leñosa, de forma netamente redondeada, adherido a la piel y del tamaño de un corozo grande; luego cuatro pequeños, no ópticamente apreciables, unidos por un grueso cordón linfático indurado y por último, en el brazo, presenta cuatro escalonados en serie y dos desviados hacia la parte externa. El trayecto seguido por los gomas puede esquematizarse por una línea dirigida de la cara dorsal del índice izquierdo a la mitad del pliegue del codo y de allí al fondo del hueco axilar con una pequeña derivación externa. Adenopatía epitroclear y axilar apreciable.

Del goma reblandecido, pero no ulcerado, hice la punción aséptica con aguja de luz ancha y con la jeringa cargada con dos centímetros de agua destilada, con el objeto de por repetidas ocasiones, obtuve un total de diluir un poco el pus, mediante el barbotaje cuatro centímetros y los sembré en tres tubos de gelosa de Sabouraud. Además hice cuatro preparaciones para examen directo. Como no tenía un cultivo de *Esporotric* con las condiciones exigidas para el serodiagnóstico, prescindí de él para hacerlo ulteriormente.

*Examen de los tubos.*—Al tercer día, en dos de los tubos, sobre la superficie tersa y lisa de la gelosa, aparecieron múltiples colonias, del tamaño diminuto de una cabeza de alfiler; de color blanquecino, de aspecto radiado; al cuarto día apenas si habían aumentado de volumen, pero su color había cambiado por un tinte grisáceo; al sexto habían duplicado su volumen y adquirido un matiz achocolatado y un halo blanco estrellado en la periferia y al duodécimo día el tinte era negro mate, barnizado. El otro tubo, en cambio, no presentaba sino algunas colonias microbianas y



Fig. N° 4.  
Pleomorfismo de tinte.  
Colonia de 2 meses.

sólo al vigésimo día, sobre un fondo lujuriante de colonias microbianas, apareció una pequeña colonia, de un tinte gris opaco, lisa, uniforme, desprovista de aureola; algunos días más tarde presentaba en algunos puntos un tinte negro y aspecto seco; por resiembras obtuve el esporotrico, pero las colonias de estos tubos no fueron cerebriformes, ni aureoladas. La morfología del hongo es idéntica a la del primer tubo.

Sometido el enfermo al tratamiento por el yoduro de potasio que tolera a la dosis de 6 gramos diarios y a las curaciones locales con solución de Lugol, la mejoría se nota principalmente en la lesión chancriforme y en el goma reblandecido y sólo más tarde sobre los otros. Tres meses después está curado y el esporodiagnóstico es positivo al 1/120.

## OBSERVACION N<sup>o</sup> 2

(Instituto Profiláctico, 1930).

F. Z., natural de Medellín (Aranjuez), de 16 años, de raza blanca. Mandadero.

*Antecedentes personales.* Sin importancia.

*Antecedentes venéreos.* Negativos.

*Aparato pulmonar.* Normal.

*Otros aparatos y sistemas.* Nada llama la atención.

*Estado general.* No deja que desear.

*Enfermedad actual.* Hace tres meses se enterró una espina de naranjo, en el tercio inferior del antebrazo izquierdo; la lesión cerró a los doce días, pero no habían transcurrido tres semanas cuando se abrió espontáneamente, formándose una ulceración superficial que rezumaba un líquido sero-sanguinolento en pequeña cantidad, que se concretaba en una costra friable y gruesa, de color moreno negruzco; como no caía espontáneamente la arrancaba, quedando una superficie rojiza, erosiva y con prominencias. La lesión no era dolorosa, salvo con la presión o el roce de los vestidos. Llega al Instituto con diagnóstico de Pian.

*Examen objetivo.* Nos enseña una lesión úlcero-vegetante, de forma ovalar, de una longitud de 5 centímetros por 3 de ancho, de bordes prominentes, ligeramente violados, apenas si serpiginosos y rodeados de pequeñas escamas blanquecinas fácilmente desprendibles; fondo papilomatoso en la mayor parte de su extensión, surcos profundos fisuran la placa que en ciertos puntos está cubierta por fragmentos de costra, hay infiltración



Fig. No 5.

Chancre verrugoso con generalización secundaria.

en la base que permanece móvil sobre los planos profundos. Adenopatía epitroclear a-flemásica poco apreciable.

Cultivo en gluco-agar de Sabouraud. Positivo.

Diagnóstico micológico: Rhinocladiosis.

Esporoaglutinación: 1/230.

Wasserman —.

Vernes = 8.

Kahn —.

*Tratamiento.* Lo comienzo con la Endo-yodina cada dos días; es bien tolerado pero ninguna modificación se obtiene y el enfermo después de doce inyecciones, se retira.

Pasado un mes vuelve a la consulta porque "el mal se le ha regado" a la rodilla y a la espalda. En el miembro izquierdo, a nivel del condilo interno del fémur, presenta un goma reblandecido, adherido a la piel que es roja y adelgazada; a nivel de la es-

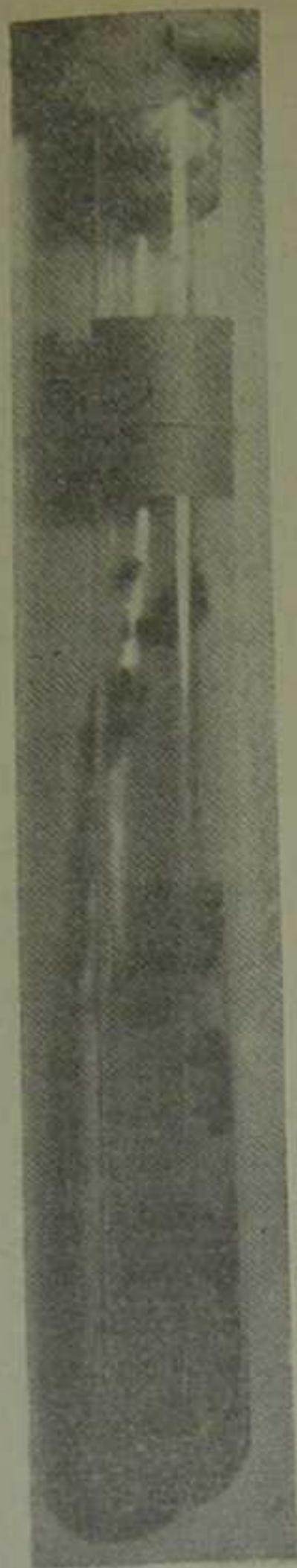


Fig. No 6

Tipo: "gama"  
Colonia de 10  
días.

cápula presenta otro duro y móvil; el chancro de inoculación no ha cambiado, pero presenta dos gomas en la parte alta que desde la piel de naranja. Cambio el tratamiento anterior por el yoduro de potasio a la dosis de cuatro gramos diarios y los resultados no se dejan esperar; el chancro cicatriza rápidamente, luego los gomas crudos y por último el reblandecido.

*Resultado final.* Curación completa de las lesiones constituidas.

*Duración del tratamiento.* Por el yoduro 50 días. Como adyuvante solución de Lugol.

---

### OBSERVACION N° 3.

(Instituto Profiláctico).

M. G. S., natural de Medellín, de 16 años, de raza blanca, soltera. Oficios domésticos.

*Antecedentes personales.* Sin importancia.

*Antecedentes venéreos.* No tiene.

*Aparato pulmonar.* Normal.

*Otros aparatos.* Normales.

*Estado general.* Bueno.

*Enfermedad actual.* Hace siete meses, aseando la casa, se hirió con el palo de una escoba en la cara radial del antebrazo izquierdo en el tercio inferior. La pequeña lesión traumática no epidermizaba, antes bien parecía extenderse a las partes circunvecinas y no cedía a los tratamientos caseros. Consultados algunos médicos instituían tratamientos de acción local a base de calomel, óxido de mercurio, de óxido de zinc, de azufre, de Crede, etc., etc., sin resultado.

*Examen objetivo.*—Presenta una lesión de aspecto vegetante, de base infiltrada, de bordes ajamonados, móvil sobre los planos profundos, muy seca, de forma ovalar, de unos seis centímetros de larga por tres de ancha, no dolorosa espontáneamente, de evolución tórpida y sin adenopatía.

Wassermann —

Kahn —

Vernes: 7

Cultivo: Positivo.

Diagnóstico micológico: Rhinocladiosis.

Esporo-aglutinación: 1/400.

Tratamiento. Como se trataba de una lesión abierta, instituí un tratamiento local al Lugol, así:

Yodo metaloide . . . . .	1 gramo
Yoduro de potasio . . . . .	10 gramos
Agua . . . . .	500 gramos

R. Tópico. Para aplicar en curación húmeda sin cubrir con impermeable el mayor tiempo posible, auxiliar poderoso al tratamiento general por el yoduro a la dosis de tres gramos diarios por diez días y luego de cuatro. La enferma cura en el mínimo plazo de un mes con la mayor sorpresa y alegría pues su lesión ulcerosa le impedía usar la manga alta, entonces imperante.

### OBSERVACION N° 4

TIPO SCHENCK, var. N° 1.

(Instituto Profiláctico)

A. E. S., natural de Medellín, de 17 años, de raza blanca, albañil.

*Antecedentes personales.* No tienen importancia.

*Antecedentes venéreos.* Negativos.

*Aparato pulmonar.* Normal.

*Otros aparatos y sistemas.* Normales.

*Estado general.* Magnífico.

*Enfermedad actual.* Se cortó con un vidrio el meñique de la mano izquierda y continuó sus labores de palustre; la herida se convirtió en una ulceración superficial que le cubría en su totalidad la cara dorsal de las dos últimas falanges y un cordón linfangítico, duro, doloroso y rojo ascendía hasta el codo. Algunos días más tarde fueron apareciendo unos tumores duros, no dolorosos, que aumentaban desigualmente de volumen y que el enfermo abría con la punta de una navaja para vaciarlos. En el tiempo de un mes le aparecieron 20 gomas siguiendo el borde cubital hasta cuatro centímetros más arriba de la articulación del codo.

Examen local. Cicatrices de distintos tamaños pero que conservan los mismos caracteres clínicos: estrelladas, delgadas, no adheridas a las partes profundas, blancas o pigmentadas. La que tiene en la cara interna del brazo está roja, dura, infiltrada y prominente.



Fig. N° 7.  
Variedad N° 1.—Chancro, linfangitis, gomas y adenitis.

Las lesiones anatómicas, la evolución, el trayecto de las cicatrices, la indolencia y la casi total curación por el tratamiento yodurado a que estaba sometido imponen el diagnóstico.

Espero-aglutinación: 1/200.

*Tratamiento.* Yoduro a la dosis de cuatro gramos diarios.

*Resultado definitivo.* Curación.

## OBSERVACION N° 5.

### RECIDIVANTE. SIFILOIDEA.

(Servicio Médico Gratuito).

M. G., natural de la América, de 30 años, casada, de raza blanca. Se ocupa en oficios domésticos.

*Antecedentes personales.* No tienen importancia.

*Antecedentes venéreos.* Negativos.

*Aparato pulmonar.* Normal.

*Otros aparatos y sistemas.* Bien.

*Estado general.* Bueno.

*Enfermedad actual.* Hace ocho meses se lesionó con una as-

tilla de leña, en la pierna izquierda, en el tercio inferior. Cuarenta días más tarde notó tres tumores de desigual tamaño ascendentes y escalonados. Fue sometida al tratamiento yodurado y curó. Viene actualmente a consultar por una úlcera de la pierna.



Fig. N<sup>o</sup> 8.  
Recidivante - Aspecto sifiloideo.

*Examen local.* A nivel de la parte media de la pierna, en la región antero-externa, presenta una pérdida de sustancia como sacada a cincel, de fondo clavoso, de bordes limpios y ajamonedados, empotrada en una zona de empastamiento de color rojo vinoso, de aspecto inflamatorio. Al presionar la lesión es dolorosa y sale un líquido que recuerda a la goma; a la palpación se tiene la impresión de un rodete duro que circunscribe a la ulceración y en su contacto una tumora- ción con manifiesta sensación de fluctua-

ción. Las primitivas lesiones aparecen de un color rojo, duras, infiltradas y adheridas a la cara profunda de la piel.

Cultivo: Positivo.

Diagnóstico micológico: Rhinocladiosis.

Esporo-aglutinación: 1/500.

*Tratamiento.* Al interior yoduro y al exterior Lugol. A los tres meses las lesiones han desaparecido por completo y en la antigua ulceración se forma una cicatriz en papel de cigarrillo. Le ordeno un tratamiento de fondo, de 2 gramos diarios, por espacio de 2 meses, con descansos de dos días cada semana para evitar nuevas recidivas.

## OBSERVACION N° 6.

(Servicio Médico Gratuito)

F. C., natural de San Cristóbal, de 40 años, casado, de raza negra. Se ocupa en trabajo material.

*Antecedentes personales.* Alcoholismo.

*Antecedentes venéreos.* Sífilis.

*Aparato pulmonar.* Normal.

*Otros órganos y aparatos.* Nada llama la atención.

*Estado general.* Satisfactorio.

*Enfermedad actual.* Hace cuatro meses fue herido en el borde interno del pie derecho, a nivel de la cabeza del primer metatarsiano, por una piedra. La lesión traumática epidermiza sin complicación inflamatoria, pero veinte días más tarde aparecen dos tumores del tamaño de una avellana, y una semana más tarde otro localizado en el tercio inferior de la pierna.

*Examen local.* Presenta una cicatriz banal y por encima dos lesiones de carácter gomoso: una movilizable sobre los planos adyacentes, dura, firme, elástica, redondeada, no dolorosa; la otra adherida a la cara profunda de la piel a cuyo nivel se ha adelgazado, se ha hecho violácea y al tocarla en la parte central da al dedo la sensación de reblandecimiento cupuliforme; están unidas por un grueso cordón linfático apreciable a la palpación. Más arriba presenta una lesión nodular redondeada, dura y movilizable.

*Cultivo:* Colonias características.

*Diagnóstico micológico:* Rhinocladiosis.

*Esporo-aglutinación:* 1/300.

*Tratamiento.* Yoduro de potasio, pero el enfermo se muestra intolerante: coriza, sabor salado, amargo y metálico constante en la saliva, sialorrea; cefalalgia frontal muy acentuada y una erupción eritemo-papulosa en algunas partes del cuerpo. Prescribí un régimen desintoxicante, antisépticos intestinales, laxantes semanales, baño diario y cambio el yoduro de potasio por el de sodio a pequeñas dosis, adicionado de veinte gotas de tintura de belladona por día, para tomarlo diluido en agua de Vichy y de esta manera lo tolera. Vuelvo de nuevo al yoduro de potasio y no vuelven a presentarse fenómenos de yodismo.

*Resultado final.* Curación después de dos meses y medio de tratamiento, que debe seguir por espacio de un mes, al menos.

## OBSERVACION N° 7

Var. N° 6.

(Servicio Médico-Venéreo)

H. V., natural de Sopetrán, de 21 años de edad, casado, de raza blanca. Almacenista.

*Antecedentes personales.* Alcoholismo.

*Antecedentes venéreos.* Blenorragia.

*Aparato pulmonar.* Normal.

*Otros aparatos y sistemas.* En buen estado.

*Estado general.* Muy bueno.

*Enfermedad actual.* Hace tres meses le comenzaron a salir en el borde radial del antebrazo izquierdo unos nódulos duros, no dolorosos, por brotes de tres a cuatro.

*Examen local.* Presenta veintidós formaciones nodulares que se extienden desde la apófisis radial hasta cerca del hueco axilar, en distintos períodos evolutivos: Reblandecido, unos, con manifiesta sensación de fluctuación global, adheridos a las partes profundas y a la piel que es de color rojo violáceo, donde se pone de manifiesto el fenómeno de la piel de naranja; otros, con un reblandecimiento central cupuliforme únicamente, y otros, duros, firmes, elásticos, móviles, cuyo volumen varía del tamaño de un guisante al de un huevo de gallina; otros percibidos únicamente a la palpación. No hay cordón linfático que los una. No hay adenopatía.

No hay manifestaciones clínicas de heredo-sífilis ni antecedentes personales; no hay signos físicos ni trastornos funcionales del lado del pulmón, huesos o ganglios; no hay manchas, acromias, hipersecreción sebácea, ni trastornos de la sensibilidad térmica ni dolorosa, lo que nos hace apartar de raíz la Sífilis, la Tuberculosis y la Lepra y sí afirmar el diagnóstico de Esporotricosis: polimorfismo lesional, evolución rápida, apirexia del proceso, indolencia del mismo, trayecto linfático de las manifestaciones, conservación del estado general. Esporo-diagnóstico: 1/500.

*Tratamiento.* Por el yoduro de potasio a la dosis de 6 gramos diarios una vez alcanzada dicha cifra. Dos meses más tarde regresa a la consulta clínicamente curado y le ordeno un tratamiento de fondo por la misma droga, por espacio de un mes, a la dosis de 3 gramos diarios. Le hago la esporo-aglutinación de nuevo y el poder aglutinante es de 1/150.

(Instituto Profiláctico)

R. M., natural de Medellín, de 54 años, casado, de raza negra.

*Antecedentes personales.* Carecen de importancia.

*Antecedentes venéreos.* Sífilis y blenorragia.

*Aparato pulmonar.* Normal.

*Otros órganos y aparatos.* En buen estado.

*Estado general.* No deja que desear.

*Enfermedad actual.* Hace cuatro meses recibió una coz en el dorso del pie izquierdo, en el Cauca. Dos meses más tarde nota dolor ligero al andar y algunos días después una tumoración a cuyo nivel la piel se hizo roja y se perforó dando salida, por un pequeño orificio, a un líquido análogo a la clara de huevo, que secundariamente se hizo purulento.

*Examen local.* Presenta un absceso en la cara dorsal, no inflamatorio; al presionarlo es doloroso y sale un pus viscoso a través de orificios ocultos bajo las lesiones costrosas. No hay adenopatía.

Examen directo del pus:  
Negativo para hongos.

Wassermann: —

Kahn: —

Cultivo en Sabouraud:

Positivo.

Diagnóstico micológico: Rhinocladiosis.

*Tratamiento.* Ensayo de nuevo la Endo-yodina y aplico dos cajas sin resultado, prescribo el yoduro y a los cuarenta días el enfermo está bien.



Fig. N° 9

Variedad N° 4. — Chancro únicamente.

OBSERVACION N° 9  
RECIDIVANTE. GOMA EPITELIOMATOSO.

(Santa Genoveva).

M. S., natural de Titiribí, de 48 años, mestiza, casada. Se dedica a los oficios domésticos.

*Antecedentes personales.* Sin importancia.

*Antecedentes venéreos.* Parecen negativos.

*Aparato pulmonar.* Normal.

*Otros órganos y aparatos.* En buen estado.

*Estado general.* Satisfactorio.

*Enfermedad actual.* Ingresa al Hospital para ser sometida a un tratamiento quirúrgico por cáncer. En la parte media e interna de la pierna izquierda, presenta una lesión que tiene los siguientes caracteres clínicos: tumor ulcerado, de aspecto vegetante, papilomatoso, cubierta en algunos puntos por una costra gruesa y friable; la base es infiltrada, pero no tiene dureza leñosa; supura muy poco y los bordes son irregulares, gruesos, soblevantados; no sangra fácilmente al tacto y no es dolorosa sino a la presión o al ejercicio; no hay adenopatía inguinal; presenta, además, siete cicatrices por debajo de la lesión, escalonadas y de aspecto sifiloide.

La ausencia de anemia, de caquexia, de hemorragias, dureza leñosa de la base, dolor, adenopatía y las cicatrices escalonadas y de aspecto especial repugnan el diagnóstico de cáncer. Sospechada la naturaleza micósica de la enfermedad y especialmente de la Esporotricosis, se ordena un cultivo.

Cultivo: Positivo para Esporotrico.

*Tratamiento.* General por los yoduros y local al Lugol. Un mes más tarde la enferma sale del Hospital casi curada y se le aconseja seguir con la medicación.

---

OBSERVACION N° 10.

Var. TUBERCULOIDEO.

(San Rafael).

J. J. Z., natural de Andes, de veinte años, soltero, de raza negra, agricultor.

*Antecedentes personales.* Alcoholismo.

## OBSERVACION N° 9

### RECIDIVANTE. GOMA EPITELIOMATOSO.

(Santa Genoveva).

M. S., natural de Titiribí, de 48 años, mestiza, casada. Se dedica a los oficios domésticos.

*Antecedentes personales.* Sin importancia.

*Antecedentes venéreos.* Parecen negativos.

*Aparato pulmonar.* Normal.

*Otros órganos y aparatos.* En buen estado.

*Estado general.* Satisfactorio.

*Enfermedad actual.* Ingresa al Hospital para ser sometida a un tratamiento quirúrgico por cáncer. En la parte media e interna de la pierna izquierda, presenta una lesión que tiene los siguientes caracteres clínicos: tumor ulcerado, de aspecto vegetante, papilomatoso, cubierta en algunos puntos por una costra gruesa y friable; la base es infiltrada, pero no tiene dureza leñosa; supura muy poco y los bordes son irregulares, gruesos, soblevantados; no sangra fácilmente al tacto y no es dolorosa sino a la presión o al ejercicio; no hay adenopatía inguinal; presenta, además, siete cicatrices por debajo de la lesión, escalonadas y de aspecto sifiloide.

La ausencia de anemia, de caquexia, de hemorragias, dureza leñosa de la base, dolor, adenopatía y las cicatrices escalonadas y de aspecto especial repugnan el diagnóstico de cáncer. Sospechada la naturaleza micósica de la enfermedad y especialmente de la Esporotricosis, se ordena un cultivo.

*Cultivo:* Positivo para Esporotrico.

*Tratamiento.* General por los yoduros y local al Lugol. Un mes más tarde la enferma sale del Hospital casi curada y se le aconseja seguir con la medicación.

---

## OBSERVACION N° 10.

### Var. TUBERCULOIDEO.

(San Rafael).

J. J. Z., natural de Andes, de veinte años, soltero, de raza negra, agricultor.

*Antecedentes personales.* Alcoholismo.

*Antecedentes venéreos.* Sífilis.

*Aparato pulmonar.* Nada llama la atención.

*Otros órganos y aparatos.* En buen estado.

*Enfermedad actual.* Hace tres meses se enterró un aguijón de rosal, en la cara dorsal de la mano derecha, que ha sido el punto de partida de una ulceración superficial que se ha extendido hasta cubrirla en toda su extensión.

*Examen local.* Presenta una lesión polimorfa: placa indurada, papilomatosa y húmeda en algunos sitios; costrosa y seca en otros; en algunos puntos, ulcerosa; es movilizable y apenas si rezuma un líquido sero-sanguinolento; los bordes son de color rojo violado, están desprendidos, serpiginosos, rodeados por escamas de color jaspeado, brillantes y fácilmente desprendibles; poco dolorosa espontáneamente; no hay adenopatía, ni nódulos, ni cordón a la palpación.

*Cultivo.* Positivo para Esporotrico.

*Tratamiento.* Yodurado intus y extra. Sale casi curado del Hospital. Se le aconseja seguir el tratamiento.

---

## OBSERVACION N° 11

### TIPO N° 1 — AUTOINOCULACION

(Servicio Médico Gratuito)

M. M., natural de Amagá, de 45 años, casado. Minero.

*Antecedentes personales.* Alcoholismo.

*Antecedentes venéreos.* Sífilis.

*Aparato pulmonar.* Normal.

*Otros órganos y aparatos.* En buen estado.

*Estado general.* Muy bueno.

*Enfermedad actual.* Hace dos meses le apareció una ulceración en la cara dorsal de las dos últimas falanges del dedo cordial y algunas semanas más tarde, ocho tumores de distinto tamaño en el antebrazo; una lesión ulcero-ectimatiforme, un nódulo y adenopatía sub-maxilar muy marcada, posteriormente.



Fig. N° 10.  
Variedad N° 1. — Autoinoculación.

*Examen local.* Ulceración superficial, seca, de color rojo muscular y de bordes serpiginosos, chancriforme; ocho nódulos duros, elásticos, firmes, móviles, apreciables unos a la vista y otros a la palpación siendo su número de once; no hay linfático indurado ni adenopatía. En la cara, en la región mentoniana del lado izquierdo, presenta una ulceración en parte cubierta por una costra de aspecto de ectima que arrancada deja una superficie erosiva con ligeras excrecencias, está rodeada por un nódulo y hay una adenopatía sub-

maxilar aflegmática.

Espero-aglutinación: 1/400.

*Tratamiento.* El habitual. Dos meses más tarde el enfermo está bien.

## OBSERVACION N° 12

### DISEMINADA.

(Instituto Profiláctico)

J. E. B., natural del Carmen, de 24 años, soltero, de raza blanca. Se ocupa en la industria cerámica.

*Antecedentes personales.* Sin importancia.

*Antecedentes venéreos.* Negativos.

*Antecedentes familiares.* En la casa algunos han sido atacados de lesiones nodulares que han cedido al yoduro.

*Aparato pulmonar.* Normal.

*Otros órganos y sistemas.* Normales.

*Enfermedad actual.* En febrero del presente año le aparecieron unos nódulos escalonados en el trayecto de la safena interna, en la pierna izquierda y algunos días más tarde en la derecha, en el dorso y en la nuca; algunos se abrieron dejando ulceraciones.

*Examen local. Pierna izquierda.* Presenta tres cicatrices blancas en el centro y pigmentadas en la periferia, delgadas, estrelladas, no adheridas a las partes profundas; en la cara posterior, en el tercio inferior, una extensa lesión ulcero-vegetante con micro-abscesos, seca en unos puntos y húmeda en otros; los bordes son un poco irregulares, de color rojizo, ligeramente prominentes y circunscriben claramente el proceso de las partes vecinas; un poco más arriba un tumor infiltrado ligeramente papilomatoso, que al presionarlo da un líquido viscoso con regueros purulentos, que sale por fístulas que estaban obliteradas por costrillas.



Fig. N° 11  
Diseminada.

*Pierna derecha.* Placa verrugosa, con fisuras húmedas pero poco rezumantes, infiltrada, pero no adherida a la hipodermis; bordes irregulares que se continúan insensiblemente con la piel; a nivel de la rodilla presenta otra de aspecto análogo.

*Muslo derecho.* En el triángulo de Escarpa tiene dos ulceraciones de bordes gruesos, amoratados, sacados como a cincel; fondo ligeramente botonante, de color muscular muy limpio.

*Dorso y nuca.* Diseminados sin simetría y de manera irregular presenta seis nódulos de distinto tamaño, pero duros, en el dorso y dos en la nuca con los mismos caracteres.

*Mano izquierda.* Hace dos meses le salió en el dedo cordial, en la primera falange, una ulceración roja, de bordes irregulares, apenas si prominentes, de fondo desigual, de aspecto muscular y muy seca.



Fig. N° 12  
Diseminada.

Wassermann —  
Kahn —  
Vernes: 10  
Cultivo: Positivo.  
Diagnóstico micológico:  
Esporotrichum Beurmanni.  
Esporodiagnóstico:  
1/500.

*Tratamiento.* Yoduro de potasio al interior hasta llegar a seis gramos, dosis que debe continuar hasta la desaparición de las lesiones, y paños de solución de Lugol fuerte, sin impermeable, por el mayor tiempo posible. Cuatro meses más tarde las lesiones han cedido y dejado como secuelas cicatrices en papel de cigarrillo. Es preciso advertir que dicho enfermo había tomado yoduro a la dosis de dos gramos al día

y había obtenido mejoría de algunas de sus lesiones nodulares y ulcerosas, pero las actuales habían permanecido rebeldes al tratamiento, por insuficiencia en la administración de la dosis útil.

### OBSERVACION N° 13

#### ESPOROTRICOSIS LOCALIZADA LINFANGITICA.

(Sala de San José).

A. G. V., natural de Granada, de 30 años, soltero, mulato y agricultor.

*Antecedentes personales.* Sin importancia.

*Antecedentes venéreos.* Sífilis.

*Aparato pulmonar.* Normal.

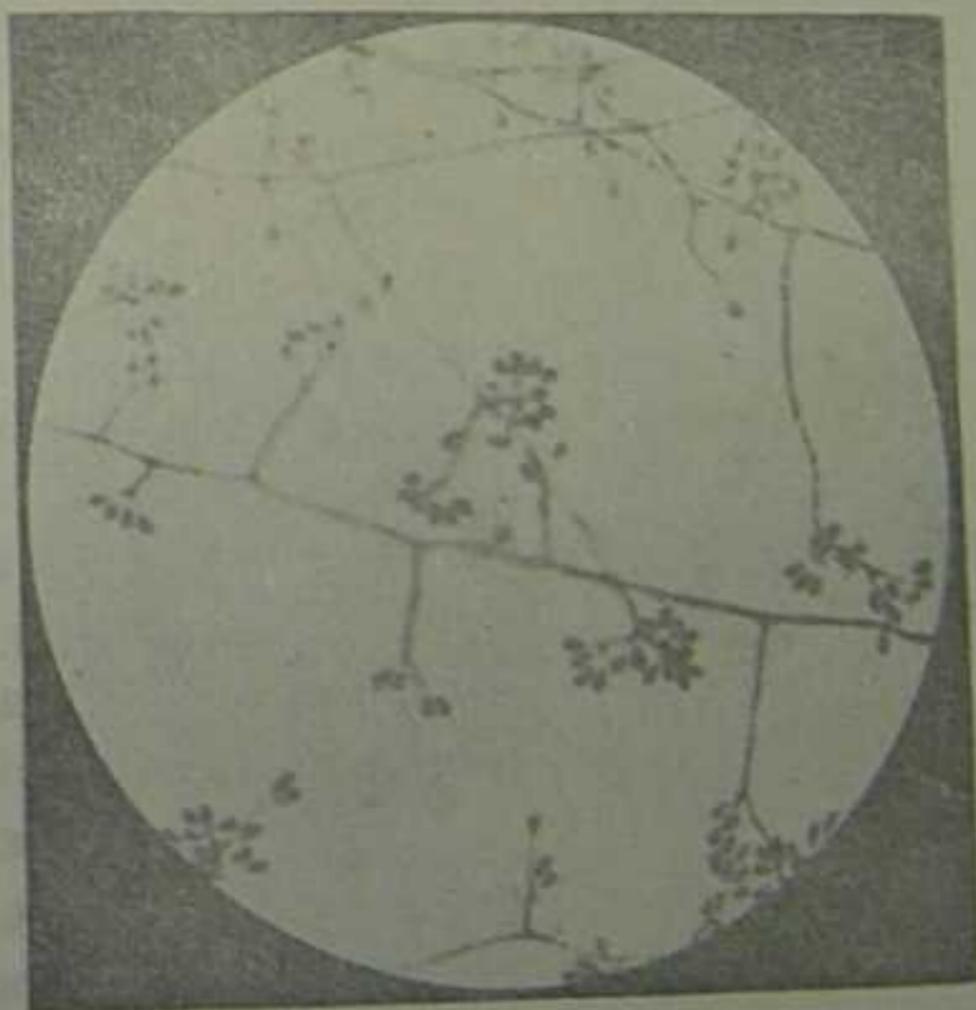
*Otros aparatos.* Normales.

*Enfermedad actual.* Hace cuatro meses, estando cortando leña, se hirió con una astilla en la pierna derecha y se le formó en dicha región una placa vegetante que daba por la presión o por el ejercicio una secreción muco-purulenta y algunas semanas después observó a lo largo de la pierna una serie de tumoraciones y más tarde, ulceraciones.

*Examen objetivo.* En el tercio inferior de la pierna, cerca del



Fig. N° 13  
Variedad N° 2. — Esporotricosis localizada linfangítica - Chancro vegetante y ulceroso - Gomas abscedados - Ulceraciones gomosas.



maléolo interno, presenta una placa verrugosa, prominente, vegetante, papilomatosa, de color rosado oscuro, con pequeñísimos micro-abscesos; hay algunas pequeñas ulceraciones entre las papilas hipertrofiadas y ligera secreción saniosa; la lesión presenta

Fig. N° 14.  
Microfotografía del Esporotrico en cámara húmeda, a las 60 horas de hecha la siembra en caldo glucosado.

una forma ovoide y el diámetro mayor, que en este caso es transversal, tiene unos 4 centímetros; hay una cadena de gomas en distinto período evolutivo, a lo largo de la safena interna, en número de 17: unos, pequeños, duros, no adheridos a la piel; otros, blandos, fluctuantes, con coloración violácea de la piel; otros, abiertos que dejan salir una secreción viscosa, pegajosa, con regueros purulentos, y las ulceraciones son irregulares, estrechas, de bordes despegados y cianosados.

*Examen serológico:* Wassermann + + + +  
Kahn + + + +

*Cultivo:* En gluco-agar de Sabouraud: Positivo.  
*Diagnóstico micológico:* Esporotricosis.

### OBSERVACION N° 14



Fig. N° 15.  
Variedad N° 1.—Chancro ulcero-costroso -  
Gomas abscedados - Ulceras gomosas -  
Linfangitis.

Sala Santa Rita.

M. D. A., de Medellín, de 56 años, mulata, casada. Oficios domésticos.

*Antecedentes personales.* Disentería y paludismo.

*Antecedentes venéreos.* Blenorragia.

*Aparato pulmonar.* Normal.

*Otros aparatos.* En buen estado.

*Estado general.* Satisfactorio.

*Enfermedad actual.* Presenta en el pie izquierdo, en la parte media de la cara dorsal, una lesión ulcero-costrosa, de aspecto circular, de unos ocho centímetros de diáme-

tro; de consistencia dura, un poco dolorosa a la presión; de bordes irregulares y mamelonados de color marrón. A la palpación se perciben unos cordones indurados que siguen el trayecto de los linfáticos regionales y que están interrumpidos por unas nudosidades duras, móviles y de pequeño tamaño, unas; otras, blandas, adheridas a la piel y del tamaño de un mamoncillo; hay una extensa ulceración en el tercio inferior de la pierna, de color rojo, de bordes verticales, cianóticos y que da una secreción sanguino-purulenta. La enfermedad tiene una evolución de 4 meses y la enferma le da como etiología a una picadura que le hizo una gallina.

*Examen de sangre:* Wassermann —  
Kahn —

*Examen micológico:* Esporotricosis.

*Tratamiento.* Yoduro de potasio a la dosis de 4 gramos diarios. Curación completa a los 3 meses. No hubo fenómenos de intolerancia.

---

#### OBSERVACION N° 15

M. Z., de Machado, de 23 años, soltera, mestiza, se ocupa en oficios domésticos.

*Antecedentes personales.* Enfermedades de infancia.

*Antecedentes venéreos.* No hay.

*Aparato pulmonar.* Bien.

*Otros aparatos.* Normales.

*Estado general.* Muy bueno.

*Enfermedad actual.* Hace dos meses se apretó un "barro" que tenía en la frente y pasadas algunas semanas observó que dicho sitio se ponía duro, muriforme y que le aparecían dos tumorcitos a lo largo de la ceja.

*Examen objetivo.* En la región frontal izquierda presenta una placa papilomatosa, vegetante, de color rosado claro, de forma irregular, con algunos micro-abscesos perceptibles a la lente, no es dolorosa ni secretante. A lo largo de la ceja se observan dos nódulos pequeños, duros, móviles, unidos por un cordón linfático indurado. No hay adenopatía pre-auricular.

*Examen serológico:* Wassermann —  
Kahn —

*Examen micológico:* Negativo.



Fig. N° 16.  
Variedad N° 1.

Chancro vegetante - Gomas en estado de crudeza - Linfangitis.

---

*Tratamiento.* Lugol y yoduro de potasio al interior. Completa curación al mes y medio. La clínica hizo el diagnóstico y la terapéutica lo confirmó.

---

#### OBSERVACION N° 16

(Instituto Profiláctico)

G. T., natural de Gómez Plata, de 26 años, negro, soltero.  
Obrero.

*Antecedentes personales.* Sin importancia.

*Antecedentes venéreos.* Bubón climático.

*Aparato pulmonar.* Normal.

*Otros aparatos.* En buen estado.

*Estado general.* Bueno.

*Enfermedad actual.* Hace dos meses recibió una herida contusiva con un barril en el tercio superior del antebrazo derecho. Pasados unos veinte días observó que la lesión había curado pero que tenía una cicatriz muy indurada e irregular.



Fig. N° 17

Variedad N° 1. — Chancro papilomatoso -  
Gomas en estado de crudeza.

*Examen objetivo.* presenta un chancro papilomatoso, verrugoso, en coliflor, de color rojo cianótico, de forma oval, con infiltración en la base, que no duele, ni sangra, ni supura. A la palpación se descubre en el brazo, cuatro gomas escalonados en el trayecto de los linfáticos de la región, pequeños como chumbimbas, duros, móviles, aflegmáticos.

*Examen serológico.* Wassermann-Kahn —

*Examen micológico.* Negativo.

A pesar de ser negativo el examen micológico, la clínica era

tan clara para el diagnóstico de Esporotricosis que sometí sin vacilar al enfermo a la terapéutica yodo-yodurada a la dosis de 5 gramos diarios y paños de Lugol. La curación fue completa al mes de iniciado el tratamiento.

#### OBSERVACION N° 17

D. A., natural del Carmen, casada, de 36 años, mulata. Se



Fig. N. 18<sup>o</sup>

Variedad N<sup>o</sup> 1. — Chancro vegetante - Gomas - Linfangitis.

ocupa en oficios domésticos.

*Antecedentes personales.* Neumonía.

*Antecedentes venéreos.* No hay.

*Aparato pulmonar.* Normal.

*Otros aparatos.* En buen estado.

*Estado general.* Satisfactorio.

*Enfermedad actual.* Viene a consultar por una placa y unos tumorcitos que tiene en la cara, en el lado derecho, desde hace unos tres meses más o menos.

*Examen objetivo.* En la región infra-orbitaria presenta una lesión que sobresale claramente en forma de rodete con un aspecto muriforme, con excrecencias de color rojo-parduzco, poco induradas, ligeramente sangrantes a la presión, no hay dolor espontáneo. No hay adenopatía en los territorios donde avanan los linfáticos regionales; hay, sí, tres nódulos de distinto tamaño y unidos los dos más próximos a la lesión por un paquete linfático indurado. No recuerda haber sufrido ningún traumatismo en la cara.

*Biopsia.* Negativo para epitelioma.

*Cultivo.* En gluco-agar de Sabouraud. Negativo.

*Tratamiento.* Yoduro de potasio al interior a la dosis de cuatro gramos diarios. Curación al cabo de dos meses.

## OBSERVACION N° 18

(Instituto Profiláctico)

E. N., natural de Armenia (Antioquia), mulato, soltero, de 25 años. Agricultor.



*Antecedentes personales.* Anemia tropical y paludismo.

*Antecedentes venéreos.* Blenorragia y chancros.

*Aparato pulmonar.* Normal.

*Otros aparatos.* En buen estado.

*Estado general.* Satisfactorio.

*Enfermedad actual.* Hace más o menos seis meses se cortó con una zarza en el antebrazo izquierdo, en la cara antero-interna, formándosele más tarde una ulceración y algunas semanas después observó unos tumorci-

Fig. N° 19

Variedad N° 1. — Chancro ulcero-vegetante. Gomas crudos - Gomas abscedados - Ulceras gomosas - Linfangitis y adenitis.

tos escalonados en el antebrazo y brazo.

*Examen objetivo.* Presenta en el punto de unión del tercio medio con el tercio superior del antebrazo izquierdo, en la cara antero-interna, una lesión netamente ulcerosa en el centro y fuertemente papilomatosa en la periferia; tiene forma ovoide y sus dimensiones aproximadas son de ocho centímetros en su diámetro mayor por tres y medio centímetros en su menor diámetro; el fondo de la ulceración es de color rojo vinoso y da una abundante secreción saniosa pero no fétida; los bordes son irre-

gulares, verrugoides, de color rojo cinabrio con algunos microabscesos perceptibles a la lente; no hay dolor espontáneo; cordones indurados ascendentes y descendentes parten de allí y remontan y descienden a lo largo del brazo y del antebrazo, interrumpidos de trecho en trecho por gomas crudos, unos, abscedados, otros, (siete), los más, (10) ulcerados, abiertos, crateriformes, con bordes amaratados, lívidos, irregulares, franjeados; hay una marcada adenopatía epitrocleana y axilar no dolorosa.

*Examen de sangre:*

Wasserman —

Kahn —

*Cultivo.* En agar glucosado: Positivo. Colonias achocolatadas, cerebroides, intestinales.

*Diagnóstico micológico.* Esporotrico. Esporotricosis.

*Tratamiento.* Yoduro de potasio al interior a la dosis de 5 gramos diarios y paños de Lugol localmente en las lesiones abiertas.

Precisos fueron cuatro meses de tratamiento para obtener una completa curación; las cicatrices dejadas por las lesiones ulceradas son características: Blancas en el centro, pigmentadas en la periferia, de forma estelar, no adheridas a las partes profundas, plegadizas en forma de papel de cigarrillo.

Febrero de 1938.

NOTA.—El trabajo constaba de 42 figuras originales. De ellas, algunas correspondientes a los caracteres microscópicos del hongo fueron reemplazadas por las obtenidas por Restrepo, Correa y Jaramillo, cuyos clisés estaban listos.—(L. R.)

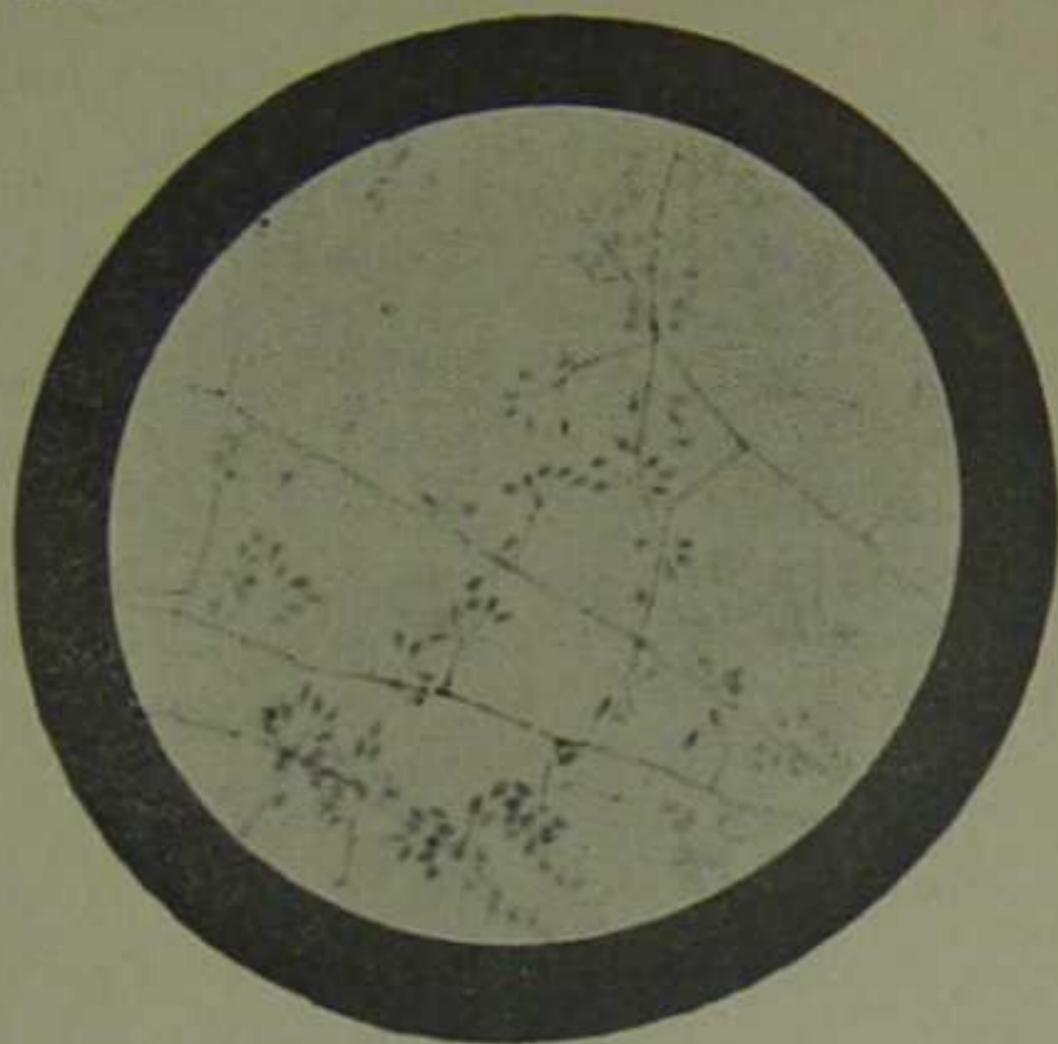


Fig. N° 20

Microfotografía del Esporotrico hecha en célula, 48 horas después de su resiembra en caldo glucosado.

## BIBLIOGRAFIA

- De Beurmann et Gougerot* - Les Sporotrichoses - F. Alcan. - París. 1912.
- Darier, Saboureaud, Gougerot, etc.* - Nouvelle pratique dermatologique. Sporotrichoses. - Masson. - París. 1936.
- J. Darier* - Précis de Dermatologie - 4e. edition. - Masson - París. 1928.
- P. Verdun et A. H. Mandoul* - Précis de Parasitologie Humaine. - 3e. edition. - Doin. - París. 1924.
- Fernand Bezançon* - Précis de Microbiologie Clinique - 3e. edition. - Masson et Cie. - París. 1920.
- Louis Brocq* — Précis Atlas de Pratique Dermatologique - Doin. París. 1921.
- Alfonso Castro* - Enfermedad de De Beurmann y Gougerot - Repertorio Médico de Manizales - 1908.
- L. Posada Berrio* - Nueva enfermedad o enfermedad de De Beurmann et Gougerot - Congreso Médico, 1910. Medellín. Repertorio de Medicina y Cirugía N° 47, Vol. IV, agosto 1913.
- Alonso Restrepo, Alfredo Correa Henao y Alfonso Jaramillo* — Esporotricosis - BOLETIN CLINICO, N° 9, Serie I. - Medellín, febrero de 1934.
- H. Droin* - Manuel de Syphilographie - Vigot Frères - París. 1923.
- A. Manquat* - Précis de Thérapeutique. Les médicaments dans la pratique usuelle - J. B. Bailliére et Fils - París. 1922.
- Gabriel Toro Villa* - Un caso de esporotricosis linfangítica ascendente - Repertorio de Medicina y Cirugía de Bogotá, N° 42, Volumen IV, marzo de 1913.
- E. Brumpt* - Précis de Parasitologie Humaine - Masson - París. 1920.