

## Contribución al estudio de la blastomicosis

(Conclusión)

Por SAMUEL LOZADA BENAVENTE

*Interno de los Hospitales.*

### CONSIDERACIONES ETIOPATOGÉNICAS

Aunque el agente productor de la Blastomicosis es conocido, no sabemos cómo penetra en el organismo y si lo hace por medio de algún vector intermediario.

Indudablemente que para transmitirse la enfermedad necesita de un intermediario, pues no es contagiosa apesar de ser microbiana. Nos hemos enterado al tratar de esta clase de enfermos, que apesar de llevar lesiones externas muy avanzadas, conviviendo con la esposa e hijos, fuera del lugar donde hubieran adquirido la enfermedad, tal como la ciudad de La Paz, no se observan casos de contagio; por otra parte, hay enfermos que han vivido en el Lazareto de La Paz, 11 y 12 años, sin observar los más elementales principios de higiene, tanto que en muchas ocasiones los hemos sorprendido comiendo de un mismo plato, con individuos de otras enfermedades, sin haber visto ni oído decir, de un sólo caso de contagio. Siempre al interrogar a estos enfermos manifiestan que la lesión primaria, (*chancro blastomicósico*) apareció en las partes descubiertas, para después, al cabo de cierto tiempo, exteriorizar las lesiones secundarias.

La enfermedad es autoinoculable: el simple rascado, después de haberse tocado la herida es suficiente para la autoinoculación. A este respecto haré mención de un caso del Lazareto de La Paz

un enfermo tenía una úlcera blastomicósica en el codo, al poco tiempo le vimos aparecer una lesión de la misma naturaleza en la parte media de la línea medio-axilar, porque el estado deplorable de su vestido, permitía que el codo siempre se pusiera en contacto con esa región; también referiremos el caso a que hace mención el Dr. ESCOMEL, en su trabajo de 1914: se trataba de un enfermo que presentaba una extensa ulceración ano-glútea, consecutiva al rasgado que se hizo sobre una herida que le produjo la montura de su caballo, con sus uñas contaminadas en las lesiones primarias y mucosas que presentaba en otras regiones del cuerpo.

Contraída la enfermedad en las regiones tropicales ya mencionadas, ella sigue su evolución progresiva, hasta la muerte, cualquiera que sea el clima o la región a que se transporte el individuo.

### DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico se empieza por averiguar la procedencia. Si un enfermo que viene de regiones tropicales acusa tener o haber tenido un chancro blastomicósico, ya sea en la pierna, antebrazo, la oreja o la cara, mostrándonos huellas de su lesión primaria; si por encontrarse en el segundo período de la enfermedad, tiene abundante secreción salivar, ofrece ulceraciones botonosas, recubiertas de costras amarillentas, que sangran con facilidad, presenta la cruz palatina de la blastomicosis; ostenta lesiones que tienden a invadir el paladar membranoso y propagarse hacia la laringe, con surcos en diferentes direcciones de desigual profundidad y extensión, muy probablemente estaremos al frente de un atacado de blastomicosis, presunción diagnóstica que puede confirmarse con el exámen microscópico del producto de la ulceración.

En estos últimos tiempos, hemos tenido oportunidad de demostrar que la reacción a la tuberculina es positiva en todos los atacados de Blastomicosis; decíamos a este respecto en una publicación hecha en «La Crónica Médica» de Lima N.º 677, lo siguiente:

«El gran número de enfermos atacados de Blastomicosis que acuden al Lazareto de La Paz, procedentes de las regiones tropicales de Bolivia ofrece una gran fuente de investigación y estudio.

Desde hace algún tiempo nos hemos dedicado a esta clase de estudios y hemos podido observar que todos los enfermos atacados de Blastomicosis, y en quienes sistemáticamente hacíamos la reac-

ción a la tuberculina a fin de poder eliminar la tuberculosis en caso de reacción negativa, ya que los signos físicos y clínicos eran también negativos en este sentido, ofrecen reacción era fuertemente positiva. Este fenómeno que llamó justamente nuestra atención animándonos a continuar en el estudio de esta reacción, hemos podido contraprobarlo últimamente.

La última epidemia de gripe acaecida en la ciudad de La Paz, hizo sus víctimas entre algunos de estos enfermos, en quienes habíamos hecho la reacción a la tuberculina con resultado positivo; la autopsia de dos de estos enfermos, siguiendo el método de la evisceración total, nos ha demostrado la ausencia de lesiones tuberculosas, y, al contrario, hemos encontrado las lesiones causadas por el blastomiceto en el velo del paladar, amígdalas, pilares, laringe, etc. El método que hemos empleado es el de MANTOUX, sirviéndonos de la tuberculina preparada con este objeto, en el Instituto Nacional de Bacteriología de La Paz, dirigido por el sabio maestro, Dr. MORALES VILLAZON

A las 24 horas se puede notar en el punto de la inyección una mancha rojiza, que a las 48 horas aumenta en intensidad y se hace botonosa; el enfermo se queja de un poco de prurito que lo invita a rascarse. La reacción es tan intensa, por lo menos en lo que a nuestros casos se refiere, los que pasan de 15, que no es posible dudar de su positividad.

Nuestro objeto al publicar esta nota, es llamar la atención sobre el particular, no pronunciándonos definitivamente, para no imprimir el sello de prematuro a este trabajo, pues, esperamos la comprobación en mayor número de casos para decidirnos sobre el particular; si como pensamos, llega a comprobarse el resultado positivo de la reacción a la tuberculina en los blastomicóticos, creemos que será de gran utilidad para el diagnóstico diferencial con cierto grupo de afecciones tropicales que tienen mucho parecido clínico, pero cuya evolución, agente causal y terapéutica, es un tanto diferente. Por otra parte queda el campo abierto a las discusiones sobre el parentesco del bacilo de Koch, con la familia de los hongos como lo sostienen las doctrinas de FERRAN<sup>2</sup>.

Tal era nuestra opinión en noviembre de 1919; hoy que hemos verificado esta reacción en 17 casos más, en quienes, con todos los cuidados preparatorios necesarios, hemos hecho la reacción de MANTOUX, con resultado positivo, sin que tuvieran lesiones bacilares, podemos afirmar que la reacción tuberculínica es siempre positiva en los blastomicóticos.

Posteriormente estando en Arequipa, hemos sabido por el Dr. ESCOMEL que también ha encontrado iguales resultados en

un enfermo de Blastomycosis que actualmente tiene en tratamiento; en él también había desechado, con toda la sutileza clínica que le caracteriza, lesión bacilar alguna.

El diagnóstico diferencial tiene que hacerse siempre con la sífilis, para lo que puede aprovecharse de la clínica y de la terapéutica. Clínicamente, por la relación que hace el enfermo de su pasado patológico genital, por la evolución misma de la enfermedad, por la predilección que la sífilis tiene por el tejido óseo, y en casos de lesiones mucosas podríamos decir que mientras la sífilis tiende a invadir de preferencia la porción ósea de la bóveda palatina, la Blastomycosis tiende a hacerlo en la porción membranosa, propagándose hacia la laringe. La Blastomycosis sin tratamiento hace compatible la vida, con un buen estado general durante muchos años; la sífilis sin tratamiento, por lo menos en la mayoría de los casos, acaba relativamente en breve plazo con el individuo; finalmente, porque la reacción a la tuberculina es positiva en los blastomicóticos y negativa en los sífilíticos y también porque la reacción de WASSERMANN es negativa en los blastomicóticos y positiva en los sífilíticos. Terapéuticamente, porque en los blastomicóticos, los mercuriales, arsenicales y yoduros no producen ninguna eficacia y más bien los yoduros aumentan la salivación, hacen más difícil la respiración nasal, a los que ya tienen invadidos las fosas nasales, por la blastomycosis, cosa que no acontece en los sífilíticos.

Con la leishmaniasis, en algunos casos clínicamente podría confundirse con la Blastomycosis, pero la relación clínica que hace el enfermo de las diferentes fases de su enfermedad, la presencia de la cruz palatina de la Blastomycosis, el exámen microscópico que pone de manifiesto el agente causal, la anatomía patológica del nódulo blastomicótico, servirá para hacer el diagnóstico diferencial, y si a ello añadimos que los arsenicales no modifican en absoluto las lesiones blastomicóticas y si muchas de las leishmaniásicas, tendremos más razones para hacer el diagnóstico diferencial.

#### PRONÓSTICO

Creemos que ha variado un tanto, pues de fatal que era, por lo menos en lo que se refería a las lesiones secundarias y terciarias, podemos decir hoy que gracias a la terapéutica por el tártaro estibiado, se puede llegar a obtener, siguiendo todas las prescripciones, la curación en un plazo más o menos largo, que nada sig-

nifica, teniendo en cuenta la evolución y duración de la enfermedad, y cuando este no se consigue se llega a obtener mejoría tan acentuada y en tal forma, que creemos que bajo la vigilancia del médico casi equivale a una curación, por lo menos, en espera de una terapéutica más activa y eficaz.

#### TRATAMIENTO

En el primer período casi siempre curan los enfermos, por lo menos la mayoría de los casos, con un tratamiento antiséptico, pero creemos que sería preferible, cuando se tiene la suerte de tratar enfermos desde el chancro inicial, proceder, como lo preconiza el Dr. ESCOMEL, al tratamiento quirúrgico previa anestesia; sin embargo no está perfectamente demostrado, que estos enfermos que siempre llegan a solicitar los servicios del médico después de dos meses por lo menos de su lesión inicial, hayan curado definitivamente, dado que el tiempo que transcurre para la aparición de las lesiones secundarias, necesita de varios meses y aún de años; así lo demuestra el hecho de enfermos que han contraído su chancro blastomicrobioso en las regiones tropicales de Bolivia, han abandonado dicho lugar, se han transportado a regiones frías como La Paz, donde han curado de su lesión primera o han venido ya curados, y, posteriormente, al cabo de algún tiempo, han exteriorizado lesiones nasales, etc.; en consecuencia, creemos que sería preferible recurrir al tratamiento general que más adelante vamos a exponer.

Está demostrado plenamente, tanto por los numerosos trabajos presentados hasta hoy, cuanto por lo que nos ha sido posible observar, que los arsenicales no tienen acción en los blastomicrobiosos. Uno de los enfermos que estuvo bajo nuestros cuidados, fué tratado por las inyecciones de arsenobenzol «Billón» en razón de que el médico, lo creyó atacado de sífilis; después de algún tiempo no obtuvo el menor resultado terapéutico.

Los yoduros tan poco tienen efecto sobre estas lesiones, pues nos ha sido posible observar, en los primeros días de nuestra llegada al Lazareto de La Paz, que pociones que contenían fuertes dosis de yoduros, no tenían ningún efecto benéfico; antes bien, creemos que es inconveniente, porque dicha medicación contribuye a exacerbar, ciertos síntomas como la sialorrea, de por sí tan abundante en estos enfermos, la obstrucción nasal, etc. Creemos hoy que la terapéutica debe dirigirse a los antimonioales, de los cuales existen varios preparados, que describiremos.

~~solución~~ *solución Maldonado*.—Esta solución me fué facilitada por mi maestro el Dr. ESCOMEL, se la prepara de la manera siguiente: «se toman 5 gramos de piroantimoniato de potasa, se pulveriza finamente se le coloca en un vaso de Bohemia, se vierte 250 c.c. de agua destilada y 250 c.c. de glicerina neutra, se calienta hasta la disolución; cuando hierve se observa la reacción con los dos papeles de tornasol; si la reacción es alcalina se le neutraliza con una solución de ácido láctico al 20%; si la solución es ácida, se le lleva al estado neutro con una solución de carbonato de potasa al 20 %; puede llegarse a hacerla débilmente alcalina, en seguida se deposita en un frasco con tapón esmerilado y parafinado después de haberla filtrado. Cada vez que se le necesite se lleva un frasco de boca ancha esterilizada y con tapón esmerilado que se cubre poniendo una seda en el cuello del frasco, se calienta al baño de maría (ebullición del agua con cloruro o carbonato de sodio) durante un cuarto de hora y se deja enfriar; antes de haberlo echado en el frasco pequeño se le vuelve a filtrar».

Si bien es cierto que tiene la enorme ventaja de poder ponerse subcutánea o intramuscular a causa de su ninguna acción cáustica y ser por lo tanto indolora, también lo es, por lo que a nuestra observación se refiere, que su eficacia no es tan manifiesta. En tres enfermos, en quienes hemos empleado esta solución, a la dosis de 10 a 12 c.c. por inyección intravenosa durante dos meses, a tres veces por semana, no hemos logrado una manifiesta mejoría, que obtuvimos después por el tártaro estibiado.

La *solución de Gaspar de Vianna* del Brasil, solución de tártaro emético al 1 %, de empleo intravenoso, tal como viene preparado, no hemos tenido oportunidad de emplearla, por no poseerla.

La *solución Martindale*, óxido de antimonio, tampoco la hemos usado por los mismos motivos que el anterior.

Nosotros hemos empleado con los éxitos que adjuntamos, el tártaro emético en solución al 1 %, en la forma siguiente:

Hacemos hervir un pomo de tapa esmerilada, un embudo de vidrio y por separado 30 c.c. de agua destilada, terminada esta operación, diluimos en 20 c.c. de agua destilada 20 centigramos de tártaro emético químicamente puro, lo filtramos y bien tapado lo ponemos al baño de María hasta la ebullición durante 10 minutos, quedando así lista la solución para ser empleada por vía endovenosa.

Con esta solución siempre debe empezarse por dosis pequeñas, aún en los adultos, por 1 c.c. de la solución, o sea un centígramo de principio activo, pues, cuando hemos empezado por 3 centigramos, a los pocos momentos de poner la inyección, he-

mos comprobado signos de intoxicación, revelados por accesos de tos, dificultad para respirar, cianosis, etc., a tal punto que parecía que la muerte era inminente; en cambio, en otros enfermos en que progresivamente fuimos aumentando la dosis, llegamos hasta la enorme dosis de 18 centigramos de tártaro emético sin ningún accidente; entre estos dos extremos tenemos todos los intermedios, de tal modo que la manera de reaccionar de cada enfermo frente al emético, es muy particular, debiendo antes de instituir el tratamiento en todo su rigor, darse cuenta de la susceptibilidad, empezando, como sistemáticamente lo hacemos, por las pequeñas dosis, e ir progresivamente aumentando hasta el *maximum* de tolerancia, pues, por los casos observados creemos que son las grandes dosis de tártaro emético, con las que puede llegarse a ver cicatrizar todas las lesiones. Hemos notado que los que menos resisten al emético, son los enfermos que llegados al período terciario, tienen invadida la laringe y que en ellos es altamente peligroso empezar por las dosis altas y de manera brusca, debiéndolo hacer lentamente e ir aumentando la dosis de medio en medio centigramo.

Casi todos los enfermos presentan después de la inyección accesos de tos, que varían desde una tos ligera hasta aquella que va acompañada de verdadero acceso, que dura por espacio de más de 10 minutos y que en algunos casos no deja de inquietar, llegando a arrojar esputos sanguinolentos, debidos al esfuerzo.

Todos los enfermos después de puesta la inyección acusan ardor en la herida y picor en la garganta, en unos desde la primera inyección, en otros desde la cuarta o quinta: deben ponerse las inyecciones interdiarias, para después hacerlas bisemanales, porque después de algunas inyecciones se sienten tan doloridos, que según expresión de ellos mismos, les deja el cuerpo como si «les hubieran dado una paliza» o como cuando el enfermo es atacado por la gripe; los brazos los sienten muy doloridos, acusan cefalalgia, y a medida que se prolonga el tratamiento, el malestar se va acentuando a tal punto que hay que interrumpirlo por algunos días.

Creemos necesario hacer mención de lo siguiente: que algunos enfermos sometidos a esta clase de tratamiento desde hacía varias semanas, no experimentaban mejoría alguna, y que teniendo que ausentarnos de La Paz por motivos independientes de nuestra voluntad, a nuestro regreso, después de un mes, quedamos gratamente sorprendidos de encontrarlos con las lesiones mejoradas y en algunas partes cicatrizadas.

Otro caso que también nos llamó la atención, fué el de un comerciante de Yungas, quien sabedor de que tratábamos esta clase

de enfermos, por individuos que salieron al parecer curados, se trasladó a La Paz, donde le aplicamos la primera inyección, que le produjo una fuerte reacción, redujimos la dosis y lo tratamos cerca de un mes no obteniendo mejoría; su estado general estaba gravemente comprometido desde que iniciamos nuestro tratamiento (al parecer era bastante fuerte) por lo que creímos conveniente aconsejarle abandonar el Lazareto y volver al lugar de su residencia y que regresase después de algún tiempo; cuan grande y grata sería nuestra sorpresa al ver que al cabo de dos meses, este enfermo regresaba en busca nuestra con sus lesiones cutáneas que habían cicatrizado y las mucosas muy mejoradas, a tal punto que su voz que antes fué ronca y casi áfona, estaba casi clara y podía conversar, que la tos había desaparecido y que su estado general era inmejorable.

Si tenemos en cuenta estos hechos y aquellos, de que los enfermos resisten al principio fuertes dosis de medicamento y que después de algunos meses hay que descender la dosis, hasta hacer necesario, en algunos casos, llegar a las más pequeñas e interrumpir el tratamiento, podemos llegar a deducir, no sin ciertas reservas, que el medicamento se acumula en el organismo para después eliminarse lentamente y prolongar así por algún tiempo su acción benéfica.

El tratamiento por el tártaro emético, creemos que debe hacerse en la Blastomycosis durante algunos meses y en algunos enfermos durante un año, para obtener que cicatricen sus lesiones y que una vez obtenida ésta, debe prolongarse todavía el tratamiento por un año más. Nos ha sucedido que enfermos que curaron aparentemente sus lesiones cutáneas y mucosas, y que apesar de nuestras indicaciones abandonaron el Lazareto, por creerse curados, han regresado al cabo de algún tiempo con las lesiones que empezaban a revivir; en estos casos las lesiones han sido un tanto más rebeldes al tártaro, pero siempre obtuvimos su cicatrización.

De manera que creemos que la medicación por el tártaro debe instituirse desde que se hace el diagnóstico de la enfermedad, cualquiera que sea el período en que ella se encuentra y que una vez obtenida la cicatrización, debe prolongarse el tratamiento por espacio de un año y más.

Enfermos en quienes hemos hecho el tratamiento, cerca de un año, no aquejaron trastorno alguno de sus órganos; creemos, que aparte de la esclerosis de la vena en que se pone la inyección, no tiene inconveniente la medicación, siempre que ella se aplique, con todas las reglas de preparación y limpieza, teniendo la precau-



ción de evitar el derrame del líquido fuera de la vena, en el tejido celular subcutáneo, porque traería como consecuencia un flegmon del antebrazo o del cuello si por alguna circunstancia se eligió la yugular para hacer la inyección.

*Historia clínica N.º 1.*—G. O. de 27 años de edad, natural de La Paz (Bolivia) de color moreno, mestizo, de regular estatura, de constitución fuerte, soltero, refiere: que sus padres nacidos en La Paz, tuvieron vida sana.

En cuanto se refiere al enfermo, nos dice haber padecido de «fiebres» cuando era niño. De joven salió de La Paz a Huaqui, donde estuvo un año, a los 16 años salió para trabajar en las minas de Huanuni (perteneció al departamento de Oruro a las 12 leguas), a la edad de 18 años se fué a Sorata donde permaneció algunos días y salió para la región del Beni a Burrenebaque, ahí se enfermó de paludismo durante tres meses: estaba casi sano, cuando se apercibió por prurrito en la región tarsal, que se había formado una especie de ampolla: se rascó y quedó una herida del porte de un real que sus compañeros le dijeron que era «Espundia» y le curaron con un polvo que los *Lekas* (llaman así a los naturales del lugar) preparan en la siguiente forma: azan un plátano hasta que se carboniza y el polvo resultante es la medicina empleada. Al cabo de dos meses, cicatrizó.

Estuvo en esta región un año y 6 meses, volviendo a Sorata y después a La Paz perfectamente sano; al mes de estar en La Paz por haber cumplido 20 años entró al servicio militar y fué designado para ir al Noroeste al Beni, en plena montaña, estuvo dos años en un sitio que está situado en la desembocadura de los ríos Eata y Madre de Dios, ahí tuvo unas picaduras de unos mosquitos, que curaron con suma facilidad, le salieron en las manos y circunscritas a la región dorsal «unas manchas de color amoratado en unos sitios y blancos en otros» de forma muy irregular: en este lugar estuvo dos años, bajó a Rivera Alta sin calzado, y desde entonces comenzaron a aparecerle úlceras, primero en la parte externa de la articulación tibio-tarsiana, que la falta de cuidado hizo que se extendiera por toda la articulación mencionada, después en el pié derecho en la misma región, y por último otras en la región dorsal de los dedos índice y medio de ambas manos, y en la oreja derecha, así llegó a Cochabamba e ingresó al hospital para curarse. En 1914 vino a La Paz; asistido en el hospital militar, le hicieron un raspado de sus heridas; después de dos meses de asistencia, no sintiendo mejoría se fue a Achacache donde curó con unos polvos caústicos, poco después se fué a Guanuni donde sintió que se le iba hinchando la cara y se le obstruían las fosas nasales sin experimentar mejoría por el uso de desinfectantes como el ácido bórico, el sublimado, etc., que en solución absorvía por las fosas nasales. En marzo de 1918, le salió según expresión del mismo enfermo, una «caracha» seca en el surco nazo-geniano, la cual fué invadiendo la cara apesar de los medicamentos empleados, volvió a La Paz y el 15 de setiembre del mismo año ingresó al Lazareto de esa ciudad, donde lo encontramos.

Niega afecciones treponémica y gonocócica.

*Signos subjetivos.*—El enfermo siente en su úlcera escozor, ganas de rascarse a veces dolor agudo en la nariz y sensación de ardor en todo el cuerpo de la úlcera: a veces como si nada tuviera.

*Examen objetivo.*—A pesar de su enfermedad el enfermo no está desnutrido, antes bien está musculoso y con energías; al primer golpe de vista lo primero que se presenta, es ambas mejillas hinchadas, el dorso de la nariz casi se encuentra al mismo nivel de los pómulos, el labio superior se encuentra duplicado y aún triplicado de su grosor normal, con una coloración morena oscura y de aspecto jamonado, que limita toda la región que está invadida; en la parte anterior de la nariz hay una gran ulceración con tendencia invasora; el ala derecha de la ventana nasal ha desaparecido; y en parte el ala izquierda; el tabique nasal en su porción cartilaginosa más anterior, está destruido, la ulceración ha tomado parte del labio superior, que presenta un gran surco transversal ulcerado y el resto del cartílago en su unión con el vómer está perforado; la ulceración en el labio superior tiene un contorno muy limpio y engrosado; siguiendo la piel no ulcerada se ve que ésta se presenta hinchada y de color violáceo; el fondo de la úlcera es de un color amarillo rojizo en el que se destaca uno que otro foquito hemorrágico y pequeñas granulaciones recubiertas de costras amarillentas, que al desprenderse hacen sangrar la herida, y después exuda una seriosidad que concretándose forma la costra amarilla; notamos que por todo el alrededor de la ulceración, donde la hinchazón es mayor y el color violáceo más in-

tenso, empieza la destrucción del tejido superficial, lo cual trae como consecuencia la producción de una secreción que al concretarse forma una costra, debajo de la cual, hay pequeños focos supurativos; al levantar la costra se ve la ulceración ya constituida, que sin tratamiento sigue irremediablemente avanzando en profundidad y uniéndose con focos colindantes de igual evolución, gana también en superficie; en el surco labiogeniano hay en medio de una piel violácea y lustrosa una especie de minúsculas vesículas que apenas se destacan de la superficie de la piel; en las mejillas hay verdaderos islotes ulcerativos, unos recubiertos de costras amarillentas, y otros desnudos y marcados por un grueso rodete de piel violácea; la oreja derecha, en casi toda su porción, se encuentra invadida por el proceso ulceroso, dejando al descubierto el cartílago que también ha sido invadido: las partes atacadas son el elix, en su casi totalidad, el antelix ligeramente atacado, lo mismo que el lóbulos y el trago; el olor que se percibe al acercarse es un tanto fétido, cosa que el enfermo no aprecia.

*Examen de la cavidad bucal.*—Por medio del depresor lingual se nota en la bóveda palatina, con predilección en su porción membranosa, una ulceración de aspecto granuloso, algunas de las granulaciones sobresalen por sus mayores dimensiones y entre botón y botón hay una capa medio purulenta cuya separación con alambre de platino es fácil y donde precisamente encontramos el material para nuestros preparados microscópicos; los bordes de esta ulceración son perfectamente limitados en el sentido longitudinal y en el anterior, pues están rodeados de una aureola rojocarmesí de la mucosa colindante; en la porción posterior no sucede así, pues se notan los pilares anteriores invadidos, la úvula totalmente desaparecida, no quedando de ella más que un simple muñón surcado y botonoso; todavía conserva flexibilidad el paladar membranoso. La laringe, funcionalmente está en perfectas condiciones; es digno de hacer notar que por esta ulceración del velo del paladar no sufría el enfermo la más leve mortificación, antes ni después de ingerir los alimentos y que solo cuando los alimentos estaban condimentados con bastante ají sentía un ligero ardor. El estado psíquico del enfermo no manifiesta ninguna alteración.

No hay datos patológicos en el resto del organismo.

*Examen microscópico.*—El examen de las preparaciones hecho con el Dr. MORALES VILLAZON dió abundantes blastomicetos. Hicimos siembras en medio de Saboureaux y pudimos notar ya desde el tercer día, una colonia de la cual se hizo un preparado, que reveló abundantes blastomicetos asociados a abundantes bacterias; se hizo resiembras para obtener un cultivo puro. La investigación de leishmanias fué negativo.

La reacción de la tuberculina por el método de MANTOUX fué positiva.

*Comentario.*—Es indudable que la primera inoculación la obtuvo en Burrenevaque, a los 16 años; a los 20, estuvo en uno de los principales focos de Blastomycosis, en un lugar situado entre los ríos Eata y Madre de Dios; es posible que ahí volviera a recibir una nueva inoculación, y aún una tercera, según refiere el enfermo, cuando viajaba a Rivera Alta. Como a los seis años de su inoculación primera, y como a los dos de su segunda, aparecieron las lesiones secundarias, que hemos descrito.

*Tratamiento.*—En este enfermo comenzamos el tratamiento el 23 de Enero, con la solución Maldonado en la siguiente forma:

Día 23, 3 c.c.; el enfermo no siente ningún malestar.

Día 25, 4 c.c.; no siente ningún malestar.

Día 27, 6 c.c.; no siente ningún malestar.

Día 29, 8 c.c.; no siente ningún malestar.

Día 31, 10 c.c.; no siente ningún malestar.

Febrero 2, 10 c.c.; no siente ningún malestar.

Día 4, 10 c.c.; no siente ningún malestar.

Día 6, 10 c.c.; no siente malestar.

Día 8, 10 c.c.; no siente malestar.

Día 10, 10 c.c.; no siente malestar.

Día 12, 10 c.c.; no siente malestar.

Día 14., 10 c.c.; no siente malestar.

Día 16, 10 c.c., no siente malestar.

Así seguimos todo el mes de Febrero y mediados del mes de Marzo sin obtener, en las lesiones ni en los síntomas, la más leve mejoría; fué entonces que empezamos el tratamiento por el tártaro estibiado en la siguiente forma.

Día 14 de marzo, 4 c.c. ligera tos y un poco de sofocación.

Día 16, 8 c.c.; un poco de tos y dolor al cuerpo.

Día 18, 10 c.c. el dolor al cuerpo lo mortifica, no puede dormir en la noche.

Día 20., 10 c.c.; todo el cuerpo le duele, brazos, piernas, cabeza; el sueño es pesado.

Día 22, 10 c.c.; lo mismo que en la inyección anterior.

Día 26, 10 c.c.; el mismo malestar que en la anterior inyección.

Días 27, 28 y 29, descanso por encontrarse muy dolorido y no haber podido dormir,

Día 30 c.c. acusa ardor en el campo de la herida, que sintió desde las primeras inyecciones.

En el mes de Abril seguimos poniendo las inyecciones, en el mismo orden y con las mismas alternativas de parte del enfermo, llegando a poner 13 inyecciones de tártaro emético; en este mes sometimos al enfermo a un nuevo examen y vimos que las lesiones cutáneas empezaban a cicatrizar y que las lesiones mucosas se modificaban favorablemente. El 27 de este mes apareció un Herpes Zona que nos hizo suspender el tratamiento por espacio de varios días, para reanudarlo en el mes de Mayo durante el cual llegamos a poner 9 inyecciones de tártaro emético de 10 c.c. cada una.

En el mes de junio solo pudimos llegar a poner 8 inyecciones de tártaro emético de 10 c.c. por las mismas razones que en el mes anterior.

En el mes de Julio solo pudo resistir 4 inyecciones.

En el mes de Agosto llegamos a poner 11 inyecciones de tártaro emético de 10 c.c.

En setiembre se llegó a poner 10 inyecciones de tártaro emético de 10 c.c.

En octubre pusimos 6 inyecciones.

En noviembre pusimos 7 inyecciones.

En diciembre pusimos 4 inyecciones; lo dejamos en descanso quedando este enfermo en las siguientes condiciones; la hinchazón de la cara había bajado, las lesiones externas estaban curadas y solo quedaban las lesiones de las fosas nasales que no se habían modificado. Las lesiones de la garganta ofrecían un tejido blanco fibroso; la cicatrización sin ser completa, había avanzado. El tratamiento no pudimos continuarlo por haber abandonado el Lazareto.

*Historia clínica N.º 2.*—R. F., de 22 años de edad, natural de La Paz, de raza india, de color moreno, de constitución mediana, de regular estatura, de oficio sastre, de estado soltero, refiere: Que sus padres nacidos en La Paz y residentes en el distrito de Obrajes, murieron con «tercias» contraídas en Yungas; sobre el pasado patológico de ellos no recuerda nada; fueron 4 hermanos; dos murieron con viruela y uno con «hinchazón generalizada»; el único que sobrevive es el enfermo que nos ocupa, el cual no ha salido de La Paz hasta la edad de 10 años, en que fué a Yungas; andaba casi siempre descalzo y algunas veces con *abarcas*; de repente se apercibió de un granito en la cara externa de la pierna, cerca de la articulación tibio-tarsiana, muy pruriginoso; se rascó y se formó un gran círculo de granitos igualmente pruriginosos, que el enfermo rascaba con desesperación hasta sacarse sangre, quedando poco a poco constituida la ulceración. Al cabo de dos meses apareció otra herida en la cara externa de la pierna, en su porción superior, cerca de la articulación fémoro-tibial; estas heridas tenían la particularidad de sangrar con mucha facilidad y abundancia. Regresó a La Paz para hacerse curar en los hospitales de esa ciudad, lo que consiguió al cabo de algunos meses.

En Obrajes empezó a sentir sequedad en la nariz, sensación de costras que le dificultaban la respiración, y que conseguía desprender con mucho esfuerzo, pues, salían con sangre; al cabo de poco tiempo sintió que de la parte interna de la ventana nasal izquierda, avanzaba hacia su parte externa, un grano, que en su evolución progresiva destruyó dicha ventana nasal, ulcerando el labio superior en su mitad izquierda y produciendo supuración abundante, de olor fétido; al cabo de 4 años le apareció otra ulceración en la mejilla; solicitando entonces los servicios de un profesional, quien con inyecciones de «606» llegó a cicatrizar las heridas de la cara, quedando bien por algún tiempo.

Hace 5 años, vió que la garganta estaba llena de granulaciones y con una pequeña úlcera, pero no sentía mortificación de ninguna clase; hace 2 años se apercibió que empezaba a ulcerarse el labio inferior en su mitad izquierda; dice que

desde 1918. «siente en su garganta una especie de hueso que lo quería ahogar», que se volvió completamente «ronco» que tenía mucha saliva en la boca, deglutiéndola o escupiéndola para poder hablar, dice que durante el día tose poco, casi nada, pero en la noche bastante; que cuando duerme de costado (posición adoptada por el enfermo) le sale mucha saliva (por la fístula del labio inferior) y en las mañanas amanece mojada la almohada y cuando se acuesta de espaldas se quiere ahogar por la saliva que lo hace toser; que las ulceraciones de la garganta no le mortifican en nada y en este sentido es como si estuviera sano; que de lo único que se queja es del dolor de los dos flancos, por el esfuerzo de la tos; que tiene buen apetito, duerme bien. No ha tenido hijos, ni ha padecido de infección venerea.

*Estado actual.*—Lo que primero llama la atención es el aspecto de su cara, por las cicatrices que presenta, les cuales retrayendo los tejidos han traído la atresia del orificio nasal izquierdo y la caída hacia este lado de la punta de la nariz. Este orificio nasal está tan reducido, que no deja pasar una sonda canalada y haciendo la exploración con el estilete se obtiene la sensación de dureza; al menor esfuerzo sangra, pues, apesar de la delicadeza de nuestro examen, vimos aparecer algunas gotas de sangre; el enfermo experimenta una sensación de sequedad en su nariz que lo mortifica, lo mismo que la obstrucción nasal; la cicatriz externa abarca la mitad izquierda del labio superior y al llegar al borde labial ha producido una depresión bien marcada; la mejilla izquierda presenta una cicatriz que todavía tiene un puntito en vías de cicatrización; en la comisura bucal izquierda hubo una ulceración que avanzaba por el borde del labio superior e inferior, dejando en este último una marcada pérdida de sustancia, con retracción cicatricial de los tejidos y la atresia consiguiente del orificio bucal. En la mucosa bucal hay una vasta ulceración que desde la comisura se extiende por toda la cara interna del carrillo, esta ulceración es botonosa y ofrece surcos recubiertos por una secreción medio purulenta; se percibe olor fétido, que el enfermo no siente; el contorno del labio superior tiene un grosor casi doble del normal, estando ulcerado por toda su cara interna y llegando este proceso morbosos a la encía que está por encima de los incisivos superiores, los cuales presentan marcadísima movilidad, pues, uno de ellos está por ser expulsado de su alvéolo. La ulceración de la comisura en plena evolución y la cicatriz externa hacen un tanto difícil el examen de la garganta, en la que notamos lo siguiente: en el fondo hay una gran ulceración que forma un todo con el paladar membranoso, no distinguiéndose ni úvula, ni pilares anteriores, presentándose con bastante claridad un surco vertical que se inicia desde medio paladar óseo y llega hasta el fondo de la garganta, que está cruzado por otro transversal de forma irregular (*cruz palatina blastomicótica* de ESCOMEL) en cuyo fondo hay una sanies purulenta mezclada con saliva; el paladar óseo está relativamente poco tomado; las amígdalas están representadas por dos columnas carnosas con los mismos caracteres del resto de la ulceración; la parte superior de la faringe también está invadida; la laringe funcionalmente está muy lejos de la normalidad; el enfermo tiene la voz ronca y con timbre muy especial; su respiración es ruidosa y enteramente bucal.

No hay trastornos en el resto del organismo.

*Examen microscópico.*—Encontramos abundantes blastomicetos, coloreando la preparación según el método de Gram; los cultivos hechos en el medio de Sabouraud, a la temperatura del laboratorio, dieron colonias visibles.

La reacción a la tuberculina por el método de Mantoux, fué positiva.

Examen de leishmanias negativo.

*Comentario.*— A la edad de 10 a 11 años, recibió en Yungas la primera inoculación en la cara externa de la articulación tibio-tarsiana; a los dos meses apareció otra ulceración en la articulación fémoro-tibial, probablemente fué una autoinoculación producida por el rascado; curado en el hospital de La Paz, por el tratamiento común de las heridas, se fué a Obrages, lugar situado a media legua de la ciudad de La Paz, donde al cabo de un año aparecieron las lesiones nasales y mucosas, que desaparecieron por la acción de los arsenicales, aunque no definitivamente las radicadas en las mucosas; probablemente existía la asociación leishmanio-blastomicótica.

*Tratamiento.*—El tratamiento empleado consistió en inyecciones intravenosas de tártaro emético en la siguiente forma:

Enero 27 de 1919, 3 c.c. sin malestar.

Día 29, 5 c.c. no siente malestar.

Día 31, 7 c.c.; siente un poco de dolor en el brazo y el enfermo sin preguntarle nos dice que siente que ha disminuído la secreción salivar, pero siempre es abundante.

Febrero 2, 8 c.c.; nada de particular.

Día 4, 10 c.c.; se presenta un acceso de tos; este enfermo tenía atacada su laringe, decía que sentía picor y ardor en la garganta que le provocaba esa tos exigente. Dicho acceso se presentó, con tanta intensidad, desde que llegamos a 8 cent. cúb.

Día 6, 10 c.c.; lo mismo que la anterior inyección.

Día 8, 10 c.c.; lo mismos fenómenos que la anterior inyección.

Día 12, 10 c.c.; accesos de sofocación, tos; al poco tiempo náuseas; falta de apetito durante todo el día.

Día 14, 10 c.c.; accesos de tos durante algunos minutos.

Día 16, 10 c.c.; se suspende el tratamiento en razón de nuestra ausencia durante un mes.

Marzo 11, 10 c.c.; se hace un nuevo examen y es admirable la cicatrización que se ha operado en este enfermo; gruesas bandas de tejido conjuntivo de coloración blanquecina se destacan en el paladar.

Día 13, 10 c.c.; ligera tos.

Día 15, 10 c.c.; ligera tos.

Día 17, 10 c.c. ligera tos.

Día 19, 10 c.c.; siente el cuerpo muy dolorido y tenemos que suspender las inyecciones hasta el

Día 25, 10 c.c.; el mismo malestar. Hacemos descansar al enfermo hasta el mes de abril.

Durante el mes de abril pusimos 14 inyecciones de 10 c.c. Todas las lesiones han cicatrizado, tanto las cutáneas como las mucosas.

El 6 de mayo lo hicimos operar con el hábil cirujano Dr. DANIEL BILBAO para que restableciera sus fosas nasales y mejorase los desperfectos de la boca.

La operación dió el resultado que perseguíamos, porque se permeabilizaron sus fosas nasales; sin embargo no pudo conseguir el fin estético, por complicaciones que sobrevinieron al enfermo.

Como notásemos que la úlcera daba señales de actividad hicimos durante este mes 6 inyecciones de tártaro de 10 cent. cúb. que produjeron cicatrización completa.

En febrero de 1920 hemos visto al enfermo, notando que persistía la curación de las lesiones mucosas, ofreciendo en el borde del labio una ligera escoriación, que no hemos podido tratar por habernos tenido que ausentar de la Paz.

*Historia clínica N.º 3.*—G. P. de 22 años de edad, soltero labrador, ofrece antecedentes hereditarios sin importancia y un pasado morboso en el que hay fiebre tifóidea y viruela.

*Enfermedad actual.*—Refiere el enfermo que hace algún tiempo, sin poder precisar la fecha, que padeció de algunas úlceras de la pierna, presentando en efecto, una cicatriz en la pierna derecha hacia su cara externa; dice que hace 8 años, empezó a notar las lesiones de la naríz, que poco a poco se ulceraron hasta la destrucción de toda la porción cutánea y cartilaginosa del ala de la naríz, que se encuentra reemplazada por una úlcera que llega hasta la parte ósea; las mejillas también están invadidas y el ojo derecho presenta un ectropión producido por la retracción de las ulceraciones del párpado inferior y tejidos vecinos, que da lugar a *epifora*, ocasionada por la eversion del conducto lácrimo-nasal. En el labio superior existe una úlcera hipertrofica, de bordes gruesos y fungosos, que presenta todos los caracteres de las úlceras callosas es de color rojo, muy pálido; en el fondo de esta ulceración se encuentran mamelones carnosos, pálidos y aplastados, separados por surcos en los que se encuentran una sanies medio purulenta, de coloración amarilla; en el velo del paladar hemos encontrado una ulceración que tomaba todo el paladar membranoso, con propagación descendente; a juzgar por el examen de la laringe, las cuerdas parecen estar invadidas; la voz es ronca y padece de tos muy frecuente.

*Examen microscópico.*—Positivo para Blastomices y negativo para Leishmanias; la reacción de Mantoux fué positiva.

El Dr. MORALES, describe en su trabajo sobre la «Blastomicosis en Bolivia» este enfermo.

SAMUEL LOZADA BENAVENTE.—*Contribución  
al estudio de la Blastomycosis.*



Fig. 1

Aspecto como quedaron las lesiones blastomycóticas después del tratamiento y de la autoplastía realizada en la nariz por medio de un colgajo frontal. (Intervención quirúrgica realizada por el Dr. Daniel Bilbao).

Este enfermo pertenece por sus lesiones al período terciario de la Blastomycosis.

*Comentario.*—La lesión inicial se presentó en la pierna derecha, apareciendo después las lesiones secundarias en la cara y después las terciarias, que son los que actualizan el cuadro morfológico.

*Tratamiento.*—Comenzamos el tratamiento el 27 de Enero de 1919 inyectando 3 c.c. de tártaro emético, sin ningún accidente.

Día 29, 5, c.c.; nada anormal.

Día 31, 7 c.c.; nada anormal.

Febrero 2, 9 c.c.; nada anormal.

Día 4, 10 c.c.; le arde la garganta durante el día; presentó pocos momentos después de puesta la inyección, un pequeño acceso de tos y cierto ardor en todo el campo de la herida.

Día 6, 11 c.c.; nada anormal.

Día 8, 11 c.c.; perfectamente soportados.

Día 10, 12 c.c.; experimenta sensación nauseosa, no almuerza, pero en la tarde que vemos este enfermo, lo encontramos en perfectas condiciones.

Día 12, 12 c.c. lo mismo que la anterior inyección.

Día 14, 10 c.c. descendimos la cantidad de la inyección por encontrarse al enfermo muy dolorido.

Por ausencia de La Paz, solo continuamos el tratamiento el día 11 de marzo, inyectando 10 c.c.; nada anormal.

Día 15, 10 c.c.; sentía muy adolorido el cuerpo y lo hacemos descansar hasta el día 20.

Día 20, 10 c.c. lo mismo que el anterior y descansa hasta el

Día 25, 10 c.c. por la misma razón descansa hasta el

Día 30, 10 c.c.

En abril solo inyectamos tres veces tártaro emético, en la cantidad de 10 c.c. cada vez por precaución ya que las lesiones cutáneas y mucosas habían cicatrizado desde el mes anterior.

El 6 de mayo el Dr. BILBAO practicó una operación reparadora, ejecutando una autoplastia en la nariz, tomando un colgajo frontal. El resultado feliz puede apreciarse en la Fig. N.º 1.

*Historia clínica N.º 4.*—M. T. natural de La Paz, de 48 años de edad, de oficio labrador, casado.

*Antecedentes hereditarios.*—La madre murió de reumatismo, sus dos hermanos son sanos.

*Antecedentes personales.*—Estando muy pequeño enfermó de viruela; a los 19 años tuvo que viajar al noroeste de la república, allí fué atacado de paludismo, regresando curado a los dos años; posteriormente viajaba a los Yungas en calidad de comerciante, no tiene hábitos alcohólicos, (su esposa e hijos son sanos).

*Enfermedad actual.*—Hace 13 años que comenzó su enfermedad; en la raíz del dedo gordo del pie izquierdo, se presentó un pequeño grano pruriginoso, que por el frote se ulceró y que sanó mediante un tratamiento antiséptico, como atestigua actualmente una pequeña cicatriz. A la vez que esta lesión se iniciaron otras pequeñas en la parte externa y tercio inferior de la pierna izquierda y en el dorso de la mano derecha, que también curaron con tratamiento anodino.

Posteriormente se presentaron lesiones en los labios, nariz, etc., que se ulceraron extendiéndose en superficie. Al mismo tiempo y simultáneamente se presentó una lesión en el paladar que se propagó a la cara interna de los carrillos, mucosa gingival, pilares, faringe, etc.

La nariz y el labio superior como puede verse en la fig. N.º 2 están aumentados de volumen; las alas de la nariz están elevadas hacia arriba; las superficies ulceradas externas, tienen los mismos caracteres: son de bordes engrosados, de color rojo-pálido, de tejido friable, sangran con facilidad, tanto que constantemente están cubiertas de sangre mezclada con una secreción de color amarillento; todas estas úlceras son notablemente dolorosas; en los límites de las ulceraciones, la piel es de un color moreno oscuro; el lóbulo de la oreja izquierda está aumentado de volumen

presentando una pequeña úlcera de superficie lisa, color rojo intenso y tejido friable, que sangra con facilidad, el resto del pabellón está sano. El borde libre del labio superior ha sido rechazado hacia arriba y afuera por la ulceración, en cambio una parte del labio inferior ha descendido hacia abajo, la mucosa de ambos labios está lesionada en su totalidad y esta ulceración avanza hasta la comisura izquierda; en la nariz la úlcera ha llegado a la mucosa de los cornetes inferiores, medios y superiores, los cuales presentan una superficie de color rojo pálido, con mamelones recubiertos de una abundante secreción mucosa; los tejidos no son friables, no sangran con facilidad; la respiración nasal es difícil pero todavía posible; la olfacción, es normal. La cara interna de los carrillos, muestra mamelones de tejido aparentemente sano de color rojo-claro y de consistencia apreciable. La bóveda palatina está ocupada por una gran depresión, cubierta de una mucosa de color rojo claro, con mamelones poco prominentes, separados por surcos de escasa profundidad y llenos de un exudado amarillento: estos mamelones no dan sangre; avanzando hacia la faringe la úvula y los pilares han desaparecido por completo y en su lugar se encuentran mamelones poco prominentes, de color rosado, muy pálido, casi anémicos y recubiertos del mismo exudado. Aqueja tos frecuente y la laringe posiblemente está tomada, porque el enfermo está casi afónico; padece de abundante salivación.

*Examen microscópico.*—Positivo en el sentido de blastomices, negativo en el de leishmanias; reacción a la tuberculina por el método de Mantoux, positiva.

*Comentario.*—La dolencia de este enfermo comenzó en Yungas hace 13 años, recibió su inoculación primaria en la raíz del dedo gordo del pie izquierdo y en la parte externa del tercio inferior de la misma pierna, apareciendo después las lesiones cutáneas y mucosas. Pertenece este enfermo al período terciario de la Blastomycosis.

*Tratamiento.*—Se comenzó el 12 de mayo de 1912, inyectando 5 c.c. de tártaro emético sin ningún accidente.

Días 20, 22 y 24, 10 c.c. nada de anormal.

Día 26, 10 c.c.; empezó a sentir dolor en todo el cuerpo que hizo necesario descansar hasta el

Día 30, 10 cc. sin accidente.

En el mes de junio llegamos a poner 13 inyecciones de tártaro emético

En Julio solo pudimos poner 2 inyecciones de 10 c.c.

En agosto llegamos a poner 10 inyecciones de tártaro emético de a 10 c.c.

En setiembre pusimos 8 inyecciones, porque el enfermo se sentía muy dolorido.

En octubre llegamos a poner 4 inyecciones de 10 c.c.

En noviembre solo 2 inyecciones, pues como se ve en la fig. N.º 3, las lesiones cutáneas y mucosas están cicatrizadas.

*Historia clínica N.º 5.*—E. C. indígena natural de Italaque, de 25 años de edad casado y de profesión labrador.

*Antecedentes hereditarios.*—Refiere que su padre murió de fiebre palúdica; la madre es sana; tiene un hermano que sufre de paludismo y cuatro hermanas que murieron de viruela.

*Antecedentes personales.*—Estando muy pequeño enfermó de fiebre tifoidea, posteriormente contrajo paludismo, después viruela; tiene cuatro hijos perfectamente sanos; ha trabajado en las regiones más cálidas de Yungas y acusa tener hábitos alcohólicos.

*Enfermedad actual.*—La enfermedad se inició hace 4 años en forma de pequeñas erosiones que se manifestaron simultáneamente en la pierna izquierda y en la parte inferior de la nariz y poco a poco se hicieron más extensas, hasta convertirse en verdaderas úlceras. Algún tiempo después se trasladó a La Paz ingresando al hospital, donde con el tratamiento antiséptico curaron sus úlceras, pues, solo se notan hoy dos cicatrices de regulares dimensiones, la primera ocupa el tercio superior de la pierna, tiene una forma completamente irregular, de superficie lisa y de un color blanco-rosado, bordeada por un levantamiento de aspecto verrucoso de color moreno obscuro; la otra cicatriz se encuentra en el tercio inferior de la misma pierna y tiene el mismo aspecto que el anterior. Actualmente las lesiones de consideración, como se



SAMUEL LOZADA BENAVENTE. —Contribución  
al estudio de la Blastomycosis.



Fig. 2

Lesiones terciarias cutáneomucosas.  
Antes del tratamiento.



Fig. 3

Lesiones terciarias cutáneomucosas.  
Después del tratamiento, en el momento de abandonar el  
Lazareto de La Paz.

SAMUEL LOZADA BENAVENTE.—Contribución  
al estudio de la Blastomycosis.



Fig. 4

Lesiones secundarias cutáneas mucococcosas.  
Antes del tratamiento.



Fig. 5

Lesiones secundarias cutáneas mucococcosas.  
Después del tratamiento.

ve en la figura N.º 4 ocupan la base de la nariz y todo el labio superior, de allí se extienden a la mucosa de la bóveda palatina, a los pilares anteriores y posteriores del paladar a la amígdala, a la úvula y, por último, a la faringe. Manifiesta que la primera de estas lesiones aparecieron en la nariz y que de ahí se propagó a las regiones ya indicadas; actualmente la base de la nariz presenta un ligero aumento de volumen, su superficie externa tiene un color rosado con pequeños levantamientos blanquecinos, el tejido es friable y sangra con mucha facilidad; las lesiones en la parte externa no pasan de los de la nariz; en la parte interna van hasta los cornetes que están hipertrofiados y ulcerados (*rinitis hipertrófica ulcerativa blastomicrobica*) el límite de la úlcera está marcado por un borde moreno oscuro; los orificios nasales están tan estrechados que llegan a impedir la respiración nasal al enfermo; el labio superior presenta un aumento enorme de grosor, están tomados tanto su cara externa como la interna, en tanto que el borde libre está casi sano, en su cara externa la lesión presenta un color rojo no muy intenso que también sangra con facilidad y que apesar de la limpieza diaria está cubierto de un exudado amarillento, la úlcera no traspasa los límites de la comisura labial y está bordeada por un rodete de color bruno; tanto la úlcera nasal como la labial se confunden y comprenden una extensión considerable, notándose a su rededor un endurecimiento de los tejidos; la cara externa del labio muestra de trecho en trecho pequeños coágulos de sangre; la bóveda palatina presenta en su parte media un surco poco profundo que limita en ambos lados de su mucosa, pequeños mamelones de un color rojo pálido, separados unos de otros por pequeños surcos de diferente dirección; está recubierta de un líquido medlo purulento mezclado de saliva; las ulceraciones de la garganta no molestan al enfermo en el acto de la deglución.

*Examen bacteriológico* —Es positivo en el sentido de blastomices y negativo en de leishmanias. Reacción de Mantoux, positiva.

*Comentario.* — Las lesiones se presentaron en la pierna izquierda y en la nariz, dice el enfermo que simultáneamente; si así fuera, podríamos decir que el chancro blastomicrobico puede asentar en la nariz como lesión primaria, pero nos parece que esta localización fué una autoinoculación.

Este enfermo pertenece al período secundario de la blastomicrobosis.

*Tratamiento.* — El tratamiento comenzó en abril de 1919

Día 2, 3 c.c. de tártaro emético; nada anormal.

Día 4, 6 c.c.; nada anormal.

Día 6, 10 c.c.; nada anormal.

Día 8, 12 c.c.; nada anormal.

Día 10, 14 c.c.; nada anormal.

Día 12, 15 c.c.; nada anormal.

Día 14, 16 c.c.; nada anormal.

Día 16, 17 c.c.; sintió dolor en el cuerpo, un poco de malestar, cefalalgias, sueño pesado acompañado de «pesadillas».

Día 18, 17 c.c.; dolor al cuerpo, sueño y apetito normales.

Día 20, 18 c.c.; por la mañana soportó perfectamente el medicamento; en la tarde se acuesta, tiene dolor de cabeza, todo el cuerpo le duele; en la noche tiene excitación, se levanta de su cama y anda por la sala; el cuidante lo hace acostar y no puede conciliar el sueño. Lo hacemos descansar hasta el 26.

Día 26, 15 c.c.; en la tarde descomposición del cuerpo, dolor de piernas, brazos y cabeza.

Día 28, 10 c.c.; muy bien soportados.

Día 30, 10 c.c. bien soportados.

En mayo solo ponemos 10 inyecciones de 10 c.c. cada una.

En junio pusimos 5 inyecciones.

En julio pusimos 4 inyecciones.

En agosto 10 inyecciones de 10 c.c.. En esta época el enfermo ofrece completamente cicatrizadas las lesiones cutáneas y las mucosas tal como se observa en la Fig. N.º 5.

Nuestras observaciones de Blastomycosis se elevan a muchos casos; sólo referimos las historias clínicas anteriores porque son las más interesantes. En todas hemos conseguido el mismo éxito terapéutico, cuando la medicación se ha aplicado durante el tiempo que nuestra experiencia demuestra es necesario emplearlo, para conseguir curaciones.

### CONCLUSIONES

1a.—Debe adoptarse definitivamente en la clasificación clínica de la blastomycosis cuatro períodos, tanto porque sus fases evolutivas son bien marcadas, cuanto porque facilita la descripción de la enfermedad.

2a.—El chancro blastomicoso cicatriza sin medicación especial, casi, se podría decir, espontáneamente.

3a.—La presencia de la *cruz palatina de la blastomycosis*, está acompañada frecuentemente de los demás síntomas que sirven para el diagnóstico, pero en algunos casos puede faltar.

4a.—Las lesiones mucosas nunca pasan más allá de las cuerdas bucales posteriores; no toman la mucosa de la tráquea ni la de los bronquios.

5a.—Pueden presentarse asociadas las lesiones leishmaniásicas y blastomicósicas, evolucionando independientemente la una de la otra; su diagnóstico debe siempre hacerse con el microscopio.

6a.—La reacción a la tuberculina por el método de Mantoux es positiva en los blastomicósicos, sin que sean tuberculosos.

7a.—El tratamiento de los blastomicosos debe hacerse por el tártaro emético, a dosis masivas, empleando inyecciones intravenosas interdiarias, hasta el límite de tolerancia del enfermo. Debe comenzarse por dosis pequeñas y llegar lentamente a las dosis altas, para volver a regresar.

8a.—El tratamiento debe continuarse un año y más, después de cicatrizadas las lesiones.

9a.—El tártaro emético se acumula en el organismo, razón por la que después de una cura intensiva de algunas semanas a dos meses, debe dejarse descansar a los enfermos algunos días e ir espaciando las inyecciones.

10a.—Débese ser muy parco, al aplicar las primeras inyecciones, en los enfermos que llegados a su tercer período, tienen atacada la laringe.

11a.—Fuera de una ligera flebitis, la medicación tartárica bien dirigida y con todos los cuidados necesarios, no tiene inconveniente.

12a.— Los enfermos insuficientemente tratados, ven reaparecer sus lesiones apenas han cicatrizado y se ha abandonado el tratamiento por el tártaro emético; sometidos a una segunda cura necesitan un tratamiento de duración más larga para obtener su cicatrización; si se produce una tercera recaída, la medicación tartárica queda sin efecto.

13a.— Las soluciones deben ser preparadas con la más escrupulosa asepsia, momentos antes de aplicarlas al enfermo.

