



Año 1917

N. 3376

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Misc. B. 33.8

ESTIÓMENO VULVO ANAL

— — — — —
T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

FRANCISCO SARMIENTO (hijo)

Ex-practicante interno del Hospital Rawson



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI — CORRIENTES 3151

1917

ESTIÓMENO VULVO ANAL

Año 1917

N. 3376

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESTIÓMENO VULVO ANAL

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

FRANCISCO SARMIENTO (hijo)

Ex-practicante interno del Hospital Rawson



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI — CORRIENTES 3151

1917

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Vice-Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Miembros Titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » BALDOMERO SOMMER
19. » » DESIDERIO F. DAVEL
20. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. » » DOMINGO CABRED
22. » » ABEL AYERZA
23. » » EDUARDO OBEJERO
24. » » PEDRO BENEDIT

Secretario General

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSO DE CASTRO
6. » » CARLOS CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

» » ELISEO CANTÓN

» » ANGEL M. CENTENO

» » DOMINGO CABRED

» » MARCIAL V. QUIROGA

» » JOSÉ ARCE

» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)

» » DANIEL J. CRANWELL

» » CARLOS MALBRAN

» » JOSÉ F. MOLINARI

» » MIGUEL PUIGGARI

» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

» » FANOR VELARDE

» » IGNACIO ALLENDE

» » MARCELO VIÑAS

» » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

» » JUAN A. GABASTOU

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEIGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI

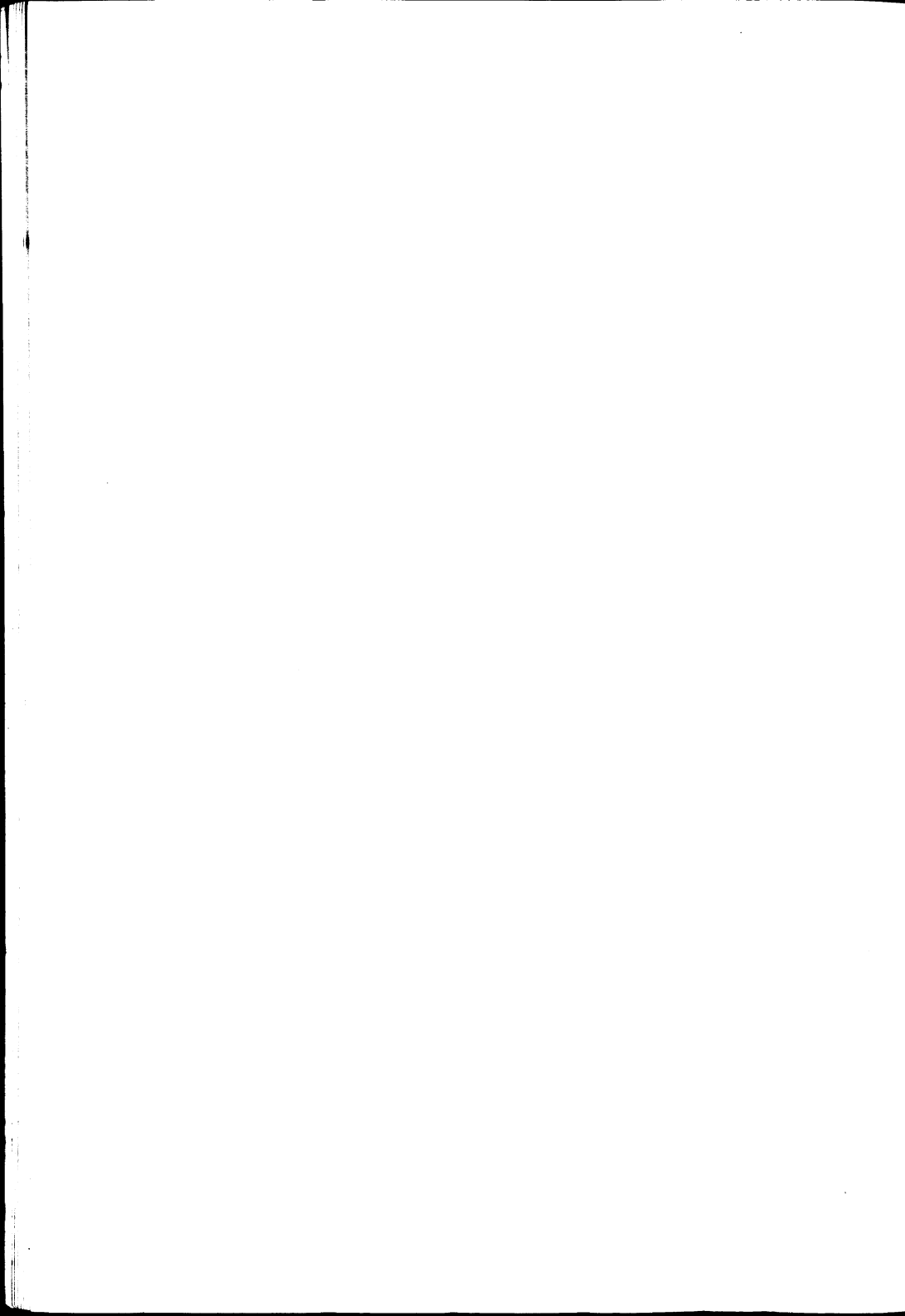
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUE
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica .	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicio clínico.	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica..	» BALDOMERO SOMMER
Clínica Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜRMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica..	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica.....	» MARIANO ALURRALDE
	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología Interna.....	» MARCELINO HERRERA VEGAS
Clínica oto-rino-laringológica..	» RICARDO COLON
	» ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	» GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	» SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	» EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	» JUAN JOSÉ CIRIO
Química Biológica.....	» FRANK L. SOLER
Higiene Médica.....	» BERNARDO HOUSSAY
Semiología y ejercicios clínicos.....	» RODOLFO RIVAROLA
Anatomía patológica.....	» SALVADOR MAZZA
Materia médica y terapéutica.....	» BENJAMIN GALARCE
Medicina operatoria.....	» FELIPE A. JUSTO
Patología externa.....	» MANUEL V. CARBONELL
Clinica dermato-sifilográfica.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
» Génito urinaria.....	» ALFREDO VITON
» epidemiológica.....	» JOAQUÍN LLAMBIAS
» oftalmológica.....	» ANGEL H. ROFFO
» oto-rino-laringológica.....	» JOSÉ MORENO
Patología interna.....	» ENRIQUE FINOCCHIETTO
Clinica quirúrgica.....	» CARLOS ROBERTSON
» Neurológica.....	» FRANCISCO P. CASTRO
» Médica.....	» CASTELFORT LUGONES
» pediátrica.....	» ENRIQUE M. OLIVIERI
» ginecológica.....	» ALEJANDRO CEVALLOS
» obstétrica.....	» NICOLÁS V. GREGO
Medicina legal.....	» PEDRO L. BAILEA
Clinica Psiquiátrica.....	» JOAQUÍN NIN POSADAS
	» FERNANDO R. TORRES
	» FRANCISCO DESTÉFANO
	» ANTONINO MARCO DEL PONT
	» ADOLFO NOCETTI
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTÍN CASTRO ESCALADA
	» PEDRO LABAQUI
	» LEONIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARLAHO
	» EDUARDO MARINO
	» JOSÉ ARCE
	» ARMANDO E. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHUTRO
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» OSCAR COPPELO
	» JORGE LEYRO DÍAZ
	» ANTONIO P. CELESIA
	» TOMÁS B. KENNY
	» ADOLFO E. LANDIVAR
	» VICENTE DOMITTI
	» ROMULO H. CHEAMPORI
	» JEAN JOSÉ VITON
	» PABLO J. MORSALENE
	» RAFAEL A. BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO R. CASTEN
	» PEDRO J. GARCÍA
	» JOSÉ DESTÉFANO
	» JUAN R. GOYENA
	» JUAN JACOBO SPANGENBERG
	» MARIANO ACTÚA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DEL ELZALDE
	» FERNANDO SCHWEITZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» CARLOS E. CIRIO
	» JULIO IBERMAN
	» OSVALDO L. ROITARO
	» ALBERTO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» PAUSTINO J. PRONGE
	» JUAN R. GONZÁLEZ
	» JUAN C. ISSO DOMÍNGUEZ
	» VICTORIO MONTEVERDE
	» JUAN A. GABASTOL
	» ENRIQUE A. BOERO
	» JOAQUÍN V. GNECCO
	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTÀ
	» AMABLE JONES

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc..	DR. J. C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clinica obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE
Puericultura.....	DR. UBALDO FERNÁNDEZ

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general. — Anatomía y Fisiología comparadas.....	Dr. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica.....	» JULIO J. GATTI
Química farmacéutica inorgánica...	» MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal....	» ADOLFO MUJICA
Química farmacéutica orgánica.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Técnica farmacéutica (1er curso)...	» J. MANUEL IRIZAR
Higiene, Ética y Legislación.....	» RICARDO SCHATZ
Química analítica general.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Farmacognosia especial.....	Sr. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Técnica farmacéutica (2º. curso)...	Dr. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Física farmacéutica.....	Dr. TOMÁS J. RUMI
Química farmacéutica inorgánica... }	» ANGEL SABATINI
	» EMILIO M. FLORES
Técnica farmacéutica..... }	Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
Química farmacéutica orgánica..... }	» PEDRO J. MÉSIGOS
	Dr. LUIS GUGLIAIMELLI
Farmacognosia especial.....	Sr. OSCAR MIALOCK
Química analítica general.....	Dr. JUAN A. SÁNCHEZ

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Complementos de Matemáticas.....	— —
Mineralogía y Geología.....	— —
Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....	— —
Química analítica aplicada (Medicamentos).....	Dr. JUAN A. SÁNCHEZ (supl. en ejercicio)
Química biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Química analítica aplicada (Bromatología).....	— —
Física general.....	— —
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÀN
Toxicología y Química legal.....	» JUAN B. SEÑORÀNS

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Prótesis)
» CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)

PADRINO DE TESIS:

Doctor RODOLFO PASMAN

Jefe de Clínica del Servicio del Dr. David J. Prando, Hospital Rawson
Médico interno del Hospital Rawson

A LA MEMORIA DE MI MADRE

A MI PADRE

A MIS HE MANOS

MARIA AMALIA

EDUARDO

ELENA

ADELAIDA

ERNESTO

A MI HERMANO POLÍTICO

EDUARDO A. FAUZON

A MIS MAESTROS DEL HOSPITAL RAWSON

DRES. DAVID J. PRANDO

JUAN JOSÉ VITÓN

RODOLFO PASMAN

LEONIDAS JORGE FACIO

PEDRO ESCUDERO

MARIANO ALERRALDE

ERGASTO MARENCO

MARTIN REIBEL

PEDRO SEMINARIO

ENRIQUE FINOCHIETTO

A MIS COMPAÑEROS DEL HOSPITAL RAWSON

CAPITULO I

Estiomeno bulvo anal

Historia y etiología

Estiomeno, palabra de etimología griega, viene de *excedens*, de comer, que roe, que devora. Ya usaba este término Hipócrates refiriéndose al *lupus* al cual llamaba *herpes estiomeno*.

Pero, es Huguier en el año 1849, quien designa con el nombre de estiomeno de la vulva y del periné, la enfermedad a que vamos a referirnos.

Veremos en el transcurso de este trabajo, que permanece aun muy oscura la etiología de esta rara afección.

Dice Huguier, que es una enfermedad crónica, que está entre la *elefantiasis* de los árabes, la *sífilis*, el *cáncer* y la *escrófula*.

Que se observa ordinariamente en mujeres adultas después de veinte años hasta pasados los cin-

cuenta; que sólo una vez ha tenido ocasión de observarla en una joven de doce años, que era atacada de una sífilis serpiginosa hereditaria y de estiomeno escrofuloso sobre varios puntos de la economía.

Lo ha visto también en dos mujeres de edad, la una de cincuenta años y la otra de cincuenta y dos, que mucho tiempo antes habían sido atacadas de estiomeno y aun llevaban estigmas de esta enfermedad.

La mayor parte de sus enfermas, dice Huguier, han sido linfáticas o que ofrecían trazas de afección escrofulosa. Dos, dice, eran de un organismo delicado y nervioso, otras dos presentaban las apariencias de una buena constitución y los atributos de un temperamento sanguíneo. Estas dos últimas, eran domésticas, poco cuidadosas de su persona y muchos años antes habían contraído en relaciones sexuales una afección venérea que desapareció espontáneamente.

Otra de sus enfermas, dice Huguier, que tenía un temperamento linfático y era madre de una niña escrofulosa, atribuye su enfermedad a una caída en la cual la vulva había golpeado sobre el ángulo de un taburete.

En fin, una de las enfermas atribuía el desenvolvimiento de su mal a frotamientos reiterados

causados ellos mismos por un prurito insopportable.

La miseria, el mal vivir, la habitación en lugares insalubres, entra probablemente mucho en el desenvolvimiento de esta enfermedad, pues, dice no haberla observado sino en enfermas que estaban obligadas a buscar recursos en establecimientos hospitalarios.

También Huguier, comparando el estiomeno de la región vulvo-ano-periné con el estiomeno de la cara, dice que el estiomeno reconoce por causa esencial una alteración de los humores, determinada por el vicio escrofuloso o por el virus sifilítico degenerado, mitigado; tambien es algunas veces difícil dar un diagnóstico muy preciso, el estiomeno aparece en algunas circunstancias con caracteres de una y otra afección tanto en la cara como en la región vulvo-anal.

La organización especial del tegumento de estas dos regiones y la actividad de sus funciones, pueden evidentemente ser consideradas como una causa predisponente.

Después del trabajo de Huguier, durante muchos años la mayor parte de los autores en diferentes trabajos u obras de ginecología y dermatología, no han hecho más que compartir con su misma opinión haciendo del estiomeno una entidad mórbida y atribuyéndola casi todos a la tu-

berculosis, otros a la sífilis, algunos a la epiteloma y también a la elefantiasis.

Los autores que más han defendido la etiología tuberculosa del estiomeno con mayor o menor causa son numerosos, los tenemos a Valleis en su tratado (*Guie du Medecin Practicien*, año 1861, tomo V), que describe en un mismo capítulo el lupus y el estiomeno y cita como de su misma opinión a M. Cazenave.

Fiquet, en su tesis (*Essai sus l'estiomene de la région vulvo-anal*, 1876), opina también en el origen tuberculoso de esta afección asemejándola al lupus.

Eustache, en su tratado de enfermedades de las mujeres, 1883, dice que es una enfermedad rara que no se manifiesta sino en las mujeres escrofulosas o caquécticas que han pasado de los treinta años.

Dechambre y L. Lereboullet (*Diccionario de ciencias medicas*, tomo III, serie V), da la tuberculosis como causa del estiomeno y lo divide en causas predisponentes y causas eficientes.

Martin y Nicolle, dicen que en análisis histológicos, han encontrado núcleos tuberculosos y más aun han visto bacilos de Koch lo mismo que Heinlechner.

F. Labadie Lagrave y Félix Legüen (*Traité medico chirurgical de Gynecologie*, 1898), dicen que

la sola causa que parece predominar es la tuberculosis, que se encuentra en los antecedentes de las enfermas.

Nacy, publica un caso de estíomeno hipertrófico y ulceroso del ano y vulva, que clasifica de tuberculoso. Al mismo tiempo hace presente la opinión del profesor Hardy, que dice que los casos publicados por Huguier no son otra cosa que chancros comunes fagedénicos. Para él, estas pretendidas escrófulas no serían sino afecciones de origen sifilítico y una de las razones que da es que las ulceraciones escrofulosas de las partes genitales son raras en el hospital Saint Louis y que no ha encontrado un solo caso en contra del número considerable de escrofulosas que ha examinado.

Responde a esto el Dr. Nacy. «Sin embargo de la autoridad de semejante testimonio y reconociendo que la interpretación de ciertos casos es algunas veces difícil, no necesito mantener mi diagnóstico y considerar la existencia del estíomeno de la vulva, como clínicamente establecido».

Bernutz, publica también un caso que es el quinto que ve en veinticinco años que es médico de los hospitales. Y dice: «El estíomeno de la región vulvo-anal es como lo había presentado con anterioridad dándole el nombre de lupus genital, completamente análogo al lupus de la cara.»

Citaré también a Gaucher que en una lección de clínica del Hospital Saint Louis en 1907 la da un origen tuberculoso al estiomeno como también Chevassu en su lección de agregación 1907.

Pick cree que la tuberculosis intestinal es causa de esta afección secundaria.

Tenemos también autores modernos muchos de ellos libros clásicos de ginecología que dan un origen tuberculoso al estiomeno entre ellos S. Pozzi, J. L. Faure y A. Siredey.

Por último entre los que opinan que el estiomeno es de origen tuberculoso, citaré a Heintze, Macdonal, Breisky, Penner, Kustner, Wenckel, Sinetry, Guerin, Duncan, Bery Hart y a Barbour.



Paul Petit presenta un interesante caso de estiomeno vulvar hipertrófico con el título de sífilides hipertrófico de la vulva en el año 1889 con su correspondiente examen histológico: Dice, «en lo que concierne particularmente al sífiloma vulvar hipertrófico, no he visto nada en las tesis o periódicos de ginecología que se aproxime al hecho que he relatado en la clínica de M. Doleris. Luego describe en su caso los diferentes estados del

tumor gomoso, en ondulación, ulceración y esclerosis.

Wagner también basado en exámenes histológicos da una etiología sífilítica al estiomeno.

Para Hutckinson el estiomeno no es sino una manifestación de la sífilis terciaria.

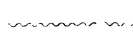
Bandler y Rille creen que la sífilis sea un punto de llamada para el estiomeno futuro que no es influenciado por la medicación hidrargúrica.

Peekhan dice que la enfermedad designada con el nombre de estiomeno o de úlcera de la vulva es una inflamación del tejido conjuntivo acompañada de neoplasia e hipertrofia de la vulva, éste no es un cáncer, la tuberculosis no está en causa. Señala sin embargo la frecuencia de la sífilis (sobre sesenta casos hay doce veces sífilis).

La sífilis es también incriminada como causa del estiomeno por Haeberlin que afirma no haber bacilos tuberculosos en esta lesión que se aproxima más a la sífilis.

Weilencgner estima que en el estiomeno la tuberculosis se desarrolla sobre un terreno sífilítico.

S. Pozzi dice que la sífilis hereditaria como causa que amenaza a la miseria fisiológica podría ser causa predisponente al estiomeno.



M. V. Cornil presenta un caso de estiomeno vegetante y ulceroso de la vulva (en el año 1974 en el Bulletin de la Société Anatomique, Paris) titulado epitelioma tubulado de la vulva, de los grandes labios, de la piel del puvis y de la región inguinal, terminado por una cicatrización muy extendida. Esta enferma falleció de una afección renal, era de la clínica de Buillaud, suplido por Broardel.

A Cornil le fué encargado el examen histológico en el que comprobó perfectamente que se trataba de un epitelioma tubulado. En la misma sección en que se trataba este caso M. Malassez dice que M. Monod ha estudiado recientemente un caso de estiomeno de la vulva que presenta los caracteres del epitelioma tubulado.



Renaut atribuye la elefantiasis como causa del estiomeno, también presenta algunos casos dándoles el mismo origen Veit.

Hasta aquí hemos visto que los diferentes autores dan al estiomeno una entidad mórbida, tratando la cuestión de la manera más completa que nos ha sido posible, teniendo que vencer para eso algunas dificultades, pues la bibliografía sobre este tema es eminentemente escasa.

Entre todos los autores antiguos el único que

trata la etiología del estiomeno bajo otra faz es Auvard que dice: «el estiomeno no es una enfermedad definida sino un síndrome, en cuya descripción se han confundido diversas enfermedades, epiteleomas, úlceras sifilíticas terciarias, tuberculosis, elefantiasis, etc.»

Luego Paul Petit en el artículo de que anteriormente he hecho mención cita la opinión de M. E. Dechamps que dice: «haciendo justicia de la palabra estiomeno disocia los estados mórbidos confundidos bajo este síndrome equívoco y se esfuerza por establecer que los tumores vegetantes y ulcerosos de la vulva relacionados únicamente al lupus, pueden igualmente responder al cancer, sífilis y elefantiasis. Presenta dos casos, uno en apollo del elefantiasis y otro del epiteloma.

También entre nosotros el Dr. Enrique Tornú dió una conferencia en el Círculo Médico Argentino publicada en la semana Médica del 2 de Septiembre de 1897, titulada Contribución al Estudio del estiomeno de la Vulva.

Dice el Dr. Tornú; que la etiología del estiomeno es bien corta, se ignora en realidad las causas generales que la producen y sólo puede decirse con seguridad como para todas las afecciones a marcha crónica, que todo motivo que trae como consecuencia la miseria fisiológica del individuo pro-

dispone a esta afección. Sin embargo, parece que la mayoría de las enfermas presentan antecedentes tuberculosos (cita varios autores) creemos que estos autores se fundan en que los casos observados por ellos, el análisis ha dado tuberculosis y entonces no es raro este antecedente. Siguiendo la misma teoría los autores que han encontrado lesiones sífilíticas, epitelemas etc. podrían decir que las enfermas presentan antecedentes de sífilis, epitelemas etc.

Lo único que puede afirmarse etiológicamente hablando es que el estiómene se observa en las mujeres de baja condición social, de veinte a treinta y cinco años y generalmente en las prostitutas según Pozzi.

Mas adelante refiriéndose siempre a la etiología del etiómene agrega: «creemos que Auvard está en lo cierto. ¿Pues como considerar el estiómene como una afección particular si los análisis anátomos patológicos han dado lesiones tan diversas?

Nos parece anticientífico y ridículo admitir que una misma enfermedad sea engendrada por lesiones tan diversas y hemos visto al estudiar la anatomía patológica que casi cada autor que ha practicado el análisis histológico ha encontrado una lesión diferente y así hemos visto desfilar bajo el microscopio la tuberculósis (Pozzi Nico-

llie) el epitelioma (Cornil) la sífilis (Wagner) la esclerósis (Thin, Badia) etc.

Debemos creer pues que en vista de que lo que los autores bautizan con el nombre de estiómeneo, no es una afección especial sino la manifestación de diversas enfermedades que presentan como carácter común ulceraciones a marcha lenta acompañados de hipertrófea de sus bordes, poco dolorosos que rara vez infactan los gánglios y alteran el estado general y que dichas enfermedades se llaman tuberculósis, epitelioma, elefantiasis, sífilis terciaria, etc. a pesar de presentar por razones de sitio (u otras que escapan a nuestra penetración) un aspecto y una marcha algo diferente del que ofrece en otros puntos del organismo.

Esto que avanzamos nos parece perfectamente lógico, pues tenemos ejemplos al respecto; todos sabemos la enorme diferencia que presentan en su aspecto y sobre todo en su marcha, los epitelomas de la piel y de las mucosas y sin embargo no hay duda de que ambas lesiones son perfectamente idénticas.

Admitamos sin embargo que de todas las lesiones confundidas con el nombre de estiómeneo la mas común es la tuberculosis.

Necesario nos parece que la palabra estiómeneo no hay para que mantenerla ya en los libros de

ginecología y que a las lesiones descriptas con este nombre se las llame por el suyo propio que en cada caso será tuberculosis, epitelioma, elefantiasis etc. según lo pruebe el análisis histológico. Considerados los casos bajo esta faz se desprende una aplicación eminentemente práctica y es que en este caso el tratamiento variará y tal vez así el resultado sea más satisfactorio que el que se obtiene actualmente.»

Si pasamos a analizar lo que dicen los autores más modernos, vemos que comparten más o menos con las mismas ideas de Auvard y Tornú.

Para Fournier, Bresnier y Berthelemy se han confundido en la descripción del estíomeno afecciones absolutamente diferentes. Se ha creado una entidad mórbida absolutamente artificial y no hay lugar de conservar este término ni aún para designar una tuberculosis vulvar.

M. Vercherer publica un artículo (en la *Revue de Gynecologie y de Chirurgie abdominale* de Pozzi en el año 1898 tomo II) titulado valor semiológico del estíomeno ano genital esclerema ano vulvar, dice: «Toda afección de la uretra, de la vulva y sobre todo del ano y del recto, puede ser el origen de este síntoma que se ha llamado estíomeno de la vulva y que yo llamo esclerema ano genital.

Las lesiones del estíomeno no están en relación

con la afección que ha sido su punto de partida. Una simple blenorragia puede ser el origen de un esclerema extendido, el chancro blando más raramente, las sífilis secundaria y sobre todo la terciaria, en fin las ulceraciones tuberculósas y cancerosas pueden ser la causa y a menudo es una localización anal que uno encuentra.»

A. Le Dentú y Pierre Delbet (en su *traité de chirurgie clinique et Operatoire* en el tomo X del año 1891) trata sobre el estiómene de la vulva, dice: «Si es una afección mal conocida, mal definida, tanto del punto de vista de su etiología como de su sintomatología, es bien sabido lo que se designa con el nombre de estiómene de la vulva. ¿Se trata de una entidad mórbida? y en esta hipótesis ¿Cuál es la naturaleza de la afección? ¿O bien es preciso ver en los casos descriptos bajo ésta denominación mas que manifestaciones anormales y diferentes de la tuberculósis raramente del cáncer, algunas veces de la sífilis y de la elefantiasis?»

Pasa en revista la teoría de Koch de la que más adelante nos ocuparemos como de las teorías sifilíticas, citándolo a Peekhan de quien ya nos ocupamos y dice que el terreno sifilítico sería pues favorable a la evolución de la úlcera de la vulva que sobre todo está constituida por una in-

flamación no específica y agrega que Unna admite también el origen inflamatorio.

Luego analiza las teorías tuberculósas y dice que se ha hecho resaltar que la presencia de B. de Koch, no es demostrativa porque se les puede encontrar a título excepcional al nivel de los tumores fibromatósos u otros.

Cita a Veit, que en su trabajo describe bajo el nombre de úlcera redonda de la vulva tres afecciones, la úlcera fagedénica, ciertas formas de elefantiasis vulvar y la tuberculósis.

Mas adelante agrega que sería aventuroso pronunciarse en presencia de tantas opiniones o puestas. Sin embargo es permitido decir, que si la marca característica del estiómene ha sido en un momento dado una confusión sistemática de todas las afecciones que podían ser acompañadas de ulceraciones y de un aumento de volúmen del tegido vulvar, no es menos cierto que se nos ha rehusado de eliminar del cuadro de la afección del cáncer y las manifestaciones de la sífilis.

Pero suponiendo que el estiómene, úlcera de la vulva, sea debido a una afección particular, no está demostrado que esta no sea favorecida por la preexistencia de un terreno sífilítico. Es cierto que amenudo en los casos catalogados bajo la etiqueta de estiómene la tuberculósis está en juego. Otras afecciones están ciertamente comprendidas

bajo la misma denominación. Luego se pregunta que si se ha confundido también estados patológicos diferentes en una época en que el control, microscópico y bacteriológico faltan, si es bueno reunir en la misma descripción como lo hace Veit la úlcera fagedénica ciertas formas de elefantiasis y la tuberculosis.

Puede ser preferible de esforzarse de despejar en medio de éstos elementos diversos la forma tuberculosa a la cual se impondría exclusivamente el nombre de estiómeno, o si se quiere de lupus de la vulva para macar mejor el origen especial de la afección.

M. Raoul Dupuy y G. Rullier (en la *Revue de Gynecologie et de chirurgie abdominale* 1907 de S. Pozzi) publica un interesante artículo titulado, «Sobre la sintomalogía y la naturaleza del esclerema génito ano rectal (estiómeno de la vulva).» Dicen éstos autores.

«Los trabajos mas recientes sobre la naturaleza del estiómeno de la vulva, demuestran por su contradicción que el entendimiento entre los autores está lejos de ser completo.

Si uno se detiene al punto de vista clínico, sólo se puede definir el estiómeno de la vulva así como sigue; una enfermedad crónica, localizada en la zona ano recto vaginal de la mujer que se manifiesta sea por el eritema, ulceración, hiper-

casi siempre su pasado genital es muy cargado, embarazos múltiples, abortos, contactos venereos múltiples y diariamente durante años.

Esto nos demuestra que esta enfermedad es de las prostitutas y más de las viejas prostitutas con hábitos alcohólicos y vida de miseria inherente a la misma profesión y sometidas a todos los caprichos de los clientes. Aún al coito anal.

Por viejas prostitutas nos referimos a los años que han ejercido la profesión, por lo general después de cinco a ocho años.

Citan a Bandler y Jacobi como autores que admiten la influencia cierta del género de vida especial y más para las prostitutas sobre la producción del esclerema ano genital.

Se ocupa del grado de frecuencia que se presenta la enfermedad en relación con las otras afecciones genitales en las prostitutas.

Analizando mil doscientas cuarenta observaciones, tomadas de Saint Lazare del servicio del maestro M. Vercherer nos ha sido posible dicen los autores notar catorce casos bien caracterizados de ésta enfermedad, hemos dejado los diagnósticos dudosos y nos dá un porcentaje de 1,11 luego si no es una afección frecuente está lejos de ser tan rara como se dice.

Luego agregan que con estas pruebas el es-

clerema no debía de ser considerado como una afección específica.

Se preguntan, delante de estos hechos cual puede ser la naturaleza de esta enfermedad.

Después de examinar la teoría tuberculosa, dicen que es preciso llegar a Jacobi 1889 para ver la etiología del estiómene derivarse del todo en otro sentido.

El chancro blando es reconocido como causa eficiente de la enfermedad y esta afección viene de una ulceración banal entretenida por malas condiciones locales y generales.

Algunos años más tarde Dubreuilh y Brau 1894 toman la cuestión.

A causa de la teoría emitida por Jacobi una nueva corriente de ideas se hace.

Las causas de la enfermedad que nos ocupa se hacen múltiples, el chancro blando no es incriminado solo, puede encontrarse una ulceración entretenida por condiciones higiénicas defectuosas, a ésta última opinión se adhiere Koch 1896—Barbour 1897, Verquerer 1898, Bandler y Rilli 1899, Brocq 1906.

Citan también la opinión de Andry y Dalous,, que dicen que una gran semejanza existe entre el linfagioma y el estiómene del punto de vista histológico, y que clínicamente estas dos enfermedades podrían superponerse.

Para Dupuy y Rullier quedan en resúmen cuatro opiniones principales en la etiología del esclerema ano génito rectal.

Unos dicen que todos los casos de esta afección son tuberculosos, otros creen en un tumor maligno, otros piensan en la sífilis, un último grupo en fin admite que las lesiones no serían traídas por ninguna de las enfermedades aquí dichas y para ellos el esclerema ano genital no es sinó una reacción inflamatoria en que las causas son las más diversas.

Después de discutir estas opiniones concluyen los autores diciendo que el esclerema génito ano rectal no proviene del cáncer, de la sífilis ni de la tuberculósis. Es una afección caracterizada por la linfagietaxia, acompañada de endo peri vascularitis provocada por toda ulceración vulvar específica o nó y entretenida por la miseria fisiológica una mala higiene y contactos génitales repetidos.

Dice Koch que ha escrito un trabajo sobre el estiómemo de la vulva (la úlcera de la vulva) no estaría bajo la dependencia ni de la sífilis ni de la tuberculósis, se trata de lesiones que evolucionan después de la estirpación de bubones supurados de la ingle.

El autor ha reunido veinte casos de úlceras vulvares y cree que lo más amenudo es la ablación

de los gánglios que ha sido la causa de la afección.

Por otra parte es preciso hacer remarcar dice Dentu y Delbet que sobre veintiuna vez Veit, Duncan y Schroeder, no han tenido casos de estiómeno en que anteriormente se hubieran extirpado los gánglios de la íngle.

ESTÍOMENO



ESTÍOMENO

CAPITULO II

Anatomía patológica

Dice Huguier: Remito a M. Robin las partes escindidas de dos enfermas de estiómeno, con el mismo fin de estudiar su estructura como lo había hecho anteriormente con otras dos enfermas.

El resultado de la investigación sobre estas cuatro enfermas es idéntica y viene a confirmar a Robin y al Dr. H. Hebert lo que habían remarcado sobre la estructura del estiómeno (lupus) de la cara que es un tumor mixto, que tiene por elemento los mismos tejidos que hemos descrito en el estiómeno de la región vulva anal.

La superficie externa es blancusca lisa y dura. El tejido es friable, fácil de reducir con las agujas de disección a pequeños fragmentos. Esta parte superficial del tumor está enteramente compuesta de células epiteliales pavimentosas, tenien-

do todos los caracteres de las células epidérmicas.

Los fragmentos dislacerados, están formados de un gran número de células imbricadas y adherentes las unas a las otras.

Cada célula epitelial estudiada aparte es poligonal más o menos regularmente cuadrada o paralelográfica.

Sus bordes son regulares, curvos o presentan pequeñas dentelladuras.

Hay un número infinito de variedades en la forma de las células.

La longitud de las células varía entre 55 micrones y 86 por 20 y 32 micrones, las pequeñas son las menos numerosas. Cada célula presenta en su centro un núcleo circular o un poco oval de 5 a 8 micrones.

Entre los bordes de las células y el núcleo, se ven finas granulaciones más numerosas en la vecindad de este último que cerca de los bordes.

Inmediatamente debajo de esta delgada capa epidérmica, se encuentran fibras fusiformes, mezcladas a las masas de células epiteles.

Se encuentran también fascículos de tejido celular.

Estos elementos están intrincados de manera que forman un tejido resistente, difícil de dislacerar a causa de la tenacidad con la cual se adhieren entre ellos. Esta capa sub-epidérmica,

tiene un espesor de medio centímetro, es elástica blancusca y cruje bajo el escalpelo.

Las fibras de tejido celular propiamente dicho y de tejido elástico (fibras y núcleos) que constituyen los vasos, mezclados a los grupos de células epiteleales, no presentan nada de particular. Estos fascículos de tejido celular tanto son abundantes, cuanto uno más se aleja de la superficie del tumor. Las fibras elásticas (fibras a núcleo) tienen cuatro, aquellas del tejido celular propiamente dicho tienen uno o más. Las células epiteleales, que forman grupos mezcladas a las células fusiformes descriptas más abajo y de tejido celular son en general pequeñas a contornos menos regulares que las otras; su núcleo es pálido a veces invisible. Acá y allá se ven fibras fusiformes, aisladas o en grupos, muchas son regularmente fusiformes y ofrecen extremidades alargadas. Un cierto número tiene una de sus extremidades obtusa, o bien una o las dos muy cortas. Los bordes son algunas veces finamente dentellados en toda o una parte de su longitud. Todas estas fibras contienen un núcleo oval y están hinchadas a este nivel.

Un cierto número de núcleos contienen uno o dos gránulos fundidos en el interior.

Se encuentran también algunos núcleos aislados, pero en muy pequeño número. Muchas fi-

bras fusiformes tienen sus bordes pálidos, así como sus núcleos, otras tienen los bordes más fundidos que ordinariamente. Más profundamente el tejido del tumor se hace blando, rosado, vascular, más húmedo, más filamentososo.

Se encuentra aún algunas células epiteleales, pero en pequeño número lo mismo respecto a las fibras fusiformes. El tejido celular propiamente dicho y los vasos sanguíneos predominan al contrario considerablemente.

Así, estas porciones de estiómenos sacadas de la región vulva anal son tumores mixtos en que las células epiteleales, las fibras fusiformes y el tejido celular son los elementos íntimos. Estos son tumores homeomórfos es decir, compuestos por elementos anatómicos que se encuentran en los tejidos normales de la economía.

Esta es una de las mejores pruebas que se puede adelantar a favor de que el estiómeno es una afección diferente del cáncer.

«Churchill (en *Maladies des Femmes* 1866) dice: Si se examina esta lesión al microscópio, se encuentran tres capas distintas; la 1.^a compuesta de epitelio pavimentoso, donde cada célula contiene un núcleo circular ú oval como células de epidermis—la 2.^a está compuesta de fibras fusiformes, con núcleos mezclados a una masa de células epiteleales y a fascículos de tejido celular—

la 3.^a está compuesta de tejido más blando, más vascular, más filamentososo. Los elementos dominantes son el tejido celular, vasos y fibras con núcleo.

En suma la enfermedad puede ser considerada como un epiteleoma o un cancroide pero nó como un cáncer. »

El caso presentado por G. Bernutz (en Archives de Tocología 1874) de la clínica del hospital de la Charité era un estiómene ulceroso e hipertrófico. El estudio anátomo patológico lo hizo M. Cormil.

El exámen del tumor después de estar en ácido pícrico, goma y alcohol, demuestra que está constituido en la periferia por vegetaciones papulosas, recubiertos de numerosas capas de epitelio y en la profundidad por tejido conectivo presentando linfáticos alterados.

El epitelio se prolonga profundamente entre las papilas hipertrofiadas; está formado por células poligonales que están alargadas por compresión cuando están situadas entre dos papilas vecinas. Todas las células superficiales son vesiculosas es decir, sobre el corte presentan bordes a doble contorno, fuertemente coloreados por el carmín mientras que el centro es claro, finamente granuloso y el núcleo ovoideo o redondeado está tumefacto y granuloso. En las capas inmediata-

mente en contacto con las papilas la forma de éstas células cambia, son vesiculosas pero presentan un núcleo alargado dirigido lo mismo que las células en un sentido perpendicular a la superficie de la papila. Las papilas están constituidas por un tejido conjuntivo a fibrillas raras y finas conteniendo en el interior de sus mallas células embrionarias redondas y pequeñas.

Los vasos sanguíneos de las papilas están llenos de sangre, su pared está muy netamente delimitada y doblada en su interior por una capa de células endoteleales, hinchadas con núcleo ovoíde y voluminoso.

El tejido celular que forma la base del tumor, está en toda su profundidad constituido por fibrillas delgadas, formando un rosario de fascículos de fibrillas entremezcladas de fibras elásticas finas. En todas partes las mallas de este tejido conjuntivo están llenas de células embrionarias redondas y pequeñas, semejantes a aquellas encontradas en las papilas.

Los vasos sanguíneos, no presentan nada particular, pero no sucede lo mismo con los vasos linfáticos.

Estos están en todas partes dilatados en la preparación, su pared espesada, pero se confunden con el tejido conjuntivo vecino, que está formado

por fibras entre las cuales se encuentran células aplastadas.

La forma de estos linfáticos es variable, según las secciones tan exactamente esféricas, ovoideas o en forma de hendidura, a menudo se observa uno de estos vasos muy considerable, bajo la forma de un espacio circular de donde partan tres o cuatro pequeñas hendiduras o pequeños vasos menos voluminosos.

La superficie interna de todos estos vasos, está tapizada por células endoteliales, a veces en una capa, otras en dos. Aquellos que están más próximos a la pared muestran un núcleo, ovoide grueso y haciendo saliencia. Estas células y particularmente el núcleo, se colorea en carmín.

La capa de las células más internas, es irregular e incompleta, las células que la constituyen y sus núcleos son voluminosas, esféricas y coloreadas de rosa en toda su extensión, a pesar de no tener más que sus bordes coloreados.

La parte central del canal está ocupada casi por entero por una materia coagulada, uniformemente coloreada en rojo intenso por el carmín; homogénea y limitada en su periferia por prolongamientos en gran número que van a unirse a la pared del canal, sea por festones indicando la presencia anterior de elementos que han desaparecido y son reemplazados por espacios cla-

ros, mientras los bordes que los limitan están coloreados en rojo. Se ve además, en el interior de muchas de estas cavidades, huecos; al borde de este coágulo, núcleos o pequeñas células vesiculares, coloreadas ellas mismas por el carmín. Las alteraciones de la masa linfática, presentan grandes analogías con aquellas que han sido descritas por J. Renaut, en sus trabajos sobre elefantiasis y edemas linfáticos (Archives de physiologie, Juillet 1874, p. 506).

Paul Petit en el caso publicado en Nouvelles archives d'obstétrique y gynécologie, 1889 (sífilis hipertrófica de la vulva), dice:

Examen histológico de una de las vegetaciones excindidas.—Revestimiento de epitelia pavimentoso, mucoso, a células aplastadas y deformadas, en que el protoplasma se colorea en amarillo por el picro carmín, mientras que los núcleos poco aparentes y atrofiados, están coloreados en rosa pálido. De este revestimiento parten colonias epiteliales, formadas al centro de bellas células poligonales a gruesos núcleos, en la periferia de células ovoideas perpendiculares a la dirección de las papilas sobre las cuales se implantan.

Examinando cerca de la base de la vegetación, estas masas epiteliales tienen una gran desenvoltura y se hunden muy adentro en el dermis, pero ya en estos puntos sus capas profundas es-

tán cubiertas de un tejido embrionario que se confunde con el tejido conjuntivo ambiente, igualmente inflamado.

A medida que uno se aproxima al vértice de la vegetación, la erosión epitelial se acentúa de más en más, si bien que en su lugar no se encuentra más debajo de la capa de células planas que vestigios de columnas interpapilares. Las papilas están totalmente infiltradas de células redondas.

Debajo de una zona muy activa de proliferación embrionaria que funciona por así decir, la base de las papilas y el vértice de las columnas interpapilares, se cae sobre un tejido conjuntivo laxo, muy vascular y sembrado de nódulos embrionarios. La trama de este tejido está formada de fascículos conjuntivos desleídos y de fibras elásticas entre las cuales se ven células planas y algunas células migratrices; en suma, tejido conjuntivo poco o nada inflamado en el intervalo de vasos y nódulos.

Los vasos, muy numerosos sobre todo al nivel de las papilas, están todos envainados de células embrionarias cuyas paredes están infiltradas por células al parecer espesadas, pero en todas partes son permeables.

Los manguitos de células redondas se abrazan en ciertos puntos, llegando a constituir nódulos netamente destacados del tejido ambiente, muy

irregular, de formas y dimensiones muy gruesas, visibles a simple vista por transparencia y que tienen el volumen de un grano de mijo.

Aquellos que están cortados perpendicularmente a la dirección de los vasos que les llegan, presentan en su centro una o muchas luces vasculares y periféricamente, células redondas a núcleo voluminoso y raramente coloreado.

En el centro y base de la vegetación, se encuentran zonas de tejido conjuntivo, mucho más densas, constituyendo verdaderos nódulos cicatriciales, en medio de los cuales se ven aun vasos a paredes espesadas, pero permeables y envainados por células embrionarias en capas delgadas.

Las células gigantes están en pequeño número, de modo que, apenas si sobre un corte de un centímetro cuadrado, se encuentran dos o tres en el espesor de los nódulos.

Las investigaciones del bacilo de Koch han sido negativas.

El caso publicado en la «Semana Médica» del 2 de Septiembre de 1897 por el Dr. E. Tornú, es un estíomeno ulceroso e hipertrófico. La parte del examen patológico fué hecha por el Doctor Badia.

Tejido del tamaño de un guisante, ligeramente redondeado. En sus cuatro quintas partes se halla

rodeado por un epitelio estratificado, presentando en algunos puntos gran espesor de las capas superficiales.

En la parte central se encuentra un tejido conjuntivo adulto y parte en vía de evolución. Existe un gran número de vasos, siendo algunos de gran calibre y de paredes delgadas.

Alrededor de los vasos hay en ciertos puntos infiltración por células embrionarias.

Y dice el Dr. Tornú: «Como se ve, pues, la anatomía patológica del estiómeneo, poco nos enseña y sólo nos muestra de una manera bien evidente que la palabra estiómeneo no tiene sino una significación clínica.»

Un caso de M. Leroy des Barres de estiómeneo hipertrófico y ulceroso de la región ano-vulvar—publicado en Bulletins de la Société Anatomique de París en el año 1870—trata de una enferma del servicio de M. Trelat del hospital de la Pitié. El examen fué hecho por Vulpian, quien dice al respecto lo siguiente:

Yo, examino 1.º: Un pequeño trozo de piel, comprendiendo una de las tuberosidades de la piel a una pequeña distancia (2 cents.) de los bordes de la ulceración; 2.º Una ulceración del intestino delgado; 3.º Un trozo de hígado.

1.º *Piel*.— Los cortes han sido hechos después de 24 horas de maceración con alcohol a 36°.

Se ha constatado a simple vista y al microscopio: un espesamiento de la epidermis, poco marcado si es que existe en las partes planas de la piel, real, pero muy poco considerable al nivel de la tuberosidad cutánea.

Sobre los cortes, se ha visto además a simple vista y también con débil aumento microscópico que el dermis en todo su espesor ofrece, acá y allá pequeñas manchas rosadas, que un examen más profundo ha hecho reconocer como masas de pigmento hemático situado en la vecindad de los vasos.

Con débil aumento después de haber tratado la preparación por la glicerina y el ácido acético, se perciben vasos que se muestran bajo forma de cadenas ramificadas o no, un poco más sombreadas que el resto del tejido y aun con este débil aumento es fácil distinguir que su aspecto es debido a una acumulación de elementos anatómicos alrededor de los vasos que les forman especies de manchones muy espesos, un poco difusos en los bordes.

Con mayor aumento estos elementos se muestran más netamente. Se trata de una acumulación de elementos celulares, de pequeñas dimensiones, munidos de núcleo, elementos donde muchos tienen los caracteres de leucocitos no gra-

nulosos—después de la acción del ácido acético y la glicerina.

Estos elementos a forma de leucocitos son redondeados y contienen uno, dos o tres núcleos, a bordes netamente delineados, todos análogos a aquellos núcleos de los leucocitos tratados por el ácido acético. En algunos el núcleo único es en forma de biscuit.

Otros elementos más numerosos que estos están munidos la mayor parte de un solo núcleo más regular y ofrecen aún algunos caracteres de ciertos leucocitos a un solo núcleo; en fin, un cierto número de elementos parece un poco fusiforme y un poco estiliforme; éste es el más exterior, el más interior es aquel que parece estar en la pared vascular o que está en la vecindad del vaso son los leucocitos.

Estos elementos aglomerados, apretados los unos contra los otros en la vecindad de los vasos, están un poco más espaciados sobre el límite del manchón perivascular que forman.

A medida que uno se aleja de los vasos, éstos disminuyen; o reunidos acá y allá en pequeñas masas de algunos elementos, se encuentran en el intervalo de los fascículos de tejido conectivo.

No es posible determinar si estos elementos de nueva formación existen exclusivamente en la vecindad de los vasos venosos.

Son poco numerosos en la capa papilar propiamente dicha del dermis y no se encuentran sino algunos cerca de las ansas papilares de las papilas, es en la capa media del dermis que la aglomeración de estos elementos es la más pronunciada.

2.º *Intestino delgado*.—Sobre el trozo remitido hay ulceraciones muy extendidas a nivel de las cuales las vellosidades no existen más y estas ulceraciones reposan sobre parte de la membrana mucosa, ofreciendo un espesor doble de aquel de los otros puntos de esta membrana.

Sobre cortes delgados perpendiculares a la superficie del intestino, se percibe que las glándulas de Lieberkühn no han desaparecido completamente. En todos los puntos exulcerados ellos se encuentran aún, acá y allá, disminuidos de extensión y más o menos ensanchados.

El espesamiento de la membrana mucosa es debido sobre todo a la presencia de una multitud innumerable de elementos anatómicos nuevos, intercalados entre los diferentes elementos normales de esta membrana.

Los elementos de nueva formación, parecen estar según la semejanza de sus caracteres parecidos a los elementos linfáticos del tejido linfoides de la mucosa intestinal.

No se ha podido determinar si estos nuevos

elementos estaban sobre algunos puntos en relación de contigüidad con los vasos sanguíneos o linfáticos.

3.º *Hígado*.—Sobre cortes delgados, con débil aumento se ve que en la vecindad de ciertos vasos hay acumulación de pequeños elementos, que le forman como un manchón irregular.

Es difícil saber si estas acumulaciones son hechas solamente en la vecindad de los vasos interlobulares, pero es allí que ellos asientan lo más ordinariamente.

Se reconoce aún con la ayuda de este débil aumento que un gran número de células contiene granulaciones y gotitas grasosas.

Con más fuerte aumento se constata que los elementos nuevos, tienen en general, núcleos rodeados de una pequeña cantidad de protoplasma con núcleo redondeado o elíptico y en que las dimensiones varían de 6 a 7 micrones.

Otros de estos núcleos en el punto que ocupan tiene cierta cantidad de tejido fibrilar.

Los elementos nucleados de nueva formación no existen solamente en estos puntos donde están aglomerados, están aún en los intervalos separando las células probablemente, a lo largo de los vasos capilares sanguíneos poniendo en comunicación los vasos interlobulares con la vena intralobular.

En suma, es una hepatitis intersticial remarcable por el número enorme de elementos nucleados, sea acumulados en la vecindad de los vasos, sobre todo de los vasos interlobulares, sea diseminados entre las travéculas de las células hepáticas.

Labadie Lagrave y Félix Leguen—en traité médico chirurgical de gynécologie, 1898—dice:

A distancia uno encuentra en el intestino ulceraciones tuberculosas y en el hígado degeneración grasosa.

Localmente las lesiones son asimilables a aquellas del lupus, en la capa media del dermis se encuentra alrededor de los vasos una acumulación de células embrionarias.

Estas se espesan tanto más cuanto más se aleja de los vasos.

Los linfáticos están dilatados y llenos de células subdérmicas.

Se encuentra igualmente una gran cantidad de vasos dilatados.

El caso de estiómeno del que hizo el examen anatómo patológico M. V. Cormil, sobre una enferma de la clínica de Buillaud, suplido por Broardel y publicado en el Bulletin de la société anatomique de París el año 1874; 3.^a serie, tomo IX. Epitelioma tubulado de la vulva, de los grandes labios, de la piel del puvis y de la región in-

guinal terminado por una cicatrización muy extendida.

Esta enferma murió de una afección renal.

«Es de la vulva y muslo y respondiendo al estómago descrito por Huguier.

Es vegetante y ulceroso terminado sobre la más gran parte de su extensión por una cicatrización y una curación completa.

En ninguna parte la neoformación y la supuración se extendía hasta el tejido celular subcutáneo que era respetado y formaba el límite de la neoformación y de la ulceración.

Nosotros creemos que es imposible no admitir que la cicatriz no resulte de un proceso semejante a aquel que la úlcera en vía de evolución y que su centro no difería de una úlcera inflamatoria.

Nosotros creemos en una palabra, que se trata de un epitelioma tubulado, considerable por su extensión en superficie, muy limitado por su extensión en profundidad y terminado sobre su más grande superficie por una cicatrización definitiva.

Después de la observación que precede es cierto que el epitelioma tubulado puede ser muy superficial aunque muy extendido para curar, dejando una cicatriz completa sobre una porción considerable de la piel.

Las particularidades de estructura que se relacionan con esta cicatriz y al tumor en vía de ulce-

ración nos ha parecido muy importante para ser publicados sus detalles. La parte ulcerada misma da una prueba de la posibilidad de la cicatrización porque el centro de la ulceración no difiere nada de una úlcera de buena naturaleza y la inflamación, después la destrucción y la eliminación de las masas epiteliales no se extienden más allá del dermis.

El profesor Vernuil ha insistido con razón, sobre la variedad de estos tumores (adenomas sudoríparos) menores que aquellos de los canceroides lobulados.»

Vercherer (en *Revue de Gynecologie et chirurgie abdominal de Pozzi*, 1898) dice:

Es una dilatación de los linfáticos, es un verdadero edema linfático, seguido de un espesamiento de la paredes de estos vasos, con propagación al tejido celular, proliferación de las fibras del tejido celular propiamente dicho y del tejido elástico.

Pues la proliferación haciéndose más extendida se forma un verdadero tumor, que puede por perturbamiento muscular escoriarse o vegetar o llegar al esclerema más o menos extendido.

Como ha dicho Robin, en un examen que hizo para Huguier, son tumores mixtos en que las células epiteliales, las fibras fusiformes y las fibras del tejido celular son los elementos íntimos.

Son los tumores homeomorfos compuestos de elementos anatómicos que se encuentran en los tejidos normales de la economía.

Lo que permite, entre paréntesis, rechazar completamente la opinión que fué largo tiempo admitida, que el estiómeno era un cáncer de la vulva. No es así. Que el cáncer de la vulva se acompaña casi siempre, sino siempre del estiómeno, de esclerema esto no sería negado, pero este esclerema el mismo no es de tejido canceroso es el fenómeno idéntico que se produce cuando la lesión primitiva no es cáncer.

El proceso anatómo patológico que determina el esclerema es mejor determinado y es probablemente en la estructura anatómica misma de la región que uno debe de encontrar la explicación.

Vascularización considerable, departamento linfático muy rico, gran laxitud y gran abundancia del tejido conjuntivo nos parecen las razones que permiten comprender la localización casi absoluta de ese fenómeno al nivel de la región anoperineal.

Agreguemos, sin embargo que el orificio bucal, en fin, en ciertos casos puede presentar un aspecto edematoso persistente, absolutamente análogo al estiómeno vulvar, consecuente de la afección mucosa labial por ejemplo.

A. de Dentu y Pierre Delbet—en traité de chi-

rurgie clinique et opératoire, 1901, tomo X—dice:

Según Koch, el tumor está constituido por tejido conjuntivo espesado e infiltrado por tejido de granulación que penetra en los fascículos musculares. El epitelio se termina por un borde tallado a pico y una gran tendencia a la epidermización.

Glóbulos blancos se encuentran diseminados al lado de células conjuntivas.

Los núcleos celulares son a menudo epiteloides.

Existe a menudo la degeneración grasosa.

Raoul Dupuy y G. Rullier, dice:

«Hay una infiltración de los vasos y lesiones de endo y peri vascularitis.

Por otra parte según nosotros la cantidad considerable de fuentes linfáticas dilatadas y de leucocitos, dan a la afección este carácter de reacción inflamatoria profunda.

Sintomatológica e histológicamente el esclerema ano-genital ofrece una semejanza de lesiones que le son propias.

Desde luego, después de haber enumerado las diversas afecciones genitales que todos provocan por sus derrames sépticos que ellos determinan una maceración de la epidermis.

Gracias a esta maceración la fisura se produ-

ce, puertas de entrada por donde uno de los elementos microbianos penetra.

Los leucocitos no tardan en llegar, la lucha se entabla larga, terrible, en ese medio caliente y húmedo que es la región ano-genital; los cocos y los bacilos pululan y la virulencia se exalta.

Dos modalidades pueden ahora presentarse, o bien las células de la región atacada se encuentran en un estado fisiológico deplorable, por causa del mal estado general de las enfermas, ellos se necrosan y la ulceración se produce; o bien sostenidos con la migración de glóbulos blancos, migración que viene como consecuencia de un aumento de trabajo que viene del sistema linfático, partiendo de la dilatación de los conductos superficiales, las células resisten y traducen su sufrimiento por una proliferación intensa y por consecuencia da la hipertrofia.»

Pozzi, dice que en un caso que observó al microscopio le permitió delimitar núcleos tuberculosos con células gigantes.

Las preparaciones anatómo patológicas de nuestra enferma no son muy demostrativas.

Vemos por la figura IV, que debajo del tejido epitelial se nota una gran cantidad de tejido conjuntivo fibroso, en hacesillos con gran infiltración, predominando los leucocitos y aun más los

plasmazellen, como puede verse mejor en la figura V.

Estos elementos celulares vemos que tienen gran tendencia a reunirse en forma de nidos y especialmente alrededor de los vasos como se ve en la figura VI.

En un folleto del profesor, Dr. Angel H. Roffo, titulado: «Las plasmas células, su rol en el exudado inflamatorio», encontramos explicada la presencia de estos elementos.

Después de hacer la historia de las plasmazellen, dice el Dr. Roffo que estos elementos se observan en numerosos procesos inflamatorios de distinta naturaleza, infecciones, sífilis en sus distintas formas; lepra, tuberculosis, granuloma venéreo, etc.; enfermedades parasitarias, meningoencefalitis por tripanosomiasis, quistes hidáticos, cisticercosis cerebral, intoxicaciones crónicas, en el estroma de las neoplasias malignas y aun benignas, especialmente en el cáncer de la piel. El hecho de su fácil observación en procesos tan diversos ha restado a tales elementos el carácter de especificidad que le daban algunos autores como Nissl y Alzheimer en algunas formas inflamatorias y particularmente en lo que a la parálisis general se refiere, después de observar su presencia constante en el cerebro de estos enfermos.

Luego examina las diferentes teorías sobre el origen de los plasmazellen que las reduce a las siguientes:

1.º—La escuela de Amburgo, con Unna a la cabeza que sostiene el origen conectivo teoría histiógena, teoría sostenida más tarde por Ehrlich, Papenheim, Hodara M., etc.

2.º—La escuela de Breslau más numerosa creada por Marschalko y proseguida por Yodasson, Bezanon, Laredde, Niesser, etc.; que sostiene para estas células un origen hemático, haciéndolas derivar exclusivamente de los leucocitos.

3.º—Por último se ha pensado en un origen mixto, lo cual ha dado lugar a la teoría linfoconjuntiva.

Se pregunta el Dr. Roffo si son susceptibles las plasmazellen de evolucionar proliferando y transformarse en células de tejido conjuntivo.

Y dice: «La proliferación de la plasmazellen, es un hecho descripto y aceptado por muchos autores, como otra forma de evolución.

La presencia de plasmazellen binucleados, ya señalada por Marschalko, Dominici, etc., con núcleos que reaccionan activamente y en particular en las células de mayor tamaño evidencia esta evolución.

De las relaciones que los plasmazellen tienen como formadores de células de tejido conjuntivo,

se han ocupado numerosos autores. Schänhlander, Weishaupt, Krompecher, Harris y Ravenna, dan a los plasmazellen la propiedad de transformarse en fibroblastos para Bianchi y Junior, contribuyen a formar tejidos de reparación. Ramón y Cajal, describe la propiedad idéntica de sus células cianófilas, que son elementos capaces de evolucionar y llegar a tipos definitivos como elementos alargados de tejido conjuntivo.»

Termina el Dr. Roffo, con esto:

«La función de la plasmazellen en el proceso inflamatorio no ha sido aun bien interpretada. Sin embargo, es posible adelantar que son células de reacción, con caracteres y un ciclo evolutivo propio y que a pesar de situarse preferentemente alrededor de los pequeños vasos, forman algunas veces focos diseminados, entre cuyos elementos se observan formas degenerativas y proliferativas.

La doctrina genésica más aceptable, es la linfocitaria; habiendo resistido a una crítica severa por las bases firmes que le han proporcionado los nuevos estudios histológicos, que separan netamente a la pseudo plasmazellen, alejando así por completo la duda de muchas formas descriptas.

Aceptando tal origen para las plasmazellen, y su presencia constante en ciertos procesos flogís-

ticos, ¿cuál es su significación y por qué no se las observa siempre en estos procesos?

De las observaciones llevadas a cabo en procesos inflamatorios de naturaleza distinta, se desprende que la plasmazellen no es un elemento de reacción específica.

Las alteraciones que la flogosis produce, pueden ser causa de reacciones celulares, entre las cuales pueden prevalecer distintos tipos. Se conocen formas puramente linfocitarias, con grandes células redondas con predominio de eosinófilos, de clasmatositos, de matzellen, de plasmazellen y también de células del tejido conjuntivo, con transformaciones de sus fibroblastos.

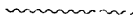
Pensamos con Klippel y Weil, que el predominio de uno y otro elemento debe atribuirse más a la virulencia del proceso que a su calidad o naturaleza, lo cual daría razón del por qué en un mismo órgano se ven focos en un sitio donde prevalece un tipo, que cede su predominio a otros elementos situados en distinta región.

La plasmazellen ocupa la última etapa en la graduación de la virulencia, y como células de reacción, su presencia en procesos lentos de larga evolución, especialmente en aquellos con tendencias a la esclerosis de acuerdo con el desarrollo que le hemos asignado en otro párrafo.

Sin embargo, hay que tener presente que en

estos procesos hay siempre una alteración biológica de los elementos celulares, y así se ha observado que las plasmazellen son más numerosas cuando aumenta la función fermentativa (Schaffer, Ivanovichs, Justi, etc.); se deduce de ello, que la función esencial de la plasmazellen es la elaboración intercelular del material de descomposición, fenómeno que según Pilone sería causa del aumento del cuerpo celular por el acumulamiento de sustancias nutritivas.

Según esto, la naturaleza de la sustancia química dejada en libertad por la destrucción celular, depende de la variedad de los elementos; fenómeno que se halla de acuerdo con lo que ya hemos dicho, de que la presencia y número de plasmazellen depende más de la naturaleza del «proceso flogístico, que de su intensidad.»



CAPITULO III

Formas clínicas y sintomatología

Las formas clínicas establecidas por Huguier en su trabajo publicado el año 1849, han sido aceptadas por todos los autores aun los más modernos.

Por consiguiente todo lo que digamos al respecto estará basado en los trabajos de Huguier.

Tres son las formas principales sacadas por Huguier de la clasificación que hace Oliver del lupus.

- 1.º—Lupus que destruye en superficie;
- 2.º—Lupus que destruye en profundidad;
- 3.º—Lupus con hipertrofia.

Primera especie. — Estiómeno superficial. — Ambulante o serpiginoso

Se observa especialmente sobre el monte de Venus, la cara externa de los grandes labios, en el pliegue génito crural, partes laterales y an-

terior del periné, hacia las extremidades posteriores de los grandes labios.

Puede no ocupar sino algunas de estas partes o atacarlas todas a la vez. Ofrece dos variedades.

Primera variedad.—Designada con el nombre de *estiómeno eritematoso*. La piel no tiene tubérculos, ni elevaciones o induraciones circunscritas, se colorea de un rojo oscuro uniforme, o rojo violáceo muy pronunciado o también de un rojo azulado.

Parece, que la totalidad de su sistema capilar pero sobre todo del venoso se hubiera dilatado, una forma de dilatación en la cual la sangre queda, se desoxigena y se cianosa.

En efecto, una presión sobre estas partes es suficiente rechazando la sangre que ellos encierran, para hacer desaparecer ese tinte mórbido y dar a los tegumentos su color natural. La piel queda ordinariamente seca, no es el sitio de ninguna erupción sea vesiculosa, ampollosa o pustulosa, es ligeramente tensa y luciente, sus muchos pequeños pliegues están borrados, su sensibilidad a la presión es un poco más grande que al estado normal.

Su superficie, está en algunas partes cubierta de pequeñas escamas epidérmicas, grisáceas, blanquecinas, variables en sus dimensiones y más o menos destacables. No se encuentran estas es-

camas o laminillas sino sobre la piel expuesta al aire, arriba del pubis, sobre el borde libre y externo de los grandes labios.

El espesor del tegumento parece estar aumentado excepto sobre ciertas partes, éstas son aquellas donde la enfermedad comienza a disminuir.

Porque, esto es una cosa muy remarcable, aunque esta afección no haya determinado ulceración de la piel la deja después de la curación, más delgada que antes de su desarrollo, acá y allá en medio del rojo moreno o azulado general, se observa algunas veces puntos más rojos lenticulares como pápulas a menudo cubiertas en su centro, de una ligera lámina epidérmica, el tejido celular subcutáneo está ligeramente tumefacto e infartado lo que altera un poco la forma de la vulva. La enferma no acusa habitualmente ningún escozor, ningún calor anormal en las partes enfermas. El momento de las menstruaciones, las relaciones sexuales, la fatiga, causan una exaceración pasajera, que amenaza comezón, pero jamás un dolor verdadero. Esta variedad coexiste, lo más a menudo con las otras especies de etiómeno, ella les rodea.

Segunda variedad.— Etiómeno superficial o tuberculoso.

Es sobre todo a esta variedad, que corresponde el nombre de serpiginoso. En las circunstancias donde se ha tenido ocasión de ob-

servarlo solo, separado de otras especies de la enfermedad había comenzado en la parte interna de los grandes labios por tres o cuatro tubérculos, en algunos casos estos tubérculos están aislados, separados los unos de los otros, por un intervalo de siete u ocho milímetros, en otros casos son confluentes, se confunden casi por su base. Estas puntas tuberculosas, son anchas, poco elevadas, de un rojo sombreado, o mejor de un rojo violáceo, ovalares o redondeadas. Algunos menos bien circunscriptos se pierden gradualmente sobre las partes vecinas, son blandos no dolorosos al tacto, por instantes solamente, pero sobre todo cuando las enfermas se desvían del régimen, se han fatigado, han sido entretenidas en un estado de despropiedad inconveniente, ellas prueban un estado de malestar, de prurito insostenible, a veces un verdadero escozor, que las lleva al gratage con sus uñas y a ejercer frotamientos más o menos rudos con sus ropas. La piel que lo separa está sana o bien está ligeramente elevada, como espesada, hinchada, inyectable, ofrece a veces los caracteres del estíomeno eritematoso. Los tubérculos quedan en este estado durante un tiempo muy largo disminuyendo o extendiéndose según las circunstancias y las condiciones en las cuales se encuentran las enfermas.

Con el tiempo ensanchan sus bases, se aproxi-

man, se confunden; donde no están más separados que por débiles intervalos, concluyen por reblandecerse, supuran en su centro, después ulceran espontáneamente o bajo la influencia de golpes de uñas y de frotamientos reiterados del enfermo. Forman después pequeñas ulceraciones distintas, más o menos circulares, donde una sola o más, extendida, poca profunda, de forma muy variable a bordes irregulares, recortados ansiformes, que envían hacia la superficie ulcerada eperones, prolongamientos que algunas veces se van de un punto a otro de la circunferencia de la úlcera; así, esta superficie supurante es ella misma desigual, de modo que la ulceración ha destruido todo el espesor de la piel y su fondo más deprimido está formado por el tejido celular subcutáneo. Allí las capas superficiales del tegumento están solo atacadas y el fondo formado por las capas célula fibrosas del dermis penetran menos profundamente. El tinte de esta ulceración es pálido, de un rojo sombreado o violeta. Si ofrece algunos puntos de un rojo más vivo, algunas veces de un rojo franco, son las más salientes, aquellas que tienden a brotar o vegetar de la superficie de la úlcera y que se encuentran directamente en contacto con el aire.

Esta superficie es raramente fungosa y putri-

laginosa, es mamelonada, granulosa o vellosa a la manera de ese terciopelo generalmente conocido con el nombre de terciopelo de Utrech.

Está recubierta de una ligera película orgánica, que parece ser de epitelio, raramente empañada por un verdadero pus, a menudo esta verdadera sanie es producida en tal débil cantidad que la ulceración parece seca y lo es en efecto si está en parte expuesta al aire. Es preciso generalmente esta condición para que se cubra de una costra que cuando existe es en general poco espesa, los bordes brillantes de un tinte violáceo están poco elevados y apenas indurados, se confunden insensiblemente con la piel de las partes vecinas. Por dentro, del lado de la úlcera lejos de estar espesados, grisáceos, tallados a pico despegados, más abajo son delgados, hundidos, ofrecen el tinte de la úlcera con la superficie de la cual se pierden gradualmente, algunas veces están más abajo del nivel de su superficie. No están jamás despegados, a menudo algunas láminas blancuscas que son el producto de la sanie desechada o de una epidermis imperfecta, que tiende a formarse así, este último carácter de los bordes se observa sobre todo cuando las ulceraciones son pequeñas y aisladas.

Cuando la enfermedad ha durado en este estado durante ocho o diez meses, un año y algunas

veces más tiempo, invade las partes vecinas y en especial la parte inferior y externa de la vulva. Este proceso se hace de una manera lenta, insensible, diría casi insidiosa. Destruye el tejido, molécula a molécula, o bien otros tubérculos se desenvuelven en su vecindad y concluyen por seguir la marcha de aquellos que venimos de describir, es decir, por producir una ulceración que pronto se confunde con la úlcera primitiva que tomaría dimensiones espantosas, si a medida que se extiende de un lado no se detuviera y cicatrizará sobre las partes que primitivamente ha atacado. Una cicatriz delgada, luciente, lisa, pulida o desigual, mamelonada y espesada, pálida, blancuzca, roja, le sucede. Estos diferentes aspectos de la cicatriz se pueden observar sobre la misma persona, se explican perfectamente según la duración, la marcha de la enfermedad, la profundidad variable a que haya penetrado y el momento que uno la examina. Es esta tendencia, esta facultad de la enfermedad a extenderse de un lado mientras cicatriza del otro que justifica su denominación de estiómeno serpiginoso.

Un hecho remarcable y que muestra aun toda la similitud que existe entre el estiómeno de la vulva y el de la cara, es que después de haber durado durante un tiempo más o menos largo, seis meses, uno o dos años, sobre las partes que

ha atacado en este último lugar los abandone para mostrarse de nuevo en su sitio primitivo y destruir enteramente los puntos del tegumento que no había primero hecho más que razar, para recorrer rápidamente este camino que le es común esta superficie ulcerada y cicatricial invade los últimos límites que él seguirá en seguida penosamente, sea por una destrucción lenta y gradual, sea por la aparición de nuevos tubérculos que proyecta sobre la parte superior e interna del muslo, sobre el periné o la parte interior de la región glútea, por dentro de la tuberosidad del isquion, de tal suerte que oscila en el perimetro vulvo-perineal que no abandona, sino a la larga o nunca. La recidiva sobre las partes anteriormente atacadas, explica cómo una ulceración estiomenal es algunas veces rodeada de cicatrices, bien que sea en vía de progreso y cuando existen muchas ulceraciones como están aproximadas las unas a las otras por una superficie con rastros cicatriciales, las unas antiguas, hundidas, blancas; pálidas y débiles las otras, espesadas, salientes, duras, violetas o azuladas y más o menos recientes. De esto resulta esa figura, ese aspecto particular y en general repugnante en la enfermedad.

Las cicatrices no ofrecen los últimos caracteres que venimos de describir, sino cuando son recientes, cuando la afección ha quedado mucho tiem-

po sobre un mismo punto, no atacando sino a las capas superficiales del dermis, las capas profundas como las láminas cutáneas del tejido celular, están durante este tiempo espesadas e induradas.

Segunda especie.--Etiomeno perforante

Puede existir con las otras dos especies o sola, sin que podamos precisar el género de lesiones que la ha precedido. Los enfermos habiendo reclamado nuestros cuidados cuando la enfermedad ya estaba avanzada, en todos vemos la existencia previa de derrames vulvo-vaginales, pero puede ser el resultado de la afección, ya desenvuelta y que había escapado a la observación de la enferma. Esta suposición es tanto más admisible cuanto hasta este día no se ha observado esta especie de estiómoeno sino sobre las partes escondidas de los órganos genitales externos, se ha visto un ejemplo sobre el monte de Venus, el borde libre y la cara externa de los grandes labios.

Su sitio de predilección parece ser el vestíbulo, los alrededores del miato-urinario, la horquilla, las partes laterales de la entrada vulvar la extremidad inferior de la vagina, el ano y la extremidad inferior del recto.

Principia atacando una sola de estas partes, o se manifiesta sobre varias de entre ellas a la vez.

Cuando la enfermedad, asienta en el vestíbulo suele verse la ulceración penetrar hasta la cara anterior del ligamento subpubiano después de haber destruido todas las partes blandas que separan el clitoris de la uretra. Algunas veces la ulceración rodea este canal para llegar hasta la extremidad inferior de la pared anterior de la vagina.

La uretra así amenazada hace una saliencia flotando en medio de la úlcera, y no es sinó con trabajo y después de tanteos que se puede encontrar su abertura colocada en el centro de una masa fungosa sangrienta y como pediculada.

En otras ocasiones, suele verse en el centro de la ulceración una saliencia escavada análoga al pabellón de una trompa. En otros casos la úlcera abraza en herradura las partes laterales e inferiores del miato-urinario.

La uretra misma como las partes rodeantes están algunas veces destruidas, hasta el punto donde el canal atraviesa la aponeurosis media del periné.

La úlcera representa aun, un infundibulu irregular, detenida en su marcha progresiva por la aponeurosis y el ligamento subpubiano, la parte la más profunda de esta úlcera infundibuliforme se continúa con el tercio superior del canal, sola

porción de este conducto, que ha escapado a la destrucción.

Cuando la afección principia detrás del miato-urinario, por el tubérculo de la columna anterior en la vagina destruye más o menos gran parte de la pared correspondiente de este conducto, rozando a lo largo de la pared inferior de la uretra, de la base de la vejiga y prolongarse entre este reservorio y la pared vaginal y da así nacimiento a una cavidad accidental a fondo ulcerado que está separada de la cavidad de la vagina por una especie de sopapa irregular formada por la pared anterior, que desprendida cae hacia atrás y enmascara la cavidad del canal, al punto que cuando uno separa los labios vulvares para examinar los órganos internos, se percibe la cavidad accidental y el dedo llevado al medio de ellos para explorarlos cae infaliblemente en este seno anfractuoso de donde no puede salir, sino dirigiéndose atrás y abajo de manera de pasar por debajo del eperón irregular y frangeado que forma la pared vaginal anterior desprendida, un especulum puesto en estas partes se extravía de la misma manera.

Si la enfermedad, está sobre los costados de la uretra vulvar, destruye, perfora, desprende las ninfas de dentro y fuera, los grandes labios, destruye las carunculas, las partes laterales de

la extremidad vulvar de la vagina concluye por atacar las glándulas vulvo-vaginales y el tejido celular submucoso y formar un seno irregular que se extiende a lo largo de la pared lateral de la vagina.

Hacia atrás, destruye la orquilla, la fosa navicular, todo el espesor del conducto, llega al tejido celulo-muscular del periné después remonta a lo largo del tabique recto-vaginal formando entre la extremidad inferior del recto y aquella de la vagina un fondo de saco, con paredes ulceradas desiguales y en todo semejante a aquellas que hemos descripto entre la pared vaginal anterior y el fondo de la vejiga. Este fondo de saco recto-vaginal está limitado adelante por la pared posterior de la vagina cortado abajo, despegado atrás y llevado hacia el centro de la cavidad por la elasticidad y la contractibilidad de los tejidos.

Cuando uno examina estas enfermas, el dedo no tarda en caer en la cavidad de la úlcera de donde no puede salir para penetrar en la verdadera cavidad vaginal que se encuentra adelante, por encima, después por debajo del eperón formado por la pared posterior del canal.

Algunas veces el estíomieno perforante produce tales desgastes, que la extremidad inferior de la vagina en todas sus circunferencias está desprendida de la entrada de la vulva y despegada a una

altura más o menos considerable de modo que queda libre y forma una especie de relieve en medio de las partes ulceradas.

El centro mismo de este relieve, presenta una abertura irregular y estrecha que conduce a la cavidad vaginal, el estrechamiento tiene apenas seis a siete milímetros de altura.

Una vez frangeado, el dedo reconoce que la cavidad de la vagina en sus paredes, tienen sus dimensiones y consistencia normales.

Y sobre todo, es en estos casos que la introducción del dedo o del espéculum se hace difícil.

Los mismos estragos pueden producirse alrededor del ano, hacia la extremidad inferior del recto. Muy amenudo la enfermedad ataca a estas dos partes a la vez, una comunicación fistulosa se establece entre los dos conductos.

Estas perforaciones establecen una analogía con el estiómeneo de la cara que algunas veces perfora las alas de la nariz, el pabellón de la oreja y las mejillas.

Estas ulceraciones hacen progresos más en profundidad que en superficie, sale raramente de los límites profundos de la vulva y del periné.

Por causa de la tendencia que tienen a crecer sus bordes son los más ordinariamente espesados, tallados a pico, dentellados algunas veces

ligeramente despegados por debajo, no son elevados por encima del nivel de las partes vecinas, tienen un tinte parecido, es decir, que son violetas o pálidos plomizos como infiltrados y transparentes, la superficie ulcerada es grisácea unida, o granulada.

Al cabo de algunos días de cuidado, o bajo la influencia de simples lociones queda luciente, lisa, de un rojo violáceo y se tapiza de una especie de película, deja salir una especie de cerosidad purulenta, acuosa, poco espesa pero jamás pús, nunca estas úlceras se cubren como en la cara de costras más o menos espesas a esto tienden porque no son expuestas como aquellas últimas a corrientes de aire y porque a menudo están bañadas por el producto de las secreciones genitourinarias.

Los tejidos que rodean la úlcera y a menudo aquéllos que soportan su fondo, son espesados e infiltrados, ligeramente indurados; su sensibilidad es obtusa, algunas veces están hipertrofiados y transparentes en una cierta extensión.

Resulta de este estado que los pliegues, las saliencias normales del ano y de la vulva están deformadas, más desenvueltas y contribuyen así, por esta disposición, a ocultar la destrucción que hay debajo.

Tercera especie.—Estiomeno hipertrófico

En las dos formas precedentes hemos visto que el fenómeno principal de la enfermedad, la destrucción de las partes, se hacía muy a menudo en cierto grado de espesamiento de induración y de desenvolvimiento del tejido vecino.

Aquí, en esta especie, al contrario, la exuberancia de las partes enfermas, su desenvolvimiento hipertrófico, lejos de ser un fenómeno accesorio, forma el carácter principal de la afección.

Estamos obligados para presentar el cuadro fiel de esta afección, de dividirla también en dos variedades.

Primera variedad.—Estiomeno hipertrófico vegetante.—En esta forma, al cabo de un tiempo, más o menos largo, de la duración de un estiomeno superficial eritematoso o tuberculoso, se ve nacer sobre uno o varios puntos de la piel violeta y espesada un conjunto de pequeños tumores vegetantes pisiformes, mamilares, lisos, pulidos, lúcidos, rojos o violáceos. Algunos son, a veces, grisáceos, plumizos, no pasan más que, someramente, el volumen de un poroto; los más considerables llegan, tanto por el aspecto como por las dimensiones, a semejarse a los frutos de palmeras.

Son sésiles o cuando más soportados por una parte muy ligeramente retraída, pero en otros ca-

Los tubérculos pueden presentar un verdadero pedículo; jamás se ramifican a la manera de vegetaciones sífilíticas; son resistentes, elásticas, cubiertas o, mejor dicho, envueltas en un prolongamiento de la piel que es más delgada que las partes vecinas.

Estos tumores incindidos se reconocen que están formados debajo de su envoltura cutánea de un tejido celular denso, apretado y muy bascular.

Están lejos de ser fungosos y móviles sobre su base como las fungosidades que se elevan en las antiguas úlceras o de los cauterios, no sangran más fácilmente que estos últimos que no ofrecen regularidad y no son como ellas envueltas en un verdadero tegumento; recuerdan mucho a los pequeños tumores tuberculosos y pisiformes que se ven elevarse de los viejos vejigatorios.

Otras veces es en la superficie de la piel ulcerada; por ejemplo, en los casos de estiómeno superficial y tuberculoso que uno ve nacer una masa vegetante.

Los tubérculos que desde el principio eran agrupados, los unos al lado de los otros, se inflaman; toman un acrecentamiento considerable, forman un tumor más o menos elevado e irregular, se reblandecen, supuran, se abren; se ulceran las capas superficiales del dermis, son destruidas las profundas como las láminas celulo-fibrosas que

separan estas capas de tejido celulo-adiposo sub-cutáneo; se espesan, se induran, se hipertrofian y producen un montón de vegetaciones que forman pequeños tumores redondeados, esféricos, conoides, cilíndricos, compuestos ellos mismos de otras pequeñas masas donde el aspecto ajado, granulado y como bellosa, anuncia aún un grado de subdivisión.

Estos pequeños tumores no se dicotomizan y no se ramifican como las vegetaciones sifilíticas; no son lisos, tendidos como las precedentes, lucientes, resistentes y envueltos por el tegumento, pero están solamente recubiertos de la más delgada película, de modo que cuando son des-embarazados de la sanie grisácea que ellos producen y de la sangre que dejan exhalar con la más gran facilidad, lejos de presentar una masa de un rojo sombreado, acá y allá, grisáceo o parduzco, ofrece una superficie anfractuosa surcada y finamente granulosa de un rojo vivo o rojo violáceo.

Los puntos granulados y de un rojo vivo que tienen uno o más de un milímetro de extensión están formados por el vértice de las pequeñas granulaciones o de las bellosidades.

Alrededor de esta superficie exuberante, la piel está espesada y bellosa, el fondo que la soporta

y la separa del tejido adiposo subcutáneo es fibroso y ofrece a la afección una barrera casi infranqueable.

El estiómeneo vegetante ofrece, pues, dos variedades; en la primera hay vegetaciones mamilares de la piel y del tejido celular sin ulceración; en la segunda un montón de pequeñas granulaciones bellotas de la piel previamente ulcerada.

Segunda variedad; estiómeneo hipertrófico edematoso o elefantásico.--En esta variedad, la enfermedad tiene su principal carácter en una complicación particular: la induración y la infiltración crónica de los tejidos, lesiones que depende lo más a menudo, como lo ha demostrado M. Alard, de una inflamación crónica de vasos linfáticos y que puede ser también producida por los obstáculos a la circulación venosa, como lo prueban las experiencias de Lower y las investigaciones de Haller, Rayer Gaide, Bouilloud y Cruveilhier.

Es preciso no perder de vista que la especie de estiómeneo que Bielt llama lupus con hipertrofia no es sino el estiómeneo superficial, complicado de infiltración de edema crónico y que confiesa que jamás ha observado esta afección sino en la cara en las inflamaciones agudas o cró-

nicas que la invaden; es muy, frecuentemente, atacado de edema.

Estamos convencidos que los individuos atacados de estiómoeno están muy expuestos a la erisipela y que esto no es ordinariamente sino después de la manifestación más o menos reiterada de esta enfermedad que se muestra el edema crónico; la induración y la especie de hipertrofia que señalamos.

Estas últimas afecciones son la consecuencia de un obstáculo a la circulación venosa, de una flebitis o de una angioleucitis, de tal modo, que la seguidilla de accidentes que presenta la enferma es ésta: estiómoeno, erisipela, algunas veces sin erisipela, flebitis o angioleucitis o las dos al mismo tiempo, después edema, induración e hipertrofia.

Dice Huguier, que una joven de diez y nueve años, confirma perfectamente esto; después de largo tiempo tiene una ostiomielitis de la segunda falange del grueso dedo izquierdo, ostiomielitis de dos metatarsianos del mismo pie, un acceso frío tuberculoso en la pierna izquierda, un estiómoeno superficial tuberculoso de la pierna y del muslo izquierdo y además una elephantiasis de los árabes en el pie, en toda la pierna y en el muslo correspondiente. Esta elephantiasis no se manifiesta sino después de dos erisipelas que son su-

cesivamente desenvueltas en el pié y en la pierna tomando su punto de partida alrededor de las fistulas del pie.

Lo que hay de curioso e importante, es que ella es al mismo tiempo atacada de estiómenos superficiales en la mejilla izquierda y en la pierna derecha, estiómenos que aún no han sido complicados de erisipela o de inflamación de los vasos y de los gangleos linfáticos; también no se muestran bajo la forma de estiómeno hipertrófico.

Todo lo que pasa en la cara sucede aún más fácilmente en la vulva donde los tejidos son, en general, más blandos, más flexibles; el tejido celular, en particular, más laxo, más seroso; los linfáticos más abundantes, las venas más numerosas y a menudo varicosas.

Así, cuando una de las especies de estiómeno que hemos descripto más arriba, existe, llega a menudo cuando la región vulvo-perineal es el sitio de una inflamación erisipelatosa que el rosario vascular linfático y los ganglios inguinales a los cuales van, se inflaman y se hinchan en las venas externas que atraviesan la masa ganglionar inflamada para volcarse al golfo de la vena crural, están comprimidos de donde la molestia de las circulaciones venosa y linfáticas, los perturbamientos de la absorción, la inflamación y la infiltración que están aún acrecidos por la

sobre abundancia de los líquidos serosos y nutricios que llaman la irritación, aquí hay a la vez una forma de hidropesía activa y pasiva.

Entonces los dos grandes labios o uno solo de ellos doblado, triplicado, quintuplicado de volumen, enmascarando la entrada vulvar, forman tumores ovalares, firmes, elásticos de una consistencia igual en toda su extensión, no dolorosos aún a la presión y que conservan difícilmente las huellas de una presión, sensible al exterior a la influencia de picaduras o de escarificaciones, insensibles al interior, es decir, una vez que el instrumento ha atravesado la piel se puede hacer jugar en el espesor del tumor sin causar sufrimientos a la enferma.

Estos tumores son de un rojo sombreado azulado o violáceos, algunas veces marmoleados, tensos, pulidos sobre todo hacia su cara interna; su cara externa es más dura, más pálida, de un tinte leonado y ofrece algunas veces láminas grisáceas e induraciones tuberculosas, no es raro verle presentar principalmente hacia su base, flexuosidades venosas que varían en número y en extensión.

Las ninfas infiltradas, espesadas, se alargan al punto de pasar seis o siete centímetros y aún más el borde libre de los grandes labios y de formar uno o dos tumores que pueden tener el vo-

lumen de un grueso huevo de pavo y que presenta los mismos caracteres que aquéllos formados por los grandes labios; solamente ellos son más moderados, más unidos y no ofrecen escamas, láminas blancas o grises.

El prepucio del clítoris puede ofrecer las mismas alteraciones. Las carúnculas que no han sido destruidas por la enfermedad toman las dimensiones más considerables y obturan la entrada de la vagina; el rafe está a menudo desenvuelto y saliente al punto de formar una cresta desigual, dentada, teniendo uno a dos centímetros de altura; en un tumor ovalar rojo luciente y extendido de la orquilla al ano en que los pliegues espesados salientes e indurados forman tumores que tienen una gran analogía con los condilomas sifilíticos por los cuales son tomados por un gran número de prácticos.

La reunión de muchos de estos pliegues forman una masa anfractuosa surcada y tuberculosa en medio o sobre los costados de la cual se encuentra la abertura anal.

Cuando uno o varios de estos tumores existen después de largo tiempo, muy a menudo se desenvuelven sobre las partes más salientes, no vegetaciones propiamente hablando, sino exuberancias, escrescencias pisiformes, lisas, tensas, recubiertas por la piel y la membrana mucosa y

en todo semejante a aquellas que ya hemos descrito.

La disección muestra que todas estas masas que han hecho los pliegues de la región vulvo-anal, casi desconocible, están formadas exteriormente por la piel o la membrana mucosa espesada e indurada interiormente por tejido celular seroso, jamás grasoso, en que las láminas apretadas, espesadas, son fibrosas, opacas de un gris amarillento o blancuzco, encierran una serosidad rosácea o una serosidad análoga al suero.

Algunas veces este líquido es límpido, más espeso, más gelatinoso que al estado normal; también poco es suficiente incindir el tumor para verle escapar, es preciso aún ejercer sobre él una presión.

Se encuentra acá y allá, algunas láminas, algunos fascículos fibrosos que, partiendo de las capas profundas del dermis, van a perderse y en cierta forma a ramificarse en la masa.

Se encuentran algunas veces venas gruesas, coloreadas bajo la piel, jamás otras arterias que las pequeñas arteriolas cutáneas, lo mismo sucede con los nervios.

Esta infiltración hipertrófica que hemos descrito más arriba ha sido una o varias veces precedida o acompañada de la inflamación y del hinchamiento, primero agudo, seguido de una cro-

nicidad de ganglios inguinales que a este período de la enfermedad forman tumores más o menos voluminosos, desiguales, abollados e indolentes.

Si toda la vulva es tomada de infiltración dura, se encuentra constantemente estos hinchamientos ganglionares en las dos ingles; sino hay más que un solo costado enfermo es en la ingle correspondiente; si en fin, la infiltración hipertrófica existe de los dos lados, es más fuerte y más vieja de un lado que del otro, es en la ingle correspondiente a la parte más enferma que se encuentra el hinchamiento ganglionar más viejo y en más voluminoso.

Esto recuerda, de paso, tantas pruebas que muestran que esta principal complicación del estíomeno tiende, sobre todo, a una lesión del sistema linfático.

En este período de la afección no son solamente los repliegues exteriores de la región vulvoanal que se indura, se infiltra, se hipertrofia, sino que aun las paredes de la vagina y del recto así como sus repliegues mucosos, de tal modo que la luz de la parte inferior de este conducto está considerablemente retraída; el dedo penetra con dificultad y siente en el recto sobre todo crestas salientes, tuberosidades firmes, resisten-

tes, elásticas, que simulan la degenerescencia cancerosa.

Frecuentemente también en esta época, a parte de la hiperémia pasiva, la inflamación tuberculosa de los tegumentos, su escoriación o ulceración estiomenal se manifiesta en los pliegues genito-crurales; las ninfas entre los pliegues del ano hacia la base de los tumores, hendiduras, fisuras con bordes tallados a pico a fondo grisáceo teniendo dos o tres milímetros de profundidad y que dejan escapar un líquido sero-purulento que se mezcla a los líquidos útero-vaginales, mancha de la manera más repugnante las ropas de la enferma, sin hablar del olor desagradable que exhalan.

Entre los prácticos, los unos la toman por una enfermedad venérea; los otros por una degenerescencia cancerosa o una elefantiasis de los árabes; según que la ulceración, el hinchamiento hipertrófico o el retraimiento con induración de las partes son más o menos pronunciadas y diferentemente combinadas; puede llegar que, tanto en la vulva como en la cara, las tres especies de estiómeno se encuentren simultáneamente en el mismo individuo.

Es entonces cuando los órganos sexuales ofrecen un aspecto repugnante y que el médico se

siente desalentado en presencia de un mal que no ha dejado nada normal ni sano en la configuración y la estructura de las partes en que la deformación recuerda las monstruosas destrucciones, las grandes tumefacciones y las horribles cicatrices de la nariz, de las mejillas, de los labios, párpados y de las orejas de las personas afectadas de estiómoeno de la cara.

No se ve, sino raramente, en esta enfermedad, antigua y algo grave, que puede determinar perturbamientos generales serios; la mayor parte de los enfermos conservan buen estado y algunos la frescura.

Hay más, es que esta afección determina muy pocos perturbamientos funcionales locales.

Así las enfermas no sienten ordinariamente ni puntadas, ni calor, ni dolor insoportable; las menstruaciones continúan siendo regulares, las relaciones sexuales, la mixión, las evacuaciones albinas, la marcha se hacen fácilmente.

Solamente cuando alrededor de la uretra o en la cara interna de las ninfas existen ulceraciones, hendiduras, fisuras; cuando uno o dos tumores voluminosos penden entre los muslos, cuando la vagina y el recto están muy retraídos e indurados, la emisión de las orinas por su contacto y su frote sobre las ulceraciones es seguida de comézón y de dolores; la marcha se hace

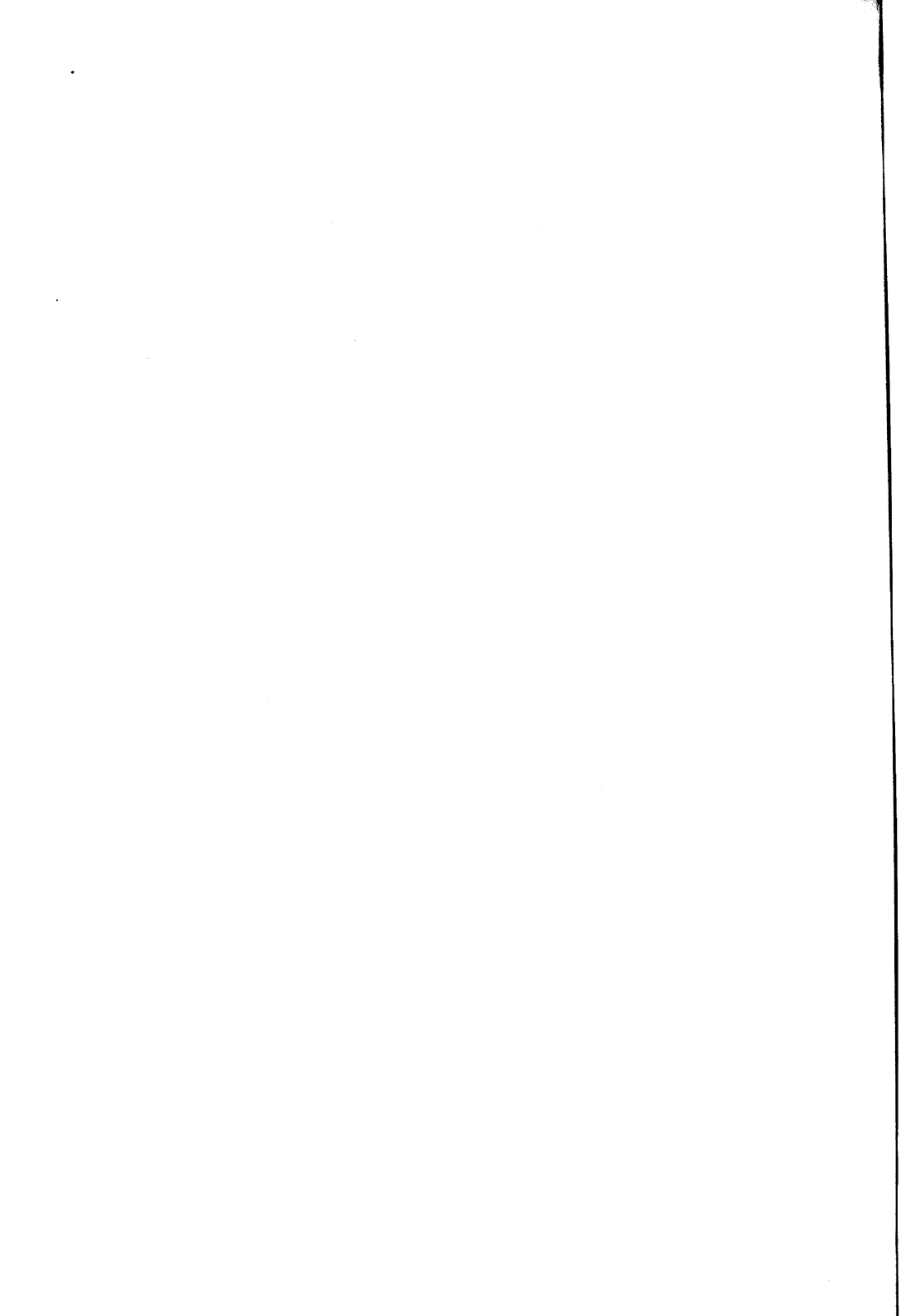
penosa, las relaciones sexuales y las evacuaciones albinas se hacen difíciles, dolorosas e insupportables; es entonces que se ve a las enfermas adelgazar y decaer; las funciones digestivas y respiratorias pervertirse, la diarrea licuativa sobrevénir y la muerte llegar en el marasmo más completo.

Habla Huguier de dos enfermas que sucumbieron porque el canal intestinal estaba crivado de ulceraciones y el peritoneo inflamado.

En el estiómeno eritematoso tuberculoso y en el hipertrófico vegetante, los ganglios inguinales pueden estar sanos y la enferma no sentir ninguna sensación anormal.

Sin embargo, en la mayoría de los casos estas glándulas linfáticas están ligeramente injur-
guitadas, tumefactas de un solo lado o de los dos lados, según la extensión de la enfermedad y son el sitio de algunos dolores vagos.

Las enfermas atacadas de estiómeno vulvar no comunican ninguna afección a las personas con las cuales tienen relación y los líquidos purulentos segregados por las partes irritadas o ulceradas inoculadas con una lanceta o depositadas sobre la parte sana o escoriadas no dan nacimiento a ningún mal resultado: la escoriación cura tan prontamente como aquéllas que no han sido inoculadas.



CAPITULO IV

Diagnóstico y pronóstico

Los datos que la enferma puede suministrar respecto a la marcha lenta e indolora de la afección más que el aspecto físico pueden ser guías que lleven con alguna seguridad al diagnóstico.

Es un estado hipetrófico lento de los órganos genitales externos y regiones vecinas (ano y periné) con tendencia a ulcerarse y corroer los tejidos, que ocasiona poco o ningún dolor; dura mucho y no infarta los ganglios ni altera el estado general. No debemos considerarlos como una afección especial sino la manifestación de diversas enfermedades.

Sin embargo, con algunas afecciones puede confundirse, y son las siguientes:

Con el chancro fagedénico

Podríamos confundir la forma ulcerosa del estiómeneo pero en este caso la coloración rojo vío láceo es muy diferente del color gris del chancro; además, esta última afección da adenopatía inguinal y tiene una marcha invasora rápida que contrasta con la lentitud del estiómeneo que, por lo general, determina también hipertrofia que no existe en el chancro; en éste el examen del raspaje da la presencia del bacilo de Ducrey, ausente en el estiómeneo.

Con la tuberculosis de la vulva

El estiómeneo se puede confundir por su aspecto físico y su marcha clínica que son casi idénticas; mas aún, si recordamos que hay autores que sostienen la naturaleza tuberculosa del estiómeneo, pero aún esto no está demostrado; además de los órganos genitales externos se acompaña después de algún tiempo de lesiones pulmonares y también podemos agregar que el estado general se altera mucho más pronto que en el estiómeneo.

En la tuberculosis encontramos bacilos de Koch y las células gigantes que no se les ve en el estiómeneo, las inoculaciones experimentales son positivas en la tuberculosis y han sido siempre negativa en el estiómeneo. Todavía hay otro me-

dio de diagnóstico positivo en la tuberculosis y es su reacción biológica a la tuberculina.

Con la sífilis

Del chancro sífilítico se distingue en que éste tiene un fondo gris, sus bordes son festoneados y rodeados de un tejido sano, cosa que no pasa en el estiómeneo.

Además las manifestaciones cutáneas de la sífilis están dispuestas en círculo y se reconocen por su tinte cobre especial.

La ausencia de repercusión en el sistema ganglionar es común del estiómeneo, no así en la sífilis.

También existen otros signos en la sífilis que pueden orientarlo en su diagnóstico como la presencia de espiroquetas en los frotis.

La ineficacia de la medicación hidrargírica en el estiómeneo lo diferencia de la sífilis.

La cronicidad del estiómeneo sin caquexia lo separa de la sífilis.

La biopsia no es muy concluyente, pues en ambos casos se constata un proceso inflamatorio crónico.

La reacción de Wassermann no debe descuidarse en ningún caso sospechoso a menos de que se trate de una afección mixta; sus resultados son un buen auxilio.

Con el cáncer

Tiene algunas semejanzas el estiómeneo y a veces difícil de diagnosticar a primera vista.

El estiómeneo evoluciona por poussees y más lentamente que el cancer, cada faz de trabajo de destrucción es más larga en operarse, la cicatrización se anuncia en ciertos puntos para desaparecer pero fácil de reconocer, en el cancer hay tendencia continua a la destrucción, mientras que en el estiómeneo hay tendencia a la reparación de los tejidos.

Además, el fondo de la ulceración cancerosa es más brotante y sus bordes son evertidos y los ganglios de la ingle están invadidos, agreguemos que el estiómeneo no es doloroso, mientras que el cancer sabemos que lo es, los dos se gregan líquido pero el cancer en una forma mucho más abundante y más fétido y sanguinolento.

Siguiendo la evolución de la afección vemos que al cabo de cierto tiempo el cancer produce en toda la economía perturbaciones graves, llegando a la caquexia cancerosa que no se observa en el estiómeneo ni aún en los casos más graves.

Si nos asaltara alguna duda, la biopsia nos aclarará mejor el diagnóstico, pues sabemos que en el cancer está formado de tejidos anormales; el

estiómeno, al contrario, lo forman tejidos análogos a aquellos que se encuentran en la economía.

Con la elefantiasis

Podría confundirse el estiómeno de forma hipertrófica, en las dos afecciones hay induración, espesamiento de los tejidos, infiltración, edema crónico del tejido celular y aun transformación fibrosa de las láminas del tejido.

Pero es preciso guardarse bien de tomar el efecto por la causa, en la elefantiasis simple, la infiltración, induración, e hipertrofia son esenciales y no se manifiestan con una erisipela o una linfagitis-vulvo-vaginal sobre órganos previamente sanos, mientras que los casos que se trata de estiómeno son precedidos después de un tiempo más o menos largo de todos los síntomas de una de las especies de estiómeno o aun de las tres especies reunidas, lo que lo distinguirá de la elefantiasis.

Además, la lesión elefantiásica no se ulcera espontáneamente como pasa en el estiómeno.

Pero un carácter diferencial importante estriba en el linfarto ganglionar (ganglios de la ingle), que es prematuro y no faltan nunca en la elefantiasis mientras que en el estiómeno no existe.

Con la hipertrofia de la vulva

Podría existir alguna semejanza en la forma hipertrófica del estiómene, lo mismo que en la elefantiasis hay que averiguar si es consecutivo al estiómene y no esencial, que él complica esta afección pero no la constituye.

Además en una verdadera hipertrofia como en el delantal de los Hotentotes, en el clítoris voluminoso de las tribadas, en el desenvolvimiento anormal de las carúnculas, estas partes están sanas, no difieren más que por su gran desenvolvimiento, no se cubren de vegetaciones ni de eminencias mamilares.

El tejido que lo compone no ha sufrido ninguna alteración ni modificación en su estructura, su color, su consistencia, son los mismos, no están ni infiltrados ni ulcerados.

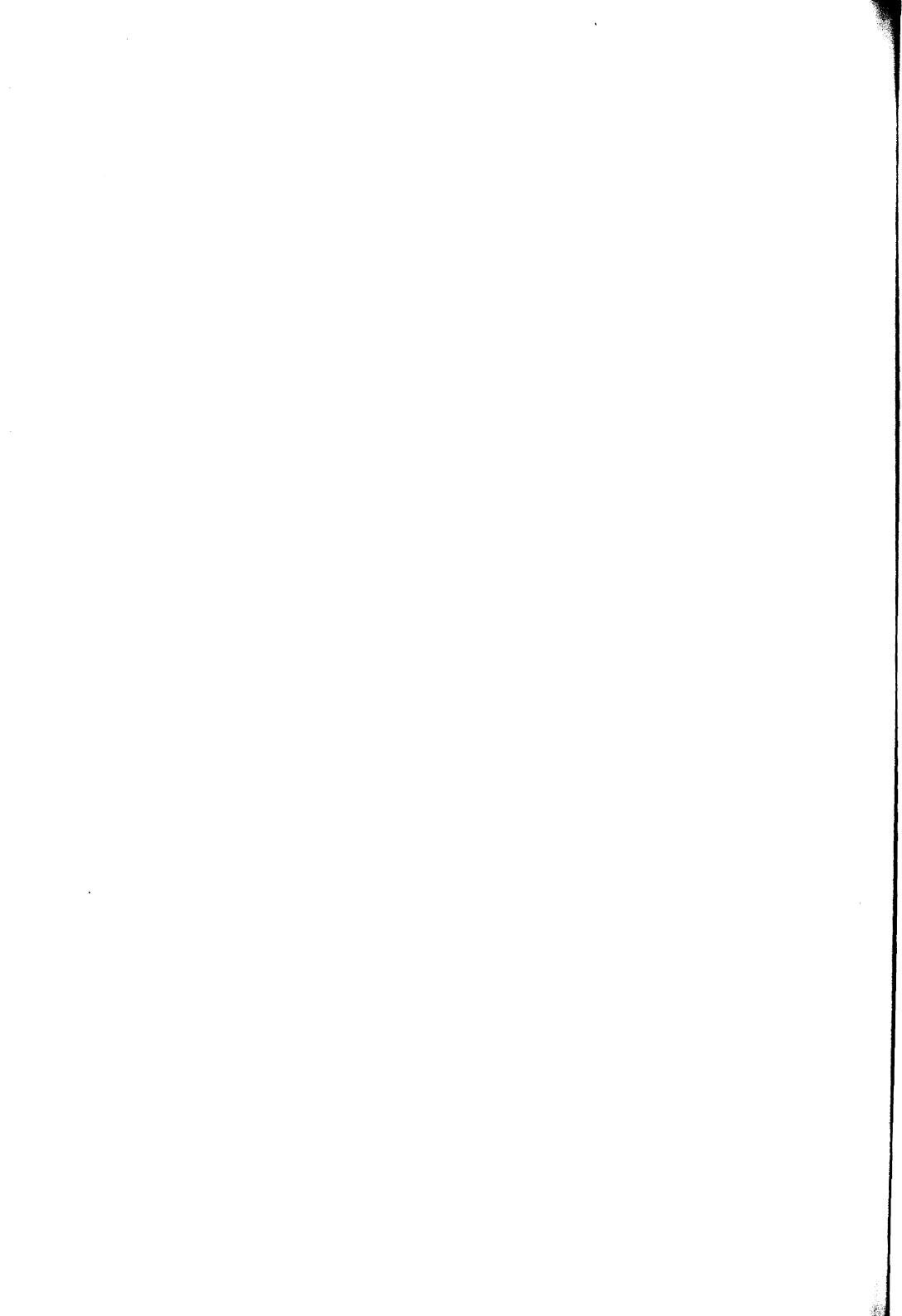
Con el granuloma venereo

Existe alguna semejanza, pero se distingue porque las cicatrices del granuloma son pigmentadas y jamás aparece una nueva lesión sobre la cicatriz que, por el contrario, es muy común esta reaparición en el estiómene.

Además en el granuloma, las ulceraciones sangran con mucha facilidad y su secreción es muy abundante; agreguemos que es una afección su-

mamente contagiosa, cosa no probada en el estiómeno.

Si dudáramos aún, un frotis nos daría luz, pues en el granuloma venéreo se ha encontrado un gérmen específico que es el *colymmatobacterium granulomatis*.



Pronóstico

Todos los autores dicen que es una afección grave aunque es crónica, benigna y lenta.

Ante todo es difícil de curar estas lesiones continuamente irritadas por el pasaje y el contacto de las materias fecales y las orinas, además las menstruaciones sin hablar de las congestiones que determinan en una mujer joven, vienen regularmente a cada época a irritar y congestionar estas lesiones activando los progresos del mal o destruyendo en alguna forma el beneficio de un mes de cuidados.

Como la afección dura mucho tiempo en algunos sujetos, el intestino se inflama, se ulcera en un montón de puntos y una diarrea coalicuativa seguida de una peritonitis aguda termina la vida de los enfermos.

Pueden presentarse muchas otras complicaciones, como infecciones secundarias, mas, cuando sabemos que se trata de una afección en mujeres de baja prostitución y desaseadas.

CAPITULO V

Tratamiento

No conociéndose bien la etiología del estiómeneo, se hace muy difícil un tratamiento adecuado. Todos los autores que se han ocupado del estiómeneo han ensayado muchos tratamientos variables, según la forma en que éste se ha presentado. Los resultados han sido poco felices.

Huguier que ha sido el primero que se ha ocupado del estiómeneo vulvo-anal, aconseja un reposo casi absoluto, empleo diario de lociones, baños de asiento, enemas, etc., que varían en su naturaleza según la especie de estiómeneo y según que sea simple, complicado de inflamación o de erupción sobre las partes vecinas; agrega en los casos en que hay inflamación, induración e infiltración crónica, las fricciones con pomadas de yoduro de plomo, yoduro de azufre, hidrato

de potasa, calomelanos y algunas veces el ungüento mercurial.

El el estiómene superficial, algunas ligeras cauterizaciones con el nitrato de plata, pueden ser útiles.

Dice que cuando todos los medios generales y locales han fracasado debe recurrirse a la extirpación de las partes enfermas.

Si el prepucio del clítoris con las ninfas forman tumores duros, elásticos, voluminosos y como pediculados que resisten a la acción de los medicamentos, pueden extirparse y, agrega, que es preciso conducirse de la misma manera para las carúnculas mirtiformes hipertrofiadas e induradas; los pliegues del ano que han sufrido la misma alteración como para los tumores que están en el rafe perineal.

Esta pequeña operación no es jamás seguida de accidentes y acelera considerablemente la curación determinando una desinflamación y una retracción saludable de los tejidos, teniendo cuidado de guiar bien la cicatrización.

Eustache dice que debe intervenirse lo más pronto posible para tratar de encauzar la marcha de la enfermedad y con el objeto de conjurar las consecuencias desastrosas.

Prescribe un tratamiento tónico y reconstitu-

yente, reposo, aire puro, alimentación sustanciosa, ferruginosos, sobre todo, yoduro de hierro.

Agrega los baños de mar y de aguas sulfurosas y los mismos medios locales indicados por Huguier.

Se funda en los buenos resultados dados por el termo cauterio en el lupus de la cara para aconsejarlo en el estiómene vulvar.

Opta por la extirpación en el estiómene hipertrófico, pero no con el bisturí sino con el termo cauterio.

Plicque dice que la variedad constituída por la ulceración crónica simple, cede bajo la influencia del tratamiento general y de la higiene local; somete a la enferma bajo el régimen de aceite de hígado de bacalao y de quinina, localmente toca con cuidado los bordes y partes vecinas con solución débil de nitrato de plata o cloruro de zinc, luego pone un polvo inerte y antiséptico yodoformado o salol. En la forma hipertrófica es partidario del tratamiento quirúrgico.

F. Labadie, Lagrave y Félix Leguen, indican tratamiento general antituberculoso y mucha higiene y limpieza, toques de yodo, curación con resorcina, termo cauterio y bisturí.

El doctor Nacy da mañana y tarde un poco antes de la comida una taza de infusión de hojas de nogal a la que agrega una cucharadita de

Rp.: Yodo, 1 gramo; Yoduro potasio, 4 gramos;
Agua destilada, 250 gramos.

Aceite de hígado de bacalao, dos cucharadas por día; tocar todas las mañanas con la siguiente solución:

Rp.: Yodo 1 gramo; Yoduro potasio, 3 gramos;
Agua destilada, 30 gramos.

Lavajes muchas veces por día y frotamientos con decocción de nogal.

El doctor Fiquet indica tisanas de lúpulo, yoduro de potasio, 2,50 gramos, vino de quina, baños sulfurosos, curación de las llagas con polvo de quina y carbón.

Dice el doctor E. Tornú que la cauterización de las úlceras con el termo cauterio y la ablación con el bisturí son, sin duda, armas poderosas pero que no dan mayor resultado y pone como ejemplo el caso de su enferma operada por el doctor Revilla en que el resultado operatorio fué excelente pero el terapéutico casi nulo, pues la afección no tardó en residibar.

Dice Pozzi que el cauterio actual es preferible a los cáusticos, como el ácido nítrico empleado por Martín, la potasa cáustica por Veit, el ácido sulfuroso por Guillaumet, el ácido láctico a partes iguales con agua usado por Cheron.

También dice Pozzi que las escarificaciones y el raspaje con la cureta le ha dado grandes re-

sultados en el lupus de la cara; no tendrá peligro de usarse en la forma eritematosa o superficial y que la curación yodoformada y el toque con la tintura de yodo aconsejada por Siredey da también algún éxito.

Cheron aconseja la fórmula siguiente:

Rp.: Naftol B, 20 gramos; Alcanfor, 40 gramos; (uso externo).

A. Guérin aconseja los cáusticos, como la pasta de Viena o la pasta arsenical y sobre todo, la pasta de cloruro de zinc.

Dice Vercherer que la presencia del estiómene indica siempre una lesión primitiva. Es esta lesión que es preciso tratar y curar antes de tentar toda terapéutica contra el estiómene. Desaparecida ésta, el estiómene curará instantáneamente bajo la influencia de cuidados higiénicos, por que la mala vida y la falta de cuidados juegan un gran rol en su aparición; se mejoran y desaparecerá, lo que es la excepción.

Lo más a menudo será necesario intervenir quirúrgicamente, sea por punto de fuego al termo cauterio, hecho profundamente o aproximados, sea por la ablación sucesiva de los tumores por medio del termo cauterio al rojo sombra.

Dice, a menudo también se obtendrá una curación completa, pero es preciso saber que subsistirá cicatrices extendidas, deformantes contra las

cuales uno no podrá luchar y, en fin, que los retraimientos del ano son una consecuencia casi inevitable contra las cuales, sin embargo, uno siempre deberá prevenir las enfermas aconsejándoles un tratamiento preventivo aplicado durante largos meses por medio de la dilatación.

Creemos que el tratamiento será variable según los casos, como dice muy bien Vercherer; ante todo debemos buscar la causa o sea el origen del estiómeneo y combatirlo con medios higiénicos principalmente y además averiguar si existe alguna especificidad como sífilis, tuberculosis, cancer, etc., e instituir entonces un tratamiento adecuado al caso.

Si estos medios fracasaran, debemos buscar el remedio en el tratamiento quirúrgico por medio del bisturí y termo cauterio, estirpando las partes hipertrofiadas y resecando las ulcerosas.

En muchos casos una biopsia puede llevarnos al verdadero origen del estiómeneo y permitirnos hacer un tratamiento más seguro.

Creo que la falta de éxito en la mayoría de los casos depende de las aplicaciones idénticas contra una afección que se viste con trajes tan distintos.

Cómo pretender que un estiómeneo cuya histología patológica da un epitelioma cure con un tratamiento aplicable a una lesión que no sea específica, o al contrario, fuera ella no cancerosa, pero si tuberculosa o vice-versa, o aún sifilítica.

Observación Clínica

Hospital Rawson — Sala I, Pabellón VII
Servicio del Dr. Martín J. Reibel

Nombre: A. B.; nacionalidad: argentina; estado: soltera; edad: 28 años; Entrada: 6 de mayo de 1915; operada: junio 15 de 1915; alta: 14 de julio de 1915.

Diagnóstico. — Estiómene hipertrófico de la vulva y del ano.

En sus antecedentes hereditarios no encontramos nada que pueda interesarnos.

La madre vive y es una mujer sana; el padre murió a los 40 años, no da datos de qué, pero dice que era alcoholista; tiene dos hermanos que son también sanos.

Antecedentes personales. — Dice no haber sido nunca bebedora y actualmente no toma ninguna bebida alcohólica.

Ha tenido una blenorragia a los 20 años que curó con tres meses de tratamiento médico; a los 22 años dice que apareció en el labio mayor del lado derecho una pequeña llaguita que curó en 20 días sin infarto ganglionar no habiendo tenido después ninguna otra manifestación que hiciera sospechar una sífilis.

Es natural y ha vivido siempre en la provincia de Buenos Aires; en la infancia tuvo escarlatina.

Menstruó bien desde la edad de 15 años.

Enfermedad actual.— Refiere la enferma que hace como dos años empezó a sentir sobre el periné una incomodidad constituída por un pequeño tumorcito duro al que no dió mayor importancia y que lo notó una vez después de defecar al hacer el aseo anal.

Más tarde, alrededor de este tumorcito apareció un pequeño eritema que no le trajo comezón ni ninguna clase de trastornos; el tumor perineal siguió aumentando de volumen considerablemente, pero dice la enferma, que no sentía ningún dolor espontáneo, ni a la presión y que por esta razón no le dió ninguna importancia.

Pero hace seis meses empezó a incomodarle mucho principalmente en la marcha, pues dice que ya no era un tumor sino dos, uno sobre cada labio mayor y que con su considerable tamaño

la obligaba a caminar separando un poco los muslos y echarlos hacia adelante para sentarse.

En esta época notó que en la región anal empezaba a aparecer algo análogo, a lo que le había sucedido en sus órganos genitales y que estos tumores empezaban a ulcerarse y daban un líquido amarillento que le manchaba la ropa y con un olor algo fétido.

La enferma no se hacía más remedios que lavajes en sus órganos genitales externos con bicloruro que le indicó un farmacéutico.

Ahora se presenta al hospital pidiendo que le saquen esos tumores porque dice que le incomodan para caminar.

Exámen de la enferma.—Es una mujer de buen desarrollo óseo y muscular, muy poco tejido adiposo en mal estado de nutrición.

De tez morena y la forma de su cráneo normal.

El color de sus mejillas está de acuerdo con el color general de esta mujer; los labios, como todas las mucosas, algo pálidos. Dientes bien implantados y conservados, paladar normal.

El cuello está de acuerdo con su desarrollo, no hay ganglios ni cicatrices de origen gangliónar.

Torax.—Nada de particular; en cuanto a su forma es simétrico, tipo respiratorio costo abdo-

minal. Escursión respiratoria, palpación, percusión y auscultación, normales.

Pulso regular amplio igual con 80 pulsaciones por minuto.

Corazón.—En la inspección, palpación, percusión y auscultación normales.

Abdomen.—Límite superior del hígado en cuarto espacio intercostal y el inferior cortante llega al reborde costal.

Bazo.—No se palpa.

Reflejos tendinosos, cutáneos y mucosos normales.

Organos genitales.—Los órganos genitales externos están completamente ocultos por la presencia de dos enormes tumores que están implantados sobre los grandes labios en la mitad posterior de éstos.

Estos tumores entre los dos son del tamaño de un zapallo común; cuando la mujer está parada llegan a la unión del tercio medio con el superior de los muslos; tienen un color moreno sianótico, manchas redondeadas algo blancuzcas de forma marmoleada o leonada; tienen una forma alargada y peliculada convexos hacia afuera y planos por su cara interna donde se ponen perfectamente en contacto el uno con el otro.

Tienen algunas ulceraciones en su cara exter-

na pero no son muy profundas ni de muy mal aspecto; dan un líquido amarillento y algo fétido.

Tienen una consistencia fibrosa con un edema duro, no son dolorosos espontáneamente, ni a la presión, pero sienten los pinchazos producidos por un instrumento punzante.

Los pequeños labios son normales con su mucosa sana, lo mismo que el clítoris, miato-urinario la vagina está sana no hay estrecheces.

El útero tiene las huellas de una antigua metritis.

Sus anexos están sanos. Sus menstruaciones son normales y no dolorosas.

Ano.—La región anal se encuentra también enferma, sus pliegues están hipertrofiados con tumores de aspecto condilomatoso y ulcerado, dando un líquido amarillento, no hay estrechez y con el tacto no se nota nada anormal en el recto.

Las figuras 1.^a, 2.^a y 3.^a demuestran perfectamente las lesiones que acabo de describir.

Estas fotografías se las debo a la amabilidad del doctor Enrique Finochietto.

El examen de sangre sólo nos da de anormal una pequeña anemia.

Reacción de Wessermann. + + +

Cutis y dermo reacción negativa a la tuberculina.

Tratamiento.—Reposo absoluto, lavaje cotidiano de los órganos genitales y ano.

Se le hace tres series de inyecciones de bicianaro de mercurio sin obtener ninguna mejoría ni local ni general. Se resuelve operarla.

Junio 15 de 1915.—Operación.—Operador, doctor Martín Reibel. — Bajo anestesia clorofórmica. Con el bisturí se estirpan los dos grandes tumores vulvares y los anales, a las partes enfermas vecinas que están algo edematosas se les aplica algunos puntos de termo cauterio cercanos y profundos.

La amputación de los grandes tumores fué muy sangrienta.

Se sutura en tres planos, con catgut: los planos profundos de los grandes labios y la piel con crín.

En la región anal se sutura también profundamente con catgut y la piel con crín.

Se colocan algunas mechas yodoformadas, gasa y vendage.

La descripción anátomo-patológica de los tumores va en el capítulo II de este trabajo.

El éxito operatorio fué completo, los planos de sutura cicatrizaron perfectamente bien, la enferma, encontrándose sana abandona el hospital el 14 de julio o sea un mes después de su operación, privándonos de obtener una nueva fotogra-

fía para poder demostrar en el estado en que quedaron sus órganos genitales externos después de operada.

Por datos recientes que he obtenido por intermedio de la madre, me dice que la enferma se encuentra muy bien desde que se retiró del hospital.

Siento mucho no haber podido examinar esta enferma después de abandonar el hospital para poder apreciar el resultado terapéutico de la operación.

Agradezco mucho al doctor Martín J. Reibel, quien me facilitó la historia y demás datos de este único caso que puedo acompañar en mi tesis.



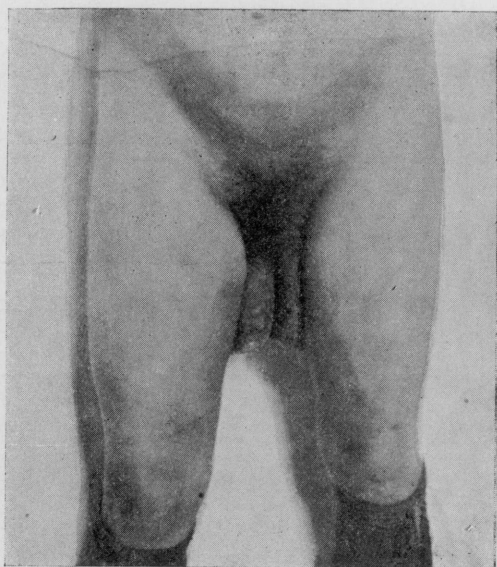


Fig. I
Estiómeno vulvo anal, visto por delante.
(Caso del Hospital Rawson)

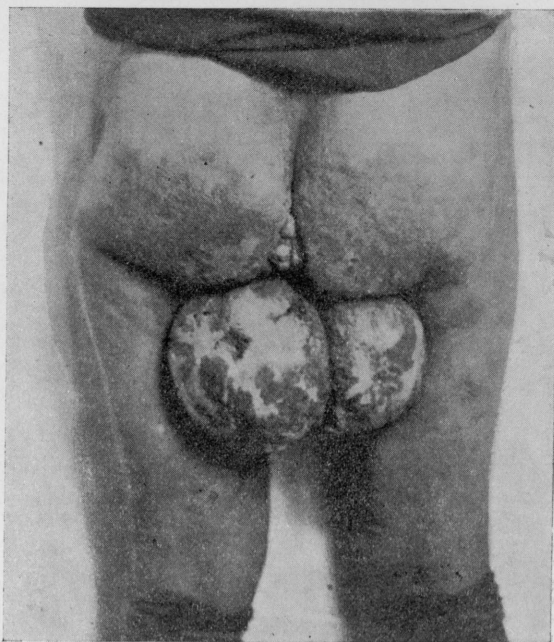


Fig. II
Estiómeno vulvo anal, visto por detrás.
(Caso del Hospital Rawson)



Fig. III
Estiomeno vulvo anal, enferma en posición ginecológica.
(Caso del Hospital Rawson)

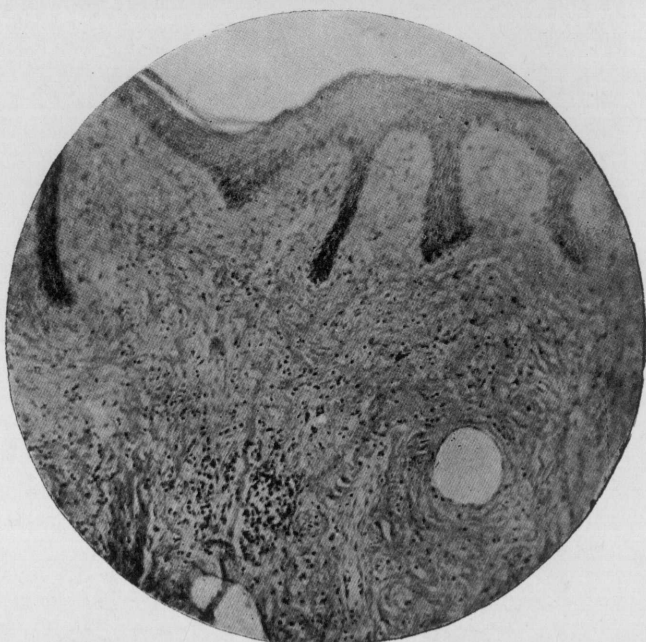


Fig. IV
Obj. Zeiss, apoero 8 mm. dist. joc. 0.50, ocular proy. I

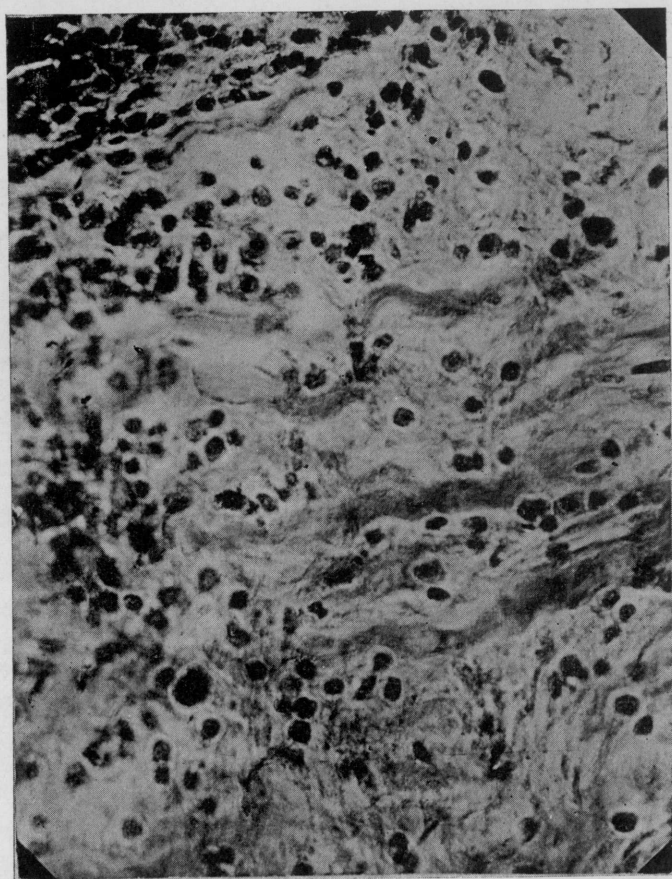


Fig. V

Obj. Zeiss, apoero 4 mm., dist. joc. 0.50, ocular proy. II

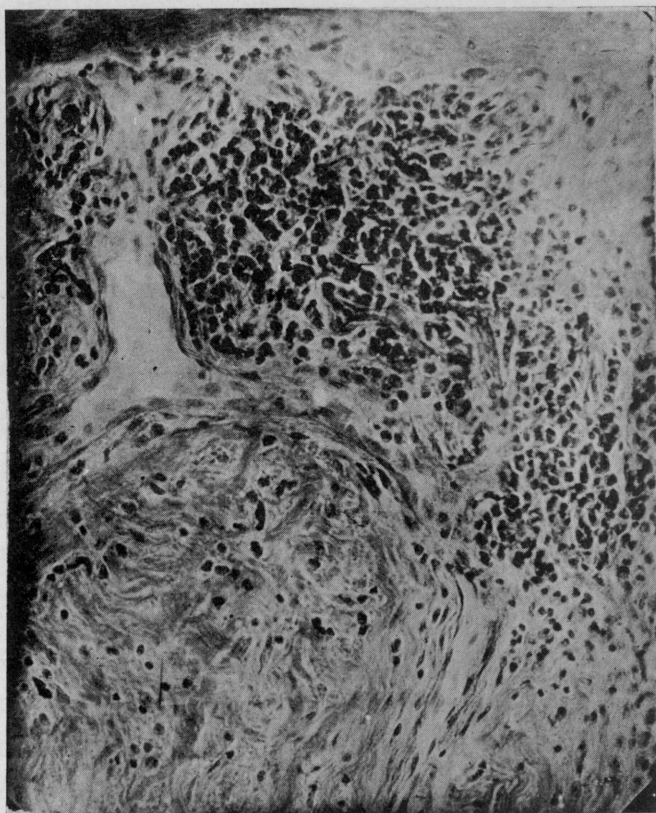


Fig. VI

Obj. Zeiss, apoero

dist. joc. 0.50

Bibliografía

Araujo Sousa.—Estudio clínico del Granuloma Venéreo, 1915.

Auvard.—Traité de Gynecologie.

Baigorri César.—Granuloma Vénereo, Tesis Buenos Aires, 1916.

Bernutz.—Archives de Tocologie, 1874.

Buillaud.—Archives Generales de Medecine, año 1824, tomo VI.

Cazenave.—Diet de Medicine, Art Lupus.

Cornil.—Archives de Tocologie, 1874.

Churchill.—Maladies des femmes, 1866.

Curtis.—Annales de Dermatologie et de Syphilis, Juillet 1870.

Dechambre et L. Lereboullet.—Dictionaire de Ciencias Medicales, tomo III, 5.^a serie.

Dubreuilh et Braun.—La Presse Medicale, 1895.

Dupuy Raoul M. et G. Rullier.—Revue de Gynecologie, de S. Pozzi, 1907, tomo VI.

Eustache.—Enfermedades de las mujeres, 1883.

Fiquet.—Archives Generales de Medicine, 1875, tomo 27, 6.^a serie.

Faure y A. Siredey.—Traité de Gynecologie Médico-Chirurgicale.

Gaide.—Archives Generales de Medicine, año 1828, tomo XVIII.

Guerin.—Maladies des Organes Genitaux de la Femme, 1868.

Huguier M.—Memo de l'Academie de Med., 1849

Haller.—Element Physiologie.

Labadie, Lagrave et Felix Leguen.—Traité Médico Chirurgicale de Gynecologie, 1898.

Lefert Paul.—Aide Memoire de Gynecologie.

Leroy des Barres.—Bull de la Societé, anat., 1870.

Litaud.—Manuel Complet de Gynecologie Médicale et Chirurgicale, 1900.

Nacy.—Archives Generales de Medicine, 1875, tomo 27, serie 6.^a

Petit.—Siphylide hipertrophique de la vulve. Nouvelles Archives Obstretrique et Gynecologie, 1889.

Pozzi.—Traité de Gynecologie, 1907, tomo 2.^o

Renaut.—Archives de Physiologie Juillet, 1872.

Roffo Angel H.—Las Plasmacélulas ; su rol en el exudado inflamatorio, 1917.

Roffo Angel H. y Chiso Pedro.—Granuloma Venéreo (forma ulcerosa), La Prensa Médica Argentina, diciembre 1910.

Tornú Enrique.—Contribución al estudio del estíomeno de la vulva, La Semana Médica, septiembre 2 de 1897.

Valleix.—Guide du Medecin Practicien, 1861, tomo 5.º.

Veit.—Gynakologie.

Vercherer.—Revue de Gynecologie de S. Pozzi, año 1898, tomo II.



Buenos Aires, Octubre 15 de 1917

Nómbrese al señor Consejero Dr. José F. Molinari, al profesor titular Dr. Enrique Zárate y al profesor suplente Dr. Carlos Cirio, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4° de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.

Buenos Aires, Noviembre 8 de 1917

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3376 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.

30590



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnóstico del estiómeno.

José F. Molinari.

II

Diagnóstico anatomo-patológico de la Elephantiasis vulvar.

Enrique Zárate.

III

¿Está en el concepto del autor de esta tesis, considerar al estiómeno de la vulva como una entidad mórbida?

Carlos R. Cirio.

1
1

1
1

1
1

