

A PROPOSITO DEL TRATAMIENTO DE UNA ULCERA
SIFILO-VARICOSA FAGEDENICA DE PIERNA, EN UN
ENFERMO CON REACCIONES SEROLOGICAS
IRREDUCTIBLES (*)

POR EL

Dr. Rafael Garzón

En comunicaciones anteriores (1), me he ocupado con detenimiento de la etiopatogenia y tratamiento médico-quirúrgico de la llamada úlcera simple de la pierna o úlcera varicosa, así como también del óptimo resultado obtenido en un caso de úlcera trófica de pierna con algias extensas y progresivas y con manifestaciones de neuritis simpática (tipo causalgia), con las inyecciones intraarteriales (arteria femoral) de una solución de novocaína al 1 % siguiendo la técnica aconsejada por Leriche en su comunicación del año 1939 a la Academia de Cirugía de París ("Rev. Academie de Chirurgie", Tom. 65, N.º. 17, pág. 750.

En esta oportunidad, solo he de referirme al tratamiento médico quirúrgico realizado en un enfermo luético, que presentaba una úlcera sífilo-varicosa fagedénica de pierna izquierda y que no obstante el intenso tratamiento antiluético y para específico realizado en estos últimos cinco años, de haber curado su lesión ulce-

(*) Comunicación a la Reunión Dermatológica de Córdoba, el día 6 de noviembre de 1943.

(1) "Úlcera de la pierna". Rev. de la Universidad Nacional de Córdoba Nros. 9 y 10 - 1939, 1) "Sobre una úlcera trófica de la pierna, rebelde a los tratamientos comunes y curada con las inyecciones intraarteriales de novocaína, según el procedimiento de Leriche" "Rev. Arg. de Dermatosisifilología. Tom. XXV, 1a. parte, año 1941.

rosa, en ausencia de síntomas clínicos y con líquido céfalo raquídeo normal, persisten las reacciones serológicas intensamente positivas.

Esta última eventualidad me ofrecerá la oportunidad, de recordar brevemente las hipótesis emitidas para explicar la patogenia de las reacciones de Wassermann irreductibles, de su importancia práctica y de la manera de resolver la situación en este caso.

HISTORIA CLINICA

Nicolás J. — Polaco, 43 años de edad, soltero, de profesión cocinero, ingresó al Hospital San Roque Sala N^o. 1 en setiembre de 1938.

A. H.: Sin importancia.

A. P. Eruptivas en la infancia. A los 23 años, blenorragia que curó con lavajes. Poco tiempo después tuvo un chanero en el pene, que le apareció a los 15 días de un contacto sexual y desapareció a los 45 días con tratamiento local. No se le hizo ninguna investigación de laboratorio ni tratamiento general.

Al año siguiente, sin que mediara causa aparente, sintió brusco dolor intenso a todo lo largo de pierna izq. acompañándose con edema rojo y caliente de todo el miembro, que le obligó a guardar reposo por algún tiempo. Refiere el enfermo, que desde entonces notó que la pierna izquierda aumentó de volumen y le quedó siempre más gruesa que la derecha.

Cuatro años después, el enfermo sufre un proceso agudo conjuntival y corneal curando al cabo de cuatro meses.

El enfermo no es constipado; ha hecho alimentación mixta y a discreción.

Desde época que el enfermo no puede precisar, nota dilataciones venosas tortuosas no muy aparentes en ambas piernas.

Ant. de la enfermedad actual:

Con alternativas de mejorías y reagravaciones siguió varios años sufriendo sensaciones dolorosas y de pesadez del miembro inferior izquierdo, acentuados con la marcha y muy particularmente

en la posición de pié. Hacen aproximadamente 20 años notó que los síntomas enunciados se acentuaron y apareció en el tercio inferior de pierna, ampollas que se erosionaron y dejaron pérdidas de sustancias que se extendieron excéntricamente y en profundidad. Estas lesiones aumentaron como consecuencia de traumatismos repetidos, formándose una ulceración que no curó sino después de tratamientos locales y de enyesado de la pierna. Durante 10 años permaneció cerrada la ulceración y solo tenía sensaciones de pesadez y dificultades en la marcha forzada. Nuevos traumatismos locales determinó la formación de dos ulceraciones que se unen posteriormente. El enfermo nota que la pierna aumenta de volumen y que se flexiona sobre el muslo limitando los movimientos de extensión y dificultando la marcha y la posición de pié. De tiempo en tiempo toda la pierna se enrojecía, con aumento de la temperatura local y compromiso del estado general, fiebre y escalofríos. Esta sintomatología se repitió varias veces y con tiempo variable de duración dejando la pierna cada vez más engrosada y deforme. La ulceración se extendió hasta adquirir las enormes dimensiones que presenta al ingresar al servicio de piel del Hospital San Roque, en setiembre del año 1938.

Estado actual: (Setiembre de 1938).

Hombre de desarrollo normal en deficiente estado de nutrición. Presenta a nivel de los dos tercios inferiores de su pierna izquierda elefantíasea, una enorme ulceración fagedénica de contornos bien limitados y en parte policíclicos. Esta ulceración compromete la piel y el tejido celular subcutáneo de cara anterior y laterales. El fondo de aspecto lardáceo sucio muy supurativa presenta una superficie lisa atónica de color gris sucio. La base forma cuerpo con los planos profundos; bordes adherentes al fondo y en el límite inferior algo evertidos, termina en rodete abrupto de forma irregular. La piel que rodea la ulceración, forma con las partes blandas profundas un tejido compacto duro, esclerosado inelástico y cubre borrando los relieves óseos del cuello de pié.

A nivel de la última porción de pierna y dorso del pié, la piel presenta lesiones verrucosas de consistencia esclerosa, seca y de sensibilidad disminuída. Además de estas lesiones, el enfermo presenta

una infiltración de todas las partes blandas del tercio superior de pierna e inferior de muslo que mantiene el miembro en flexión permanente e impide la extensión de pierna sobre muslo, lo que determina un acortamiento de 0,10 mts. del miembro inferior izquierdo con los consiguientes trastornos para la marcha.

A nivel de muslo, se observan varices de la safena interna, con pruebas positivas para la insuficiencia valvular (signos de Trendelenburg) y del intercambio venoso del sistema superficial y profundo (signo de Delbert y Mocquot).

El resto del examen clínico revela, sistema ganglionar: se palpan ganglios de distintos tamaños (hasta de un huevo de paloma) en diferentes regiones del cuerpo: submaxilares, axilares e inguinales. Ganglios lisos, muy poco dolorosos, de consistencia firme esclerosa, generalmente libres, pero algunos adherentes a los planos profundos.

El examen del aparato circulatorio solo revela lo siguiente: punta del corazón por fuera de la línea hemiclavicular y en el sexto espacio intercostal. Pulso regular rítmico con una frecuencia de 75 por minuto. T. A.: Mx. 13 ½; mn. 8.

Sensibilidad y reflejos; nada de particular.

Radiografía de pierna: (Noviembre. 11-1943). Proceso condensante, que abarca casi íntegramente tibia y peroné, respetando caras articulares, prevalecen los fenómenos de producción osteofibrosa, con pequeños y dispersos focos destructivos. La participación de periostio es evidente. El espacio interóseo está en gran parte desaparecido por contacto de los tejidos neoformados. En la radiografía de perfil aparecen espolones óseos en el borde posterior del peroné. Se notan imágenes lacunares de diámetro muy pequeño en la zona de tejido que ocupa el tejido interóseo, especialmente.

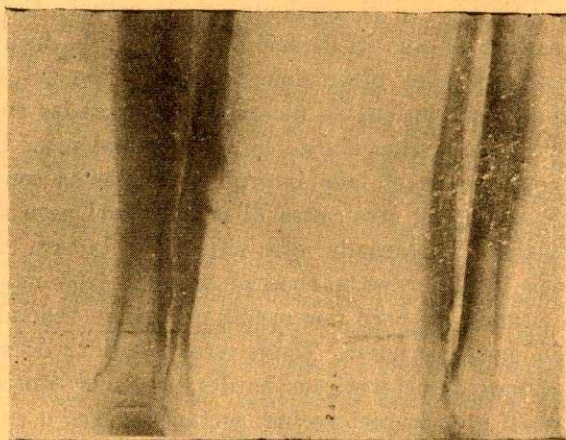
Radiografía de aparato cardiovascular: Nada de particular.

EXAMENES DE LABORATORIO:

Análisis de sangre: (Hospital San Roque)

Setiembre	1938	Reacción de W. (+ +) Kst. (+++)
Diciembre	1938	„ „ „ (+ +) Kst. (+ +)

Junio	1939	Reacción de W.	(+++)	Kst.	(+++)
Diciembre	1939	" "	(+ +)	Kst.	(+ +)
Setiembre	1940	" "	(+ +)	Kst.	(+ +)
Febrero	1941	" "	(+ +)	Kst.	(+ +)
Octubre	1941	" "	(+ +)	Kst.	(+)
Mayo	1942	" "	(+ +)	Kst.	(+ +)
Diciembre	1942	" "	(+ +)	Kst.	(+ +)
Setiembre	24-1943	(Hosp. Clín.)	(+ +)	Kst.	(+ +)
"	" "	" "	" "	K. presuntiva	(++)
Noviembre	2 - 1943	" "	" "	W. (++) K. St.	(++)
"	" "	" "	" "	Kahn Presunt.	(++)



RADIOGRAFIA N°. 1

Exámen citológico: Glóbulos rojos: 4.500.000. Hemoglobina: 78.

Valor globular: 0.86. GLOBULOS BLANCOS: 6.800. Granulocitos neutróf. núcleo segmentado: cif. relativas 54. Cifras absolutas 3.672.

Granulocitos eosinófilos: cifras relativas = 17. Cifras absolutas 1.156.

Linfocitos: cifras relativas = 19. Cifras absolutas 1.292.

Monocitos: Cifras relativas = 10. Cifras absolutas 680.

Colesterina contiene: 1.66 grs. 0/00.

Líquido Céfaló Raquídeo (noviembre 9 de 1943):

Cantidad 10 c3, Color: cristal de roca; aspecto; límpido; reacción alcalina, Reacción Pandy: negativa. Reacción Wassermann: negativa; Albúmina: 0.20 $\frac{0}{100}$ (mil); citología: 1,2 elementos celulares por mm³. (linfoides).

Examen de orina: Normal.

El enfermo permaneció internado en el Hospital San Roque en los servicios de piel y cirugía N^o. 1, desde su ingreso en setiembre de 1938 al 12 de mayo de 1943 fecha en que fué internado en el Hosp. de Clínicas con el siguiente estado actual: La pierna izquierda es asiento de una infiltración cada vez más dura a medida que nos acercamos a las ulceraciones. En la unión del 1/2 con el 1/3 inferior se observan cuatro ulceraciones separadas entre sí por tejido cicatricial de reparación de la úlcera fagedénica. Una de las ulceraciones asienta en el lado interno de la pierna con un tamaño de un cobre de 0,02 ctvs.; otra al mismo nivel pero situada sobre la cresta tibial es alargada; otra situada en la cara externa tiene una forma irregularmente cuadrangular de 0.03 mts. de largo y la cuarta situada un poco por arriba de esta es redondeada y de igual tamaño que la primera. Todas estas pérdidas de sustancias tienen los mismos caracteres: sus bordes tienen la consistencia del tejido cicatricial o de la piel vecina, cortados a pico o en bicel, adherentes al fondo; el fondo es rojo más bien seco que húmedo y con escasa tendencia a la granulación. La piel circunvecina está infiltrada, no muy escamosa rodeada por otra zona pigmentada y escamosa.

Algunas consideraciones diagnósticas y terapéuticas. — Importancia práctica de las reacciones serológicas irreductibles

De los antecedentes suministrados por el enfermo y de su estudio clínico, puede deducirse que la lesión chanerosa del pene que tu-

vo a los 23 años y que curó con tratamiento local, fué de naturaleza sífilítica y que las lesiones ulcerosas y óseas de pierna izquierda son lesiones terciarias de tipo gomoso.

Estas lesiones sífilíticas, asientan sobre un miembro inferior afectado de várices. Según Bastos, la sangre que ha pasado de las venas varicosas a las profundas, refluye de estas nuevamente a las venas superficiales en virtud del fenómeno de Trendelenburg. "Se establece así un círculo vicioso que hace que la sangre de la pierna no salga, puede decirse de ella, moviéndose solamente dentro de este pequeño circuito de circulación privada. Tal trastorno debe producir racionalmente una perturbación circulatoria local más amplia en la que las dilataciones varicosas son sólo una parte" (Bastos). Recientemente, se tiende a considerar a las várices como un efecto, más que como una causa de la mala nutrición de los tejidos que la rodean.

Ahora bien, en estas circunstancias en las que existiría el llamado complejo varicoso con sus síntomas típicos de pesadez, adormecimiento, calambres, pruritos, etc., basta la acción de traumatismos pequeños que actúan sobre las paredes enfermas de las venas, para que se desencadenen a su nivel procesos inflamatorios más o menos importantes, originados por el aumento de la virulencia de los gérmenes comunes (estrepto-estafilococo), que encuentran así un terreno apto para su desarrollo y pululación. Como consecuencia de estos hechos pueden producirse, como ha ocurrido en nuestro enfermo, flebitis agudas extensas o bien flebitis subagudas o crónicas segmentarias, acompañadas de sintomatología dolorosa y procesos subfebriles prolongados en las formas crónicas.

En los estados varicosos no tratados, pueden producirse en la pierna enferma, procesos de capilaritis y hemorragias subcutáneas o intracutáneas y las extravasaciones sanguíneas consiguientes que dan el aspecto de dermatitis ocre que Favre llama "Angio-dermitis pigmentaria y purpúrica", considerándola como de etiología sífilítica y como una manifestación dermatológica pre-ulcerosa.

Resulta fácil explicar la iniciación de la úlcera de la pierna en este enfermo luético, que tiene várices que se han complicado con procesos flebíticos y que ha sufrido múltiples traumatismos en el tercio inferior de pierna.

Iniciada la ulceración, persiste un tiempo y cura por espacio de 3 años y se reabre con motivo de nuevos traumatismos e infecciones estreptococcicas que determinan poussés erisipelatosas a repetición y agrandan la úlcera hasta hacerla fagedénica en superficie y profundidad.

Clínicamente la úlcera tiene los caracteres propios de las ulceraciones gomosas fagedénicas en napa, modificadas por el terreno inflamatorio de los tegumentos. Procesos ulcerosos sífilo-varicosos como llama Veurneil, a esta mezcla de síntomas úlcero-gomosos y de complejo varicoso.

Por otra parte, como ya lo hemos recordado en otra oportunidad, Leriche sostiene que todos los traumatismos de las extremidades se acompañan de un desequilibrio vasomotor.

A este respecto, cabe recordar, que los vasos (arteriales y venosos), envueltos por su túnica propia, con fibras simpático sensitivas y motrices, tienen sensibilidad (dolor arterial y venoso) y están sometidas a acciones, es decir, aumento y disminución de su calibre, con mayor o menor afluencia de sangre, regulación dependiente del sistema neuro vegetativo.

Es merced a este mecanismo regulador, que el sistema autónomo ejerce por su antagonismo, que se mantiene el tono y la sensibilidad muscular y vascular y que las perturbaciones de los reflejos vasculares originan perturbaciones nutritivas que alteran su trofismo y el de la piel.

La íntima conexión del sistema nervioso de la vida de relación con el sistema neuro vegetativo, explica su interdependencia y la acción conjunta e indivisible, que se traducen normalmente por las respuestas adecuadas al estímulo dependiente del mayor o menor aflujo de sangre determinado por la acción simpática o para simpática, y producto sea de un arco reflejo, con participación del neuro eje o de un pseudo reflejo de axona de Sokowin y Langley, llamados de conducción antidrómica por Bayliss.

Me he detenido en estas breves consideraciones sobre la fisiopatología del sistema neuro-vegetativo, porque creo que la alteración de su equilibrio contribuye a explicar bien en nuestro caso las alteraciones tisulares de todo el miembro inferior izquierdo con

sus contracturas que determina la flexión de pierna sobre el muslo, todo lo cual cedió con la simpatectomía periarterial, se consolidó la curación con las inyecciones de novocaína en plexo lumbar, y las inyecciones intraarteriales de novocaína, solas o asociadas con nicobion que modificaron substancialmente la nutrición de los tejidos, provocaron la reabsorción de los edemas e infiltrados de todos los tejidos blandos, suprimieron la estructura muscular y modificaron favorablemente el trofismo de la piel, favoreciendo en forma incontestable al éxito obtenido con la medicación específica. Al iniciar el tratamiento el enfermo fué sometido a un reposo absoluto, con elevación de pierna, y lavada su úlcera con antisépticos suaves del tipo de la hidrociorina N.º 1 a débil concentración; sulfato de cobre 0,15 a 0,20 grs. por litro de agua hervida y aplicación de apósitos con pomada de aceite de hígado de bacalao y nafta (aceite de hígado de bacalao 15 grms., vaselina 15 grms., nafta 30) con lo que se consigue limpiar la úlcera en 15 días. Posteriormente se usó frecuentemente medicación citofiláctica a base de suero normal de caballo (suero normal de caballo 20 grms. lanolina 20 grms. vaselina 10 grms., subnitrito de bismuto 20 grms., argirol 0,50 grms., Bálsamo del Perú 0,50 grms., analgesina 2) o bien pomada Hipoglós (Hipoglós 10 grms., ácido bórico 2 grms., óxido de zinc 5, vaselina 100 grms.).

Concomitantemente con este tratamiento local, se inició el tratamiento de la sífilis, con series de arsenicales trivalentes y bismutos liposolubles, con el criterio de efectuar el máximo de medicamento en el mínimun de tiempo, compatible con la conservación de un buen estado general. La tolerancia perfecta permitió efectuar series de 0,10 grms. y más por kilo de pesos (7.50 grms. y a veces hasta 9 grms. de neosalvarsán por serie) y 20 inyecciones por series de diversos preparados de bismuto liposolubles e insolubles.

Durante los últimos 5 años de tratamiento, ha estado bajo el contralor periódico de las reacciones serológicas, las que siempre fueron francamente positivas, por lo que se ha continuada empleando los medicamentos más activos asociados o aisladamente, utilizando preferentemente los arsenicales trivalentes, si bien también se usaron dos series de Acetylarsán. Después de los tres primeros

años de tratamiento combinado arseno bismutico intensivo, se utilizó el mercurio asociado al neosalvarsán y en los intervalos de las series proteínterapia, piretoterapia (Dmlecos y vacuna antitífica), sales de oro, y preparados de azufre piretógeno, sin que se modificaran las reacciones serológicas, que persisten francamente positivas hasta el momento actual, en que termina una serie de 7 grms. de neosarvasan y 20 inyecciones de casbis.

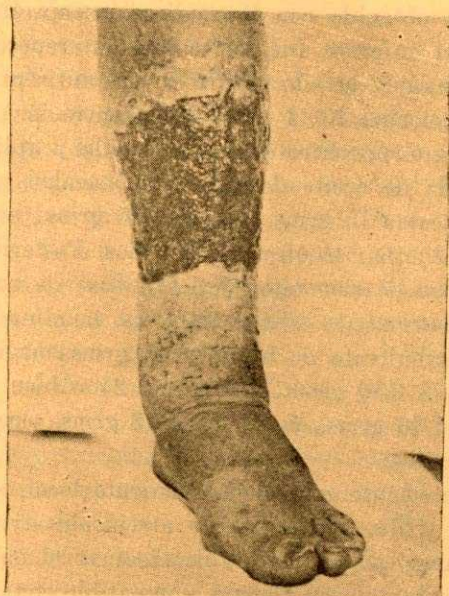


FIGURA N^o. 1

Considero que en esta observación, se encuentran reunidos los requisitos necesarios y suficientes para considerarlo entre los enfermos con reacciones serológicas irreductibles, por cuanto ha resistido a la acción de los más variados medicamentos antisifilíticos, empleados a dosis máximas, convenientemente asociados con intervalos de tiempo bien reglados y seguido por espacio de 5 años, con ausencia completa de síntomas clínicos en evolución, sin hipercolesterinemia y con líquido céfalo raquídeo normal.

Creo que en esta observación no se trata de seroresistencias medicamentosas, ni de persistencia en las reacciones positivas por insuficiencia de tratamiento, sino que corresponde considerarlo como dije, como uno de los casos poco frecuentes de reacciones serológicas irreductibles, determinado seguramente como una consecuencia de la iniciación tardía del tratamiento adecuado.

Sezary no acepta el término "irreductible" por considerarlo impropio y piensa que la persistencia de las reacciones positivas en estos enfermos se deben exclusivamente a la falta de suficiencia de tratamiento en los primeros meses de la infección, sea esta debida a la mala elección de los medicamentos, a la insuficiente cantidad usada o a descansos prolongados, lo que explicaría que focos de treponemas o su equivalente "forma granulosa" (Sezary), quedaran en estado de latencia en el organismo e inaccesibles a la medicación tardíamente administrada.

Esta teoría infecciosa es muy seductora y no considera los casos en los cuales hay focos latentes meningo cerebrales, (que sólo se denuncian por el hallazgo de un líquido céfalo raquídeo patológico), y sí en cambio las localizaciones de treponemas en el bazo, glándulas de secreción internas, y especialmente en el hígado, donde según Milián, el débil calibre de la arteria hepática, explica que la terapéutica intravenosa o intramuscular no sea suficiente para dominar la infección.

Según la teoría humoral, la reacción de Wassermann irreductible, no significa que persiste la infección luética, activa o latente, sino que debe interpretarse como consecuencia de una modificación del equilibrio físico-químico del suero sanguíneo producido por la infección y para afianzar este acerto, se citan casos en los que se obtuvieron resultados satisfactorios, con tratamientos a base de soluciones de hiposulfito de soda al 20 %, 10 C3 a 20 C3 por día (Ravaut, Bocage y Dichon), azufre piritógeno, proteinoterapia, piritoterapia, malarioterapia, etc.

Los estudios bioquímicos han denunciado en algunos casos la existencia de desequilibrios ácido-básicos (Spilmann, Vercin y Segall) hipercolesterinemia (Montaclaur, Lopreste, Langerot) e hipercloruremia (B. N. Tonian). "Para Ronchese habría una altera-

ción cualitativa en el equilibrio de las albúminas de estos enfermos y la relación serina globulina, estaría aumentada a favor de esta última". (Dr. Roberto Lascano. Reacción de Wassermann irreductible. Junio 1932).

Estas alteraciones humorales, no son constantes y los tratamientos específicos que tienen a modificar las reacciones de Wassermann irreductibles, son criticadas entre otros autores por Sezary, para quien si se negativiza la Wassermann por una medicación no específica, "se hace desaparecer un signo de alarma sin suprimir el peligro". En consecuencia sostiene que cada caso debe ser estudiado prolijamente y resolver en consecuencia, sin sistematización y pensando siempre que reacción de Wassermann irreductible en un sifilítico, es signo de persistencia de la infección.

Al recordar en breve síntesis las hipótesis emitidas para explicar la etiopatogenia de las reacciones de Wassermann irreductibles, no me es posible deducir conclusiones que la consideración de este solo caso no lo autoriza pero pienso que en esta observación donde no se ha constatado ningún desequilibrio humoral, persiste la infección en estado latente, como una consecuencia de la iniciación tardía del tratamiento específico.

El profesor Carrillo, en su interesante y bien documentado trabajo sobre la reacción de Wassermann irreductible, estudia con detenimiento, la patogenia, pronósticos y tratamientos que considera adecuado en cada caso de acuerdo a la orientación dada por los más afamados sifilólogos y deducida de su experiencia personal. Este autor recuerda que el maestro Fidenza sostenía de acuerdo a su enorme experiencia, que en estos enfermos "el hígado era el sitio de acantonamiento de la espiroqueta" y aconsejaba combatirla asociando la medicación de opoterapia hepática a la específica. Posteriormente, Milian sostuvo esta misma hipótesis diciendo que "el hígado sería la glándula que guardaría el foco de la espiroqueta, debido a que por el poco calibre de la arteria hepática, no llegaría hasta los últimos intestinos de ella, la medicación inyectada por vía intramuscular o endovenosa y preconizaba dar el mercurio alternado con yoduro de potasio por vía bucal". Carrillo ha utilizado las píldoras de Ricord (protoyoduro de mercurio 0,04 a 0,05 grms.

ext. de opio 0,01 grms. para una píldora glicerinada) asociado al ioduro de potasio, con la que ha logrado después de tratamientos sostenidos, negativizar algunos casos de reacción de Wassermann irreductibles.

Los autores que sostienen la teoría infecciosa de la R. W. I., consideran que estos enfermos cuando son jóvenes, o en la edad media de la vida, deben ser vigilados de cerca con exámenes periódicos de L. C. R. pues debe temerse una complicación nerviosa. Alguno de estos enfermos terminan en una tabes o en una P. G. P.

Es el criterio que me parece más acertado y que seguiré en este caso y en cuanto al tratamiento se suspenderá definitivamente los As. trivalentes y los pentavalentes serán repetidos después de 6 meses. En este intervalo se le ha de aconsejar el tratamiento indicado por Milian a base de protoyoduro de mercurio y yoduro de potasio, por vía bucal y posteriormente preparados de bismutos y mercuriales insolubles intramuscular.

Finalmente, diré que mientras el paciente estuvo internado en el Hosp. San Roque, además del tratamiento local y general indicado, fué sometido a diversas intervenciones quirúrgicas efectuadas por el Dr. Baistrochi. Durante el primer año de estada en el mismo, fué operado de várices (método de Robinson modificado), se le practicó una simpatectemía peri arterial (Leriche), seguida de las inyecciones de novocaína intra arteriales y en plexo lumbar con todo lo cual se consiguió reducir la úlcera a una herida quirúrgica limpia. Fué entonces que se le hizo los primeros injertos que dieron buen resultado y posteriormente uno de piel total seguido de enyesado de pierna, con lo que la úlcera se redujo a menos de un tercio de su tamaño.

En los primeros meses del año ppdo. quedaba una pérdida de sustancia del tamaño de una palma de mano y el Dr. H. Martínez Carranza le efectuó más injertos con un procedimiento propio, clavando con alfileres los trozos de piel injertada, con lo que se favorece la epitelización. Esta intervención fué repetida más adelante con lo que después de algunos meses de cuidados, se logró conseguir la curación total de la lesión. El enfermo quedó en observación durante diez días y después se le anunció que sería dado de

alta considerándolo curado de su úlcera. Pocos días después en el centro de la cicatriz le apareció una placa negruzca erosionada en parte y que rápidamente en pocos días se le ulceró. Fué entonces que recibí la ingrata denuncia, de que era el propio enfermo quien se había provocado la nueva lesión al traumatizar la cicatriz pegándose con una vara de madera. Dado de alta, ingresó al Hospital de clínicas en el estado descripto en la historia clínica.

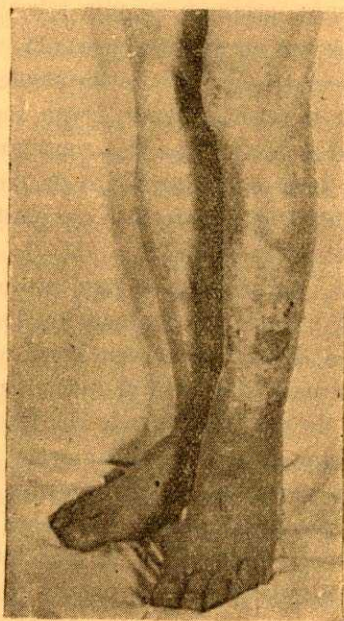


FIGURA N.º 2

Colocado en reposo absoluto y con medicación citofiláctica y con inyecciones intraarteriales de novocaína asociada al nicobión, curaron casi todas las lesiones a excepción de la que tenía forma cuadrangular. Esta pérdida de substancia fué reparada por el cirujano del Servicio Dr. Firstater, mediante un injerto de piel obtenida con el Dermátomo, consiguiendo el magnífico resultado que Uds. pueden observar en el enfermo.