

INVESTIGACIÓN DEL TREPONEMA POR LA PUNCIÓN GANGLIONAR [1J

Por E. SIDI, LUCIEN DE MARNE y L. DE MONTIS

El interés de la punción gangliopar para el diagnóstico precoz de la sífilis, no está por demostrarse. Por múltiples razones, acerca de las cuales volveremos más adelante, la investigación del treponema sobre el accidente primitivo puede ser imposible o dar un resultado negativo. Multiplicar en este último caso los exámenes diariamente, o aguardar a que la aparición de una Wasserman positiva o de accidentes secundarios vengan a confirmar el diagnóstico, es un método en desuso, constituyendo una pérdida de tiempo perjudicial para el enfermo. Esto impide atacar la enfermedad en la fase pre-humoral, y en estos casos la punción ganglionar se impone en forma absoluta.

Numerosos trabajos han sido ya publicados sobre el particular. Nos remitimos para su historia a la tesis de LOQUIN (Lyon. 21 junio 19'2). Autores tales como GOUGEROT y PAUL

(1) Trabajo del Servicio del Dr. Tzank en el Hospital Broca.

BLUM, SEZARY y BOUTTEAU han enumerado las indicaciones, fijado la técnica y establecido la inocuidad: parece, pues, que este método, al alcance de todo médico, debe volverse un modo de investigación corriente, sobre la importancia del cual sea inútil insistir. También, sin tener la intención de hacer aquí un artículo original, queremos simplemente citar los resultados obtenidos en cierto número de punciones ganglionares practicadas en el dispensario Fournier, del hospital Broca.

Si buscamos las razones que las han motivado, las encontramos numerosas. En primer lugar, se inscribe el resultado negativo de la investigación practicada sobre el accidente primitivo, negatividad que realza ella misma diversas causas. La más frecuente es el error de los enfermos ensayando en primer lugar de tratar "su mal" solos o después de la opinión de un farmacéutico. Muy variables son los productos así aplicados sobre el chancro en los días que preceden al examen del médico.

na de las personas de su familia atacada de una enfermedad epidémica el médico de cabecera habrá de decidir si la presencia del maestro o de la maestra no constituye un peligro para la escuela. En caso de licencia por enfermedad en la familia, el mé-

dico estipulará el momento que pueden volver a reanudar sus funciones.

(Comunicado de la Secretaría de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, 12 rue Newton, PARÛ. XVI.)

Nosotros hemos visto emplear el agua de Jane, el ácido fénico (Obs. 46). Uno de nuestros enfermos había efectuado un baño del pene con petróleo. El permanganato de potasio (obs. 21), el nitrato de plata (obs. 34), las pomadas con iodoformo (obs. 15, 28), con dermatol (obs. 6) o con calomel (obs. 4) parecen los más frecuentemente empleados. Nosotros no podríamos levantarnos demasiado contra esta funesta costumbre, e insistimos particularmente acerca de los farmacéuticos, en la necesidad absoluta de dirigir al dispensario a todo enfermo atacado de ulceración genital. El solo consejo que le es permitido dar en esta ocasión es el de lavar la lesión con agua común mientras se espera la opinión del especialista. Actuar de otro modo, consentir en entregar un antiséptico o una pomada cualesquiera que fueren, constituye una falta grave, haciendo correr al enfermo los riesgos de un diagnóstico falso. En todos estos casos, en efecto, se presenta con

do atípico y clínicamente desfigurado, donde el estudio local con el ultra-microscopio es más frecuentemente negativo.

Es, pues, la punción ganglionar sola que, denunciando al treponema, permite el diagnóstico al comienzo y la institución, del tratamiento desde los primeros días. En cierto número de casos (obs. 6, 26, 36, 40, 42), la presencia de una fimosis o de una parafimosis cerrada impedía llegar a la ulceración. Algunas veces, permanecía descubierta al palpar a través del prepucio (obs. 40 y 42) ; a menudo no se podía más que suponerla. En la mayor parte de estos casos, los enfermos se presentan entonces con un pene infiltrado, sea al nivel del glande, sea en la totalidad, en forma de badajo de campana, con o sin derrame al nivel de un meato más o menos cubierto por la fimosis, sin induración revelada a la palpación, aunque siempre acompañado al nivel de la ingle de una adenopatía dolorosa o no. Adenopatía de una importancia considerable, tanto del punto de vista clínico, ya que viene a con-

firmar la probabilidad de una ulceración solamente supuesta. como del punto de vista práctico: la punción hecha a su nivel permitiendo revelar al treponema. Sobre las cinco observaciones mencionadas en este grupo, se ha obtenido solamente una vez (obs. 26) un resultado negativo, en un enfermo portador de accidentes secundarios (roseóla); pero sabemos que la espiroqueta de SCHAUDIN se encuentra con una frecuencia cada vez menor, a medida que nos alejamos del comienzo de la enfermedad. Todos los autores están de acuerdo sobre este punto (FRUHWALD, HABERNANN y MANUELSHAGEN, THIBIER-GE, RAVAUD y LESOURD, BOUTTAEAU, LOQUIN), y algunos datos de sífilis experimental sobre el conejo y el mono, que poseemos, (LEVADITI, OSSALA y TRUFFI) nos ayudan a confirmarle. En todos los otros casos, el resultado ha sido positivo y ha permitido instituir sin tardanza un tratamiento de ataque.

La punción ganglionar es todavía un hecho comprobado como el único método de diagnóstico precoz en un determinado número de casos (obs. 10, 13, 20, 23, 44, 48) en los cuales sólo la adenopatía llamaba la atención. No se volvía a encontrar ningún vestigio de chancro, cicatrizado o pasado inadvertido, ninguna puerta de entrada que revelara una sífilis no obstante probable. Es la adenopatía, a veces, un ganglio aislado, que por sus caracteres específicos (ganglio duro, resistente, indoloro, móvil y desprovisto de

empastamiento periférico) atraía la atención. Muy característica a este respecto es nuestra observación N° 44: una enferma presenta una lesión sospechosa de sífilis. Se examina, al mismo tiempo que a ella, a su esposo, que es portador de un ganglio inguinal. Este ganglio puncionado da al ultra-microscopio un resultado positivo. El mismo hecho se reproduce en un enfermo portador de un chancro de la fosa navicular pasado inadvertido y en el cual la adenopatía era solamente apreciable. Lo mismo sucedió en todas las observaciones a que nos referimos en este grupo, donde el ultra-microscopio ha podido subsanar todas las dudas y en ausencia de toda serología positiva ha permitido el diagnóstico de sífilis primaria y la institución inmediata de un tratamiento enérgico tan eficaz como precoz.

En otro grupo de observaciones, se trata de chancros antiguos, que datan de quince días (obs. 9, 30, 32, 39), tres semanas (obs. 25), un mes (obs. 31). En estos diferentes casos, el examen con el ultra-microscopio sobre el chancro ha sido negativo, mientras que el examen ganglionar ha dado un resultado positivo. Es generalmente lo mismo, aun en los casos de chancros mixtos (como en nuestra obs. 1) o asociaciones microbianas (fuso-espirilas, coci-piógenos), donde la infección secundaria parece expulsar del chancro al treponema. "En estos casos, dice LOQUIN en su tesis, el problema es difícil de resolver, porque si se afirma fácilmente el carácter chancroso

de la afección, una duda subsiste. ¿El treponema se ha introducido en el organismo? ¿Sobre qué se basa uno, en efecto, para sospechar el carácter mixto de una ulceración? Sobre variaciones clínicas: es un chancro blando cuya base se indura sin que un tratamiento local interviniera; es también una adenopatía que toma un carácter sifilítico. Estos caracteres son inseguros y obligan a que surja la duda en el espíritu del clínico. Este debe buscar en otra parte la confirmación de su hipótesis. Es en primer lugar al laboratorio que deberá recurrir para ostener su diagnóstico; después, a la serología. Pero excepcionalmente se encuentran treponemas en el examen directo de la preparación. Lo que se ve más generalmente, son bacilos de DUCREY más o menos asociados a otros microbios patógenos. En cuanto a la serología ... la pérdida de tiempo que se necesita antes de dar un resultado sobre el cual se pueda confiar, es evidentemente un grave inconveniente de este método. Así que se lo ve, poner en evidencia el treponema -es una necesidad para afirmar de inmediato el diagnóstico de chancro mixto." Y en todos estos casos, sin dejarse influenciar por un primer examen negativo *in situ*, la punción del ganglio se impone.

La técnica es simple: toda la dificultad está en obtener una buena inmovilización del ganglio a puncionar. No es siempre fácil, sea que se trate de individuos gruesos con tejido adiposo

perigangliqgiar impidiendo to-
mar fácilmente el ganglio que escapa entre los dedos, sea que se trate de ganglios pequeños que por sus reducidas dimensiones se llega al mismo resultado. Como quiera que fuere y según la técnica descrita por los diferentes autores, se emplea una aguja de níquel de 3 centímetros de largo, de ocho décimos de diámetro, con mediano bisel, que se coloca sobre una jeringa de vidrio de 2 a 3 centímetros cúbicos. La aguja debe adaptarse exactamente a la jeringa para que la aspiración sea perfecta.

Se unta la piel con tintura de yodo; después, se frota con alcohol a 90%. Se elige entonces entre los ganglios hipertrofiados el que se desea puncionar, que no es siempre el mayor, pero si el más fácil de tomar entre el pulgar y el índice. Si no se lía puede aislar así, se contenta uno con deprimir fuertemente la piel alrededor de uno de ellos, en tal forma de inmovilizarlo contra el plano profundo. A través de la piel y del tejido celular subcutáneo, se introduce franca y perpendicularmente la aguja colocada en la jeringa y asegurándose que ha penetrado en el ganglio movilizándolo, lo que debe arrastrar la aguja (si en UIL) ganglio inflamado se teme una supuración, se introduce oblicuamente la aguja en la piel sana). Decimos en seguida que desde entonces y antes de todo examen se recoge ya una enseñanza de gran valor. Cuando se penetra en efecto en un ganglio sifilítico, se percibe en la mano cierta resistencia, que es preciso vencer, como si se

atravesara una cascara fibrosa y dura, muy diferente a la consistencia blanda del ganglio inflamado en el cual se penetra mucho mas fácilmente.

De cualquier manera, una vez colocada la aguja, se aspira en pequeñas veces sucesivas, haciendo variar la profundidad y la orientación de manera a disociar un poco el parénquima. A menudo, no se ve penetrar nada en el cuerpo de la jeringa. Después de algunas aspiraciones, se retira con un movimiento seco la aguja, siempre colocada en la jeringa. Empujando el émbolo, se expulsa entonces por la aguja una pequeña cantidad del jugo ganglionar, que se recoge sobre un porta-objeto. Es una jalea amarillenta o una serosidad más o menos mezclada con sangre. Se lo diluyen en una gota de suero fisiológico, se coloca encima un cubre-objeto y se examina inmediatamente al ultra-microscopio.

Remarcamos que en el curso de esta punción, dos contratiempos pueden producirse: en el momento que se saca el émbolo se aspira sangre, que llena el cuerpo de la jeringa. Es un incidente sin importancia, que no presenta ningún peligro. No hay más que retirar la aguja y volver a efectuar la punción.

O bien la punción permanece negativa, sin salir ninguna serosidad ganglionar. Entonces se comienza nuevamente con una aguja de más grueso calibre, o se recurre a la inyección de suero fisiológico. Se carga la jeringa con dos o tres gotas de suero, que se inyecta en el centro

del ganglio y que se aspira después de haber desgarrado el tejido con la punta de la aguja. Se recoge así el suero fisiológico mezclado con el jugo ganglionar. Todavía no hemos tenido que recurrir más que raramente a este método, y casi siempre la más mínima gota de linfa ganglionar ha bastado después de la dilución sobre el porta-objeto para realizar el examen.

Al microscopio se ven numerosos linfocitos sobre los cuales es preciso enfocar, y más raramente glóbulos rojos. Se presentan en montón, agrupados por campos entre los que se encuentran espacios libres. Es en estos intersticios interglobulares, simulando como canales, que se descubre a los treponemas con sus caracteres clásicos. Móviles y desplazándose velozmente, atraviesan a veces la preparación con una rapidez extrema. Muchas veces además, no hemos podido encontrarlos más que haciendo variar el enfoque con la ayuda del tornillo micrométrico hasta obtener un fondo turbio de la masa globular: los treponemas aparecen en el curso de estas variaciones en un plano más superficial. Además, no son generalmente muy numerosos, tanto que es preciso prolongar al examen, recorrer en caso necesario toda la lámina antes de llegar a la conclusión de un resultado negativo. Esta negatividad además — digámoslo de paso — no debería, desvalorar de manera definitiva un diagnóstico probable por otra parte. Como todas las investigaciones de laboratorio, ésta es de un valor absoluto cuando es;

positiva; nula, al contrario, cuando es negativa.

Finalmente, indicaremos de paso que si en la mayoría de los casos que publicamos, los ganglios puncionados han sido ganglios inguinales, en algunos casos hemos podido puncionar con éxito ganglios cervicales y submaxilares (obs. 47). Hemos tentado una vez la punción de un ganglio epitrocLEAR. Ella ha resultado difícil y no hemos obtenido éxito.

OBSERVACIONES

Observaciones recogidas en el pabello Frascator:

I.—5420.— I... (Alex), 34 años, desde tres semanas chancros blandos en corona del surco balano-prepucial con intradermo al Dmelcos 'débilmente positiva. Asociación, 'Chancro mixto. 'Resultado del ultraganglionar negativo. B-W negativo el 16 de diciembre de 1932, positivo el 9 de enero de 1933.

H.~5489.—B.. . (Emile), 23 años, desde dos semanas chancros múltiples del glande y de la vaina, adenopatías múltiples

indoloras. Resultado del ultraganglionar positivo. B-W -j- -j-j

III.—5810...—, A... (Robert),

32 años, erosión del pene con grueso ganglio no muy duro, sin otro signo de E. Resultado del ultraganglionar negativo B-W positivo -|- -|- -|- -|-.

IV.—5847.— H... (Rene), 43 años, desde seis días erosión del pene a bordes irregulares, fondo amarillento, infiltrado indoloro, adenopatía inguinal bilateral, a la derecha un grueso ganglio duro. Erosión tratada con pomada al calómel. Resultado del ultraganglionar positivo. B-W negativo.

V.—5881.— B... (Adrien), 25 años, desde quince días erosión indurada del surco balano-prepucial, gruesa adenopatía derecha. Resultado del ultraganglionar positivo. B-W positivo

VI.5891.— H... (Jean), 23 nov, tres semanas antes erosión en el pene. En el momento del examen, fimosis y adenopatía dura; bazo percutible. Examen general negativo. *Fimosis* (tiene además tratada la lesión por

dermatol). Resultado del ultraganglionar positivo. B-W positivo -I- -j- -]- -[-.

VII. —5906. — G. . . (Hubert), 30 años, desde tres semanas erosiones anchas, extendidas especialmente sobre el glande y el surco bal a no-prepucial. Infiltración extendida en todo el pene. Adenopatía inguinal constituida por ganglios pequeños, duros y móviles. Resultados del ultraganglionar positivo. B-.. negativo.

VIII. —5910. —P (Henri), 22 años, desde un mes ulceración del pene (ancho de una moneda de 0.50 fr.) con fondo rojo, bordes netos no elevados, con base indurada; adenopatía inguinal **dura** e indolora a la derecha. Resultado del ultraganglionar negativo. B-W positivo -j- - -

IX. —5921. — B... (Fierre), 24 años, desde quince días al nivel del meato ulceración apenas infiltrada, indolora, ligeramente dura, blanquecina y supurando abundantemente; a la derecha, adenopatía indolora. Ultra-negativo sobre la ulceración. Resultado del ultraganglionar positivo. B-W negativo.

X. —5948— L... (Marcelle), 32 años, desde dos semanas adenopatía inguinal bilateral dolorosa: a la izquierda un ganglio del volumen de una nuez muy doloroso al tacto, muy móvil y duro, y otros del volumen de una avellana, móvil y menos doloroso. Ningún chancro visible. Resultado de ultraganglionar positivo. B-W positivo -j- -]- -]-

XI. —6013. — V... (Fierre), 30 años, erosión del frenillo con

edema del prepucio; adenopatía, inguinal especialmente a la derecha. Ultra-negativo sobre **ulceración**. Resultado del ultraganglionar negativo. B-W negativo.

XII. —6020. — REC...

(Louisie),

22 años, desde tres semanas, cerca del ano erosión de 1 $\frac{1}{2}$ centímetros de diámetro, ligeramente hipertrofiada, contornos netos con sensación de tirantez y ligero prurito, a la derecha un grueso ganglio poco sensible. Ultra-negativo sobre la ulceración. Resultado del ultraganglionar negativo. B-W (?).

XIII. —6093. — P...

(Fierre),

23 años, 7 de febrero de 1935; pequeña erosión del glande muy poco infiltrada sin adenopatía. Ultra-negativo sobre la erosión 23 aparición en la, ingle izquierda de un grueso ganglio duro y bien limitado. Resultado del ultraganglionar positivo. B-W

XV. —6112. — B... (André-Paul), 38 años, dos meses antes ulceración del pene, en el momento del examen edema del pene con sifilides y adenopatías inguinales bilitarales; sifilides peribucal y adenopatía cervical. Resultado del ultraganglionar negativo. B-W -|- -|- -|- -|-.

XV. —6129. — G... (Raymond), 26 años, desde ocho días tres ulceraciones del surco balano-prepucial, bien redondeadas, con bordes netos, fondo sucio y base indurada; ramillete de herpes al nivel del glande; pléyade ganglionar inguinal dura e indolora. Ultra-negativo sobre una ulceración; las ulceraciones han sido tratadas con la pomada de RECLUS. Resul-

tado del ultra-ganglionar positivo. B-W negativo.

XVI.—6145.— REC... (LudovicJ, 34 años, desde cuatro días dos ulceraciones del surco balano-prepucial. Ultra-negativo sobre ulceración; nuevo ultrapositivo sobre ulceración. Resultado del ultra-ganglionar negativo.

XVI. —6145. — W... (Ludovic), 34 años, desde cuatro días dos ulceraciones del surco balano prepucial. Ultra-negativo sobre ulceración; nuevo ultrapositivo sobre ulceración. Resultado del ultra-ganglionar negativo.

XVII. —6149. — M. . . (Léonard), 52 años, desde ocho días chancro del surco balano-prepucial sobre la vertiente derecha; ulceración netamente excavada, purulenta, con bordes infiltrados y duros; adenopatía bilateral dura sin peri-adenitis, dolorosa a la palpación. Ultra-negativo sobre la ulceración, que ha sido tratada con iodoformo. Resultado del ultra-ganglionar negativo. B-W positivo -|- - -

XVIII. —6156. — S... (Aliee), 28 años, desde tres semanas ulceraciones múltiples de la vulva; aspecto de chancros blandos, fondo sucio, poco sensibles, pero con adenopatía dura y bien limitada. Resultado del ultra-ganglionar negativo. B- negativo.

XIX. —6172. — P... (Pierre), 36 años, desde diez días erosión extendida del glande, aspecto de balanitis erosiva; infiltración extendida e irregular del surco, con adenopatía dura a la derecha. Resultado del ultra-ganglionar positivo. B-.. negativo.

XZ. —6202. — P... (Marcel), 20 años, desde quince días tras tornos de la micción, dolores al nivel del meato, edema del pene; sin ulceraciones visibles del meato, adenopatía inguinal dura con peri-adenitis muy dolorosa. Sin ulceración visible. Resultado del ultra-ganglionar positivo. B-W positivo -|- -|- ---- j;

XXI.—6235.— V. .. (Jean), 45 años, desde- tres semanas erosión del surco balano-prepucial. endurecida, indolora, bien limita-

da, rojo-ajamonada, presentando el aspecto de la hoja de libro, carácter típico de chancro E Ultra-negativo sobre la ulceración, que ha sido tratada por la aplicación de diversas pomadas y de permanganato. Resultado ultra-ganglionar positivo. B-W negativo.

XII. —Saint-Antoine. — F...Resultado del ultra-ganglionar positivo.

XIII. —Saint-Antoine. — M... (Alphonse), 25 años, desde un mes y medio presenta una E secundaria; chancro pasado inadvertido, gruesos ganglios inguinales bilaterales. Resultado del ultra-ganglionar negativa

Observaciones recogidas en el pabellón Fournier:

XXIV. —96-179 bis. — P... (Robert), 22 años, blenorragia; chancro con fimosis y tumefacción de los ganglios inguinales derechos. Ultra-negativo sobre el chancro. Resultado del ultra-ganglionar negativo. B-W positivo -|- -|- -|- -|-.

XXV. —97-9. — L... (Roger), 20 años, en el surco balano-prepucial, cerca del frenillo, lesión roja, endurecida, en vías de cicatrización datando de tres semanas. Ultra-negativo sobre la lesión. Resultado del ultra-ganglionar positivo.

XXVI.—97-27.— O.. (Rene), 34 años, fimosis muy cerrada con adenopatía; rose-ola. Fimosis. Resultado del ultra-ganglionar negativo. B... positivo

XXVII.—97-55.—C... (Louis), 26 años, desde tres semanas fimosis con gruesa adenopatía.

I imosis. Resultado del ultra-ganglionar positivo. B-W positivo -I- -- -- -[-.

XXIX.—97-57.— G... (George), 27 años, desde un mes. chancro indurado del surco balano-prepucial. Ultra-negativo sobre el chancro. Resultado del ultra-ganglionar negativo. B-W positivo -i- -j- -|- --.

XXX. — ,97-137 bis. — E. . . (Vincent), 26 años, desde dos: semanas erosión indoloras, endurecida y bien limitada, del meato; sobre el pene erosiones, múltiples con bordes irregulares, recordando un brote de herpes o de placas mucosas; adenopatía muy dura a la derecha. Ultra-negativo sobre la lesión. Resultado del ultra-ganglionar positivo. B-W negativo.

XXXI. —97-172—L... (Louis), 38 años, desde un mes ulceración anal endurecida y poco dolorosa en la base de un condiloma con adenopatía inguinal dura e indolora.

XXXII.—98-9.— F... (Paul)». 21 años, desde quince días erosión del pene un poco endurecida, bien limitada, rojo-ajamonada, dimensión 1 franco, indolora; adenopatía dura e indolora. Resultado del ultra-ganglionar positivo. B-W positiva --

XXXIII. — 98-15. — D... (Jean), 24 años, desde cinco días chancros múltiples del surco y del glande; adenopatía inguinal izquierda típica. Ultra-positivo sobre el chancro. Resultado del ultra-ganglionar positivo. B-W (?).

XXXIV.— 98-17. — B. . . (Rene), 20 años, desde quince días, erosión del pene dinfondo es-

facelado; a la izquierda, adenopatía inguinal, un grueso ganglio duro e indoloro. El enfermo se ha aplicado nitrato de plata; ultra-negativo sobre la ulceración. Resultado del ultra-ganglionar positivo. B-W negativo.

XXXVI—98-25. — M... (Victor), 31 años, desde diez días erosión del pene, ulceración bien limitada, endurecida, indolora; adenopatía inguinal, gruesos ganglios duros indoloros. Resultado del ultra-ganglionar positivo. B-W negativo.

XXXVII.—98-44.— B... (Gastón), 30 años, S secundaria con persistencia de una ulceración del glande desde dos meses; adenopatía inguinal bilateral. Ultra-negativo sobre la ulceración. Resultado del ultra-ganglionar negativo. B-W positivo

XXXVIII. —98-56. — H... (Charles), 18 años, desde doce días **fimosis** inflamatoria indolora sin derrame, sin induración

revelada a la palpación, pene en forma de badajo de campana; gruesos ganglios bilaterales, un poco dolorosos a la izquierda. Fimosis. Resultado del ultra-ganglionar positivo. B-W positivo -|- -j- -|- -j-.

XXXIX. — 98-73. — B... (Robert), 20 años, desde dos semanas siete a ocho ulceraciones del glande y (del surco, redondeadas, brillantes, amarillo-rojizas; infiltración muy marcada del glande y del prepucio; dificultad de desencasquetar; adenopatía bilateral. Ultra-negativo sobre una ulceración. Resultado del ultra-ganglionar positivo. B-W negativo.

XL.— 98-78. o— M... (Mal oel), 39 años, fimosis y edema del pene en un enfermo tratado desde un mes por blenorragia; induración revelada al palpar a través del prepucio; a la derecha, adenopatía inguinal dura e indolora; ganglio epitrocLEAR a la izquierda. Fimosis. Resulta-

do del ultra-ganglionar positivo. B-W negativo.

XLII.—99173. — C... (Roger), 23 años, edema del pene con sífilides e induración, ganglios oervicales, adenitis supurada de la ingle izquierda. Resultado del ultra-ganglionar negativo. B-W positivo -1 — | — ¡- ¡-.

XLII.— 103-28. — A... (André), 24 años, desde ocho días edema del pene; parafimosis, a través del prepucio se percibe a la palpación una induración; ganglios muy duros del lado derecho. Imposibilidad de practicar el ultra sobre el chancro, que no se puede alcanzar. Resultado del ultra-ganglionar positivo. B-W (?).

XLIII.— 103-32. — D.. (Emmanuel), 28 años, desde algunos días, al nivel del surco balano-prepucial y del prepucio ulceraciones redondeadas, indoloras y no endurecidas. Ultra-negativo en dos oportunidades sobre una ulceración. Resultado del ultra-ganglionar negativo.

XLIV.— Saint-Antoine—. Sra. X— desde algunos días ulceración vulvar sospechosa; el esposo presenta en el pene una cicatriz de Chancro y un ganglio que se le punciona. Resultado del ultra-ganglionar positivo.

XLVI. — M. X.... 25 años, desde diez días ulceraciones del pene en un sujeto, habiendo tenido muchos brotes de herpes; aplicación local de un específico a base de ácido fénico; ulceración esfacelada, excavada, sensible; en la región inguinal derecha, un grueso ganglio indo-

loro, duro, sin periadenitis. Ultra-negativo en varias ocasiones sobre el chancro. Resultado del ultra-ganglionar positivo.

XLVI. — M. ... (Francis), 45 años, ulceración de la amígdala derecha desde ocho días; temperatura: 38?; molesto a la masticación, salivación, ulceración a fondo esfacelado, gruesa induración acantonada de toda la amígdala; ganglio sub-maxilar muy tumefacto, duro, ligeramente sensible. El diagnóstico establecido al principio fue el de angina, de VINCENT; tratamiento local con azul de metileno; toques con novarsenobenzol; vacuna de BRUSCHETTINI. La punción ganglionar fácil ha sido positiva: se pide examinar la mujer que presentaba una E muy discreta. Resultado de ultra-ganglionar positivo.

XLVIII. — Chancro de la fosa navicular, pasando desapercibido, adenopatía inguinal. Imposible de llegar a la ulceración. Resultado *del* ultra-ganglionar positivo.

Así, pues, sobre 48 observaciones tenemos 30 casos positivos. Sobre estos 30 casos positivos, 20 eran negativos sobre el chancro: en 4 casos no había chancro visible y sólo la adenopatía llamaba la atención. En 5 casos, una fimosis impedía llegar al chancro directamente. Finalmente, tenemos un caso negativo donde el ultra-microscopio se ha presentado positivo sobre el chancro en un segundo examen. Un caso negativo con ultra-positivo sobre el chancro. En 11 casos, el ultra-ganglionar ha si-

do positivo, mientras que el B~W era negativo.

Los resultados obtenidos son, pues, de los más interesantes, tanto desde el punto de vista profiláctico como terapéutico. Parece bien establecido actualmente que en materia de tratamiento de la sífilis lo ideal es poder emprender la terapéutica específica en el período preserológico. Ahora bien, la punción ganglionar lo permitirá en la mayoría de los casos. Método simple, de práctica fácil, no presenta ningún peligro, por consiguiente ninguna contra-indicación; al alcance de todo médico, tiene un valor diagnóstico seguro. Las enseñanzas que reporta son de orden capital, puesto que permite asegurar la sífilis en un período donde el chancro y su adenopatía satélite son todavía las solas manifestaciones de la infección. Merece pues ser ge-

neralizada e ingresada en la práctica corriente.

Deberá ser instituida en todos los casos donde el examen directo del treponema y las lesiones sospechadas sifilíticas ha sido negativo o imposible por una causa u otra, como en todos los casos dudosos, ulceraciones balnales, chancros atípicos o ulceraciones de la amígdala, donde la infección asociada fuso-espirilar puede ocultar el verdadero agente patógeno. En todos estos casos, una punción ganglionar puede permitir asegurar el diagnóstico de sífilis e instituir el tratamiento de ataque sin esperar el período serológico anunciado por el B-W positivo.

*E. Sidi, L. Deviarne y
L. de Montis.*

(De Le Monde Medical).