

LINFOGRANULOMATOSIS INGUINAL¹

Estudio en la Argentina.—En el Instituto Bacteriológico del Departamento Nacional de Higiene de la República Argentina, se ha creado una sección de poradenitis que se encargará de estudiar los problemas planteados por la linfogranulomatosis inguinal. La parte clínica y epidemiológica está a cargo del Dr. Enso Criscuolo, y la experimental a cargo del Dr. J. A. Zuccarini. ("Estudio de la Poradenitis" *Fol. Biol.*, 259, nbre.-dbre. 1935, eno.-fbro.-mzo. 1936.)

Colombia.—El Director del Instituto Profiláctico de Medellín comienza su minuciosa comunicación, haciendo notar que por razón del puesto que ocupa desde hace muchos años, le ha tocado observar un número muy grande (1,500), de enfermos de bubón climático, o sea el mayor que pueda presentar ningún otro venereólogo. Para él, aunque afirmen otros lo contrario, el mal se contrae generalmente por el coito, y no se encuentra en individuos que no tienen relaciones sexuales irregulares. Los casos conyugales, a los que puede agregar tres, constituyen otro argumento en ese sentido, y su aparición después de una inoculación accidental, como sucediera en un médico, habla en favor del mismo origen. Es un hecho que la enfermedad es poco contagiosa, y cabe preguntar si algunas personas son refractarias. Las formas crónicas son las menos contagiosas, y quizás no lo sean en absoluto, pues los cortejos de ocho prostitutas infectadas no tenían síntomas. La especificidad de la Frei queda demostrada por haber sido positiva en 94% y dudosa en 4% de 827 enfermos, aunque sólo aparece de los 15 días en adelante, y a veces se retarda hasta dos o tres meses después del principio de la enfermedad. Hay casos muy raros en que persiste indefinidamente hasta 26 años. En la sífilis aguda con adenopatía y febrícula puede ser positiva, pero desaparece pasado un mes, si bien no puede excluirse una infección mixta. Con respecto a sexo, entre 500 casos hubo 110 en mujeres, demostrando que no es tan rara en éstas como creen la mayor parte de los autores. En cambio, la forma adenoinguinal sí es mucho menos frecuente, probablemente por razones de orden anatómico, pues por 384 bubones inguinales en el hombre sólo hubo 63 (17%) en la mujer. En otras localizaciones sucede lo contrario, pues para tres estrecheces rectales y tres hipertrofias penoescrotales, hubo en la mujer 47 localizaciones ano-rectogenitales. La linfogranulomatosis inguinal parece haber sido en Medellín una epidemia relativamente rara, con pequeños brotes epidémicos, más últimamente ha ido en aumento creciente, pues de menos de 30 casos anuales en 1927-1929, ha subido a 299 en 1935, y 212 en 1936, debiéndose este último descenso sin duda a la intensificación de la campaña antivenérea. Con respecto a serología, la Kahn fué positiva en 51%, comprendiendo 15% de sífilíticos y 0.8% de caratejos; la Wassermann sólo en 34%. En su extenso trabajo, el autor presenta historias clínicas y menciona los varios tratamientos que ha probado. Dice que ya tiene 1,000 casos curados en un tiempo más o menos largo, y cree que con el tártaro emético, ya solo o combinado, puede curarse la gran mayoría. (Entre los trabajos dedicados en Colombia a la enfermedad, figuran el de Gómez en 1929 para Antioquia, y la tesis de Roldán dedicada a la reacción de Frei en 1936.) (Uribe Escobar, G.: *Bol. Clén.*, 335, mzo. 1937.)

Restrepo declara que desde 1924 que ejerce en el Departamento de Caldas ha observado en algunos pueblos del occidente del mismo unos 28 casos del llamado bubón tropical. En ninguno se encontró puerta de entrada genital. En 8 había

¹ La última crónica sobre Linfogranulomatosis Inguinal apareció en el *Boletín* de julio 1936, p. 676.

antecedentes remotos de sífilis mal tratada y 3 casos fueron en prostitutas. En 12 había síntomas generales de enfermedad infecciosa. La aparición de los casos en la provincia coincidió con una intensificación de las obras públicas. (Restrepo, J. M.: *Rev. Fac. Med.*, 329, dbre. 1935.)

Cuba.—Fernández describe dos casos de linfogranulomatosis inguinal subaguda que tuviera ocasión de estudiar en la Habana. Ambos curaron, uno con mucha rapidez por medio del carbón intravenoso. (Fernández, Armando: *Bol. Mens. Clín. Asc. Dam. Cov.*, 69, mayo 1, 1936.)

Chile.—Prats señala que, en la serie de enfermos que ha observado en una clínica de Santiago, la linfogranulomatosis inguinal se desarrolló de preferencia de los 16 a los 30 años, indicando contagio sexual. En un grupo de 38 enfermos no se encontró lesión inicial demostrable. Se trata de una afección general, varias veces atendida con el diagnóstico de gripe o de afección tífica. La reacción de Frei resultó positiva en 86 de 89 casos. De los otros 3, en 2 el proceso era reciente. Cuando hay asociación con un proceso estreptobacilar, al principio la reacción de Ito es positiva y la de Frei negativa, volviéndose después positiva. La Frei positiva puede coincidir con lesiones sífilíticas. La radioterapia fracasó por completo en una serie de 70 enfermos, pudiendo utilizarse esa ineficacia para el diagnóstico. (Prats: *Bol. Soc. Méd. Chi.*, 258, ab. 1936.)

Estados Unidos.—Al presentar 90 casos observados desde septiembre 1934 en el Hospital para Marineros de San Francisco de California, que reaccionaron positivamente a la Frei, Arnold y Knight prefieren la designación de linfopatía venérea. Visto el personal que acude al hospital, es natural que sólo hubiera un caso en una mujer. La edad varió de 19 a 54 años. La mayoría de los casos fueron en orientales, predominando japoneses, filipinos y chinos. Al Hemisferio Occidental correspondieron 23 casos de los Estados Unidos, hallándose además representados la Zona del Canal, Cuba, Puerto Rico, México y Sud América. En la mayoría de los casos el tratamiento de la adenitis fué relativamente satisfactorio con medidas conservadoras, comprendiendo el calor, y tratamiento sintomático (incluso tártaro emético), en 33 casos; el calor y la incisión en 43; el calor y la aspiración en tres, y el calor y la incisión en 11. En los dos enfermos en que se hicieron incisiones múltiples, hubo que verificar después una extirpación parcial que exigió muchos meses de hospitalización. Ultimamente, cuando se presentan abscesos, se ha empleado la irrigación de Carrel-Dakin, aparentemente con buen éxito. La hospitalización varió de dos semanas a ocho y medio meses, promediando 46 días. En cinco casos recurrió la adenopatía, en uno al cabo de siete meses, y en otro en tres ocasiones distintas. Un dato notable es el constante aumento en el número de casos activos. Para los autores, la enfermedad debería ser notificable, y debería emplearse más la reacción de Frei, creyendo también que deberían investigarse más a fondo la etiología, preparación de un antígeno comercial de Frei, el tratamiento y la profilaxia. Su bibliografía, en su mayoría de Estados Unidos, comprende 45 fichas. (Arnold, R. C., y Knight, H. C.: *Hosp. News* 8, nbre. 15, 1936.)

Templeton y Smith señalan que la linfogranulomatosis inguinal no tiene nada de raro en el norte del Estado de California, según ponen de manifiesto los 46 casos comprobados que han observado y un censo de 700 personas de San Francisco, en el que se encontró una elevada proporción de Freis positivas en personas sin signos clínicos de la enfermedad. Los grupos estudiados fueron casi exclusivamente blancos, de modo que no cabe atribuir la transmisión de la enfermedad a factores étnicos. (La casuística de la enfermedad en California parece comenzar con el informe de Hoffman en 1933, al cual siguieron los trabajos de Templeton y Smith, Novy, Diepenbrock y otros. Hay además muchos casos no comunicados en la literatura, pues, por ejemplo, en el Hospital para Marineros de San Francisco

han observado 60 casos comprobados.) (Haim, Arthur y Mathewson Jr., Carleton; *Jour. Am. Med. Assn.*, 961, mzo. 20, 1937.)

México.—Flores López describe algunos casos de estenosis rectal de origen linfogranulomatoso, observados en el Hospital General de México, que acusaron una Frei positiva. Los 12 enfermos estudiados procedían de diferentes puntos del Estado de Veracruz, Tabasco, Oaxaca, y Colima, siendo 8 en mujeres. Al terminar propuso que se pidiera al Departamento de Salubridad Pública que ordenara a los dispensarios antivenéreos que todos los enfermos sospechosos de linfogranulomatosis inguinal sean enviados al Instituto de Higiene para que les hagan la Frei. (Flores Lopez, Ramón: *Rev. Gast.-Ent. Méx.*, 449, jun. 1936.)

Colonias francesas.—En Guadalupe se han descubierto 18 casos de linfogranulomatosis inguinal, ocho de ellos identificados por la reacción de Frei. La estadística de Advier, más completa, indica que entre 1,600 casos venéreos hubo 78 de linfogranulomatosis (4.87%); 24 casos puros y 54 asociados (18 a sífilis, 25 a chanero blando, 11 mixtos). Esos 78 casos representaban 46.15% de las adenopatías, siendo más frecuentes en los varones. En Martinica, la linfogranulomatosis es muy frecuente, pues de 20 casos de adenitis inguinal tratados en 1935, 12 eran de la enfermedad de Nicolas-Favre. La intradermorreacción practicada después del mes de agosto de 1935 en 22 afecciones acompañadas de adenitis inguinal, resultó positiva en 12. Además, hay que hacer notar que los resultados negativos fueron en sujetos en que no se pudo hacer el diagnóstico de bubón climático; en todos aquéllos en que se impuso el diagnóstico, la Frei fué positiva. En Guadalupe, Advier ha preparado un antígeno de pus de un bubón, que comparado con el de París, ha dado siempre resultados muy sensibles. En Martinica, Montestruc y Bertrand han preparado otro que se ha mostrado hasta más sensible que el de París, y que conservado a una temperatura aproximadamente de 6°, todavía retenía su actividad a los tres meses de preparado. (Sorel: *Bull. Mens. Off. Int. Hyg. Pub.* 1,961, obre. 1936.)

Entre 1,600 enfermos (703 hombres y 897 mujeres) atacados de infecciones diversas que se presentaron en el Laboratorio de Bacteriología de Pointe-à-Pitre, Guadalupe, en el segundo semestre de 1935, 169 eran portadores de adenitis inguinal o crural. La reacción de Frei resultó positiva en 78 de ellos y la de Reenstierna en 57. En 78 pudo despistarse linfogranulomatosis. En el tratamiento la solución de Lugol y la antiomalina dieron resultados satisfactorios, resultando el yodo por vía bucal siempre superior al antimonio. El mal aparece frecuentemente en la isla, asociándose a menudo con sífilis y chanero blando, y tampoco siendo rara la combinación de los tres males en el mismo individuo. Para establecer el diagnóstico precisa muchas veces la intervención del laboratorio y de la clínica. (Advier: *Ann. Méd. & Phar. Col.*, 257, ab. 1936.)

Montestruc y Bertrand afirman que la linfogranulomatosis inguinal subaguda es muy frecuente en la Martinica encontrándose 12 casos entre 20 casos de adenitis inguinal tratados en el Hospital Colonial en 1935. De 22 intradermorreacciones de Frei verificadas en casos de adenitis inguinal 19 resultaron positivas. La intradermorreacción de Reenstierna resultó negativa en 10 enfermos positivos a la Frei. El tratamiento con antiomalina, ya sola o asociada a la solución de Lugol, dió magníficos resultados. De fracasar la farmacoterapia debe utilizarse la cirugía, comprendiendo la ablación de un ganglio o de la masa ganglional entera. (Montestruc, y Bertrand: *Ann. Méd. & Phar. Col.*, 262, ab. 1936.)

Turín.—Midana señala que la linfogranulomatosis inguinal era ya conocida en Turín 30 o 35 años antes de la descripción clásica de Nicolas-Favre. De 411 individuos que examinara entre los enfermos repuestos en un hospital psiquiátrico y que habían tenido un pasado sexual borrascoso, 31 acusaban una Frei positiva,

y en 24 todavía había indicios de la infección granulomatosa que los había afectado muchos años antes. En 1923 también mencionaron casos en Italia varios autores. En la clínica dermosifilopática de Turín, se ha notado un notable aumento de los casos, pues de no más de 10 en 1931, saltaron a 20 a 30 anuales en 1933-1935, y a 56 en los primeros meses de 1936. (Midana, A.: *Ann. Igiene*, 550, dbre. 1936.)

Lesiones extragenitales.—Para David y Loring no se ha recalcado suficientemente la importancia del contacto en la propagación de la linfogranulomatosis inguinal. En la mayor parte de los casos se presenta estenosis rectal sin supuración inguinal. Para los autores el medio habitual de infección consiste en el contacto con las secreciones vaginales en la mujer y en los hábitos viciosos en el hombre. La enfermedad puede ocasionar ulceraciones graves en el colon o boca. Cuando existen lesiones granulomatosas de origen desconocido debería emplearse más a menudo la reacción de Frei. Debe también investigarse la relación de la linfogranulomatosis inguinal con la meningoencefalitis de origen desconocido. La colostomía ofrece el mejor tratamiento de la estenosis rectal cuando es marcada; mas aunque inactiva no cura la lesión. En el tratamiento médico el tartrato de antimonio y potasio al 1 por ciento, o la fuadina, ofrecen algunas esperanzas de mejoría. (David, V. C., y Loring, Mark: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1875, mayo 30, 1936.)

Ulceraciones cutáneas.—En una serie de 500 casos de linfogranulomatosis inguinal, Wien y Perlstein observaron 12 de ulceración cutánea, que comunican con los datos clínicos, bacteriológicos e histológicos para tres casos. En dos, la ulceración cutánea coincidió con adenitis inguinal. La ulceración puede ser sólo cutánea, cutánea secundaria a adenitis, o sobrepuesta a un estíomeno. Aunque se investigó a fondo la flora bacteriológica, los microbios descubiertos sólo eran probablemente invasores secundarios. El examen histológico no reveló nada específico, pues había un cuadro uniforme de ulceración, fibrosis e infiltración plasmocitaria. En los casos de ulceración superficial de la piel resistentes a los métodos corrientes o específicos, en particular cuando la localización es genito-crural, debe probarse el antígeno de Frei, diagnóstica y terapéuticamente, a fin de excluir la posibilidad de linfogranulomatosis inguinal. En la discusión, Robinson, de Baltimore, apuntó que la Frei quizás no sea siempre específica, pues en una clínica algo grande dedicada a negros, encontraron 1% de positivas en los blancos, y 60% en los negros con sífilis. Goldblatt, de Cincinnati, convino en que en los negros se obtienen sistemáticamente 60% de Freis positivas, y en un grupo compuesto casi por igual de blancos y negros, casi 50%. O'Leary, de Rochester, hizo notar que la linfogranulomatosis inguinal es una enfermedad orgánica y no puramente una infección genital. Wien apuntó que los que han hecho muchas reacciones de Frei, no abrigan dudas sobre su especificidad, y así lo han comprobado ellos en 2,500 a 3,000 casos, aunque en algunos el linfogranuloma inguinal quizás no sea típico. (Wien, M. S., y Perlstein, M. O.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 27, eno. 2, 1937.)

Generalización.—Continuando sus estudios de la producción experimental, semiología y patología de la linfogranulomatosis inguinal, Von Haam y D'Aunoy deducen que existen muchas indicaciones de que el virus del mal se disemina frecuentemente por el organismo en los primeros periodos de la infección, pero en la mayor parte de los casos, se destruye o neutraliza rápidamente, y sólo produce lesiones locales. De todos modos, debe considerarse siempre la posibilidad de una infección generalizada grave. La bibliografía de los autores comprende más de seis páginas. (Von Haam, Emmerich, y D'Aunoy, Rigney: *Am. Jour. Trop. Med.* 527, sbre. 1936.)

Profilaxis.—Haciendo notar que la poradenitis es hoy fácilmente diagnosticable clínica y bacteriológicamente, Dalto afirma que su reducción debe ser profiláctica.

Esta profilaxis será colectiva e individual. La colectiva se hará efectiva por medio de una ley nacional que exija la denuncia obligatoria. La lucha se practicará por medio de los dispensarios municipales y nacionales, los que dispondrán de un personal especializado y un cuerpo de servicio social. En las unidades del Ejército y Armada se darán conferencias ilustradas, indicando los peligros de la enfermedad y los medios higiénicos de que disponemos para evitarla. Lo mismo se hará en asilos y demás establecimientos similares. La práctica de la reacción de Frei y de Hellerström será obligatoria para todas las personas que ejerzan la prostitución. La profilaxis individual será practicada por medio de afiches, conferencias y demás propaganda adecuada, a fin de ilustrar al público y darle al mismo tiempo las normas necesarias de higiene. (Dalto, A.: *Med. Ib.*, 746, mayo 23, 1936.)

Virus.—Miyagawa y sus colaboradores lograron inocular el virus de la linfogranulomatosis inguinal en el cerebro de los monos jóvenes, descubriendo microcorpúsculos en los ganglios linfáticos humanos y en los tejidos de los animales infectados experimentalmente. Los monos que más se prestaron para la inoculación fueron los *Macacus cynomolgus*. Estos microcorpúsculos, que son filtrables por un saco de colodión, un filtro de Seitz y otros filtros, para los autores deben ser considerados como el virus probable de la enfermedad, y las investigaciones prosiguen sobre este asunto. (Miyagawa, Y.: *Bull. Mens. Off. Int. Hyg. Pub.*, 695, ab. 1936.)

Al repasar los conceptos actuales sobre el virus linfogranulomatoso, Coutts señala que la preferencia por el sistema linfático es tan evidente, que hasta hace algún tiempo creyóse que la repercusión ganglionar constituía la totalidad del cuadro morbozo, mientras que últimamente la observación clínica, comprobada con pruebas biológicas específicas, ha demostrado que otras lesiones representan otras tantas manifestaciones de la linfogranulomatosis, entre ellas uretrales y bucales. En la Clínica de Urología del Prof. Bisquet de Santiago de Chile, han procedido desde 1930 a hacer sistemáticamente el examen histopatológico de todos los epidídimos ectomizados, encontrando cierto número de casos en que, con un diagnóstico clínico de tuberculosis epididimaria, no había lesiones típicas que permitieran afirmar la naturaleza tuberculosa del proceso. Al hacer cultivos, se pudieron a veces encontrar gérmenes como gonococos, estafilococos y colibacilos, a los que atribuir esas epididimitis crónicas, pero quedando siempre cierto número de casos sin aclarar. Estudiadas luego esas epididimitis con la reacción de Frei, la linforreacción y el examen del fondo de ojo, se lograron encontrar 12 observaciones puras de epididimitis linfogranulomatosa, llevando al convencimiento de la existencia de una repercusión epididimaria del virus semejante a la tuberculosis, pero diferenciable por las pruebas biológicas y la anatomía patológica. Los nuevos conceptos de invasión y lesión de la uretra y del recto por el virus, también explican la existencia de fístulas en las que no es posible encontrar la estrechez correspondiente, lo que hacía catalogarlas como tuberculosis o pretuberculosis, sin confirmarse después tal etiología. Para terminar su estudio de las localizaciones poco conocidas de la linfogranulomatosis, Coutts menciona las manifestaciones elefantíasicas que parecen reconocer también esta causa. El autor termina diciendo que se tenga presente el diagnóstico de linfogranulomatosis en casos de este género, investigándose cuidadosamente, por medio de una anamnesis bien hecha, la intradermorreacción de Frei, la linforreacción que puede resultar positiva en 70% de los casos, y el examen del fondo de ojo en busca del signo descrito últimamente en el Japón, que consiste en edema peripapilar y coloración más oscura de los vasos de la papila. (Coutts, Waldemar: *Rev. San. Naval* 171, jul.-sobre. 1936.)

Valor de la reacción de Frei.—Sézary y Lévy señalan que, desde que Frei tuvo en 1925 la idea de establecer el diagnóstico biológico de la enfermedad de Nicolas-Favre buscando la alergia cutánea, dicha enfermedad ya no aparece más que como localización inguinal de una dolencia que acusa otras muchas manifestaciones. Gracias a la reacción de Frei, se han podido realizar últimamente adelantos importantes en el estudio de la linfogranulomatosis subaguda: demostración de la naturaleza linfogranulomatosa de ciertas vesículas (Jersild, Frei, Hellerström); mayor precisión en lo tocante a las formas clínicas del chanero linfogranulomatoso y sus asociaciones con el chanero blando o el duro (Sézary con Perrault, Lenègre, Bolgert, Drain, Facquet, Joseph); relaciones de la linfogranulomatosis con ciertas adenitis atípicas (Ravaut, Chevallier, Pinard, Gougerot); con ciertas afecciones genitales de la mujer (Ravaut y Sénèque); con ciertas elefantiasis vulvares (Jersild); con ciertas erupciones (Chevallier y Bernard, Pinard y Fiehrer, Nicolau, Sézary y Bardin); con ciertas conjuntivitis (Levaditi, Bollack, Basch y Desvignes), y hasta con ciertas artropatías (Carasco, Hissard y Lechevallier, Sézary y Madeleine Salambiez). La reacción, pues, posee mucho valor práctico, pero tiene que ser ejecutada con una técnica correcta y antígenos comprobados, e interpretarse el resultado de acuerdo con los datos clínicos, y recordando que sólo indica que el sujeto es portador de una alergia linfogranulomatosa, que puede deberse no sólo a una infección actual y aparente, sino a una antigua o inaparente. Verificada debidamente, posee valor igual al de las serorreacciones sifilíticas, y es incontestablemente más práctica que la inoculación del pus en el cerebro del mono o del ratón. Los autores describen minuciosamente la técnica de la intradermorreacción de Frei, incluso la preparación del antígeno y la lectura del resultado. (Sézary, A., y Lévy, Georges: *Prof. Méd.*, 1, 1936, obre. 12, 1936.)

Antígeno de cerebro de ratón.—Grace y Suskind señalan que el antígeno de cerebro de ratón linfogranulomatoso, preparado y normalizado según el método descrito por ellos, no posee ninguno de los inconvenientes del antígeno de pus humano para la ejecución de la Frei. En una serie de 171 reacciones en 50 individuos que se sabía padecían de linfogranuloma inguinal, los autores emplearon 95 muestras de su antígeno, y 41 de una marca comercial. También los emplearon para 241 reacciones de testigo en 128 individuos que jamás habían padecido de linfogranulomatosis inguinal. Igualmente verificaron 183 reacciones en individuos con o sin linfogranulomatosis inguinal, con antígenos preparados de cerebro de ratón normal. Todas las reacciones realizadas con el antígeno linfogranulomatoso de cerebro murino resultaron típicamente positivas en todos los casos de linfogranulomatosis inguinal, produciéndose una pápula eritematosa que jamás midió menos de 7 mm de diámetro, y en 75 por ciento de los casos midió de 7 a 10 mm. En cambio, en ninguna de las 424 reacciones de testigo hubo una pápula de ese tamaño, y el mayor número de ellas sólo midió de 1 a 4 mm. La diferencia entre las reacciones positivas y negativas es fácil de reconocer, y se recomienda el empleo simultáneo de los antígenos normal y linfogranulomatoso de ratón. No hubo la menor alteración en ninguno de los antígenos al dejarlos reposar hasta por dos años después de preparados. Los autores consideran que el material más apropiado para la Frei es el antígeno normalizado de cerebro de ratón granulomatoso. (Grace, A. W., y Suskind, F. H.: *Jour. Am. Med. Assn.* 1,359, obre. 24, 1936.)

Diagnóstico y tratamiento.—Thompson recomienda que se emplee el nombre de linfopatía venérea propuesto por Wise y Sulzberger, por prestarse a menos confusión y comprender ciertos trastornos extrainguales que forman parte de la entidad patológica. Apunta el valor de la intradermorreacción de Frei que es específica y continúa positiva por muchos años. El cuadro patológico, aunque

no patognomónico, es muy sugestivo, de modo que permite excluir fácilmente otras dolencias. El mal no es tan raro como se solía creer y no se localiza en los trópicos o puertos. El tratamiento de elección es quirúrgico, comprendiendo extirpación parcial de los ganglios afectados, combinada con canalización, radioterapia y dosis crecientes de solución acuosa de yodo y tiosulfato de sodio. (Thompson, R. M.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1869, mayo 30, 1936.)

Terapéutica.—Prats señala que la linfogranulomatosis inguinal no tiene tratamiento propio, pues con todos los métodos que probó el resultado fué mediocre: 16.32 por ciento de éxitos con la antigenoterapia y 10 por ciento con el tratamiento tónico general, y con otros aun peor. Vistos los éxitos de Navarro con la cirugía probó esa técnica obteniendo éxito absoluto en 64.5 por ciento de los operados, habiendo enfermos que abandonaron el hospital completamente curados a los ocho días. Mientras más planos de sutura mejor es el resultado; el peligro está en dejar vasos linfáticos abiertos. La intervención debe ser precoz, y operando en épocas recientes se obtiene generalmente la curación por primera intención antes de 20 días. La elefantiasis es una complicación cuya patología no se ha explicado todavía, pero el hecho de aparecer en individuos no operados hace pensar en la intervención del virus mismo. En dos casos del autor se presentó un edema plástico, sin llegar a la producción de elefantiasis. En los casos incipientes operados no hubo complicaciones. El autor ya ha operado en 72 casos. En la discusión Prunés declara que, en materia de tratamiento de la linfogranulomatosis hay que ser muy ecléctico, sin que exista tratamiento seguro, pues en sus numerosos casos el éxito ha sido variable. En los casos iniciales ha dado éxito la asociación con la radioterapia. En los casos fistulizados y reblandecidos sólo punciona. (Prats: *Bol. Soc. Méd. Chile*, 77, fbro. 1937.)

Antimonio III tiomalato de litio.—Después de repasar los diversos tratamientos utilizados en la linfogranulomatosis inguinal, Oteiza y Setián y Fariñas y Guevara mencionan 25 casos tratados en la Habana con el compuesto trivalente del antimonio, el antimonio III tiomalato de litio, introducido por Sezary y Facquet. La dosis varía de 12 a 18 cg o más, pudiéndose alcanzar cifras elevadas sin provocar incidentes desagradables. La dosis máxima, si no produce mialgia, puede ser inyectada cierto número de veces en el mismo sujeto, y la de 12 cg, que fué la más empleada, se repitió hasta 27 veces en un caso rebelde, sin inconveniente. En total, en una serie de inyecciones pueden introducirse de 2 a 4 gm, repitiéndose al cabo de tres a cuatro semanas. La acción es más eficaz y rápida cuando el enfermo permanece en reposo absoluto durante todo el tratamiento. De 12 casos en que se inició el tratamiento en el período indurante, curaron nueve y mejoraron muchos, que abandonaron el tratamiento prematuramente; de cinco casos reblandecidos curaron dos, mejoró mucho uno, y mejoró meramente uno, y de ocho casos fistulizados curaron cinco, mejoraron mucho dos, y mejoró uno. En total, 16 curaron (64%), mejoraron mucho cinco (20%), y mejoraron dos (8%), representando dos fracasos (8%). Una ventaja de esta sal es que puede introducirse sin dolor en las masas musculares, mientras que otros derivados del antimonio deben ser inyectados en las venas. En algunos casos se notó al final del tratamiento una anemia ligera o adinamia poco marcada, pero esto no es frecuente. También pueden presentarse dolores reumatoideos, más a menudo en la región escapular. En un caso se presentó zona en el curso del tratamiento, habiendo observado un caso idéntico Melle. Marguerite Laurens en París. (Las sales de antimonio ya habían sido preconizadas por Destefano y Vaccarezza, de Buenos Aires, en forma de inyecciones intravenosas de emético, empleándolas después varios autores en distintas formas.) (Oteiza y Setián, A., y Fariñas y Guevara, E. Pastor: *Vida Nueva*, 1, eno. 15, 1937.)

Simulación de carcinoma.—Pund y Greenblatt describen un caso de linfogranulomatosis inguinal del cuello uterino en una negra de 33 años que simulaba carcinoma. Como los cuerpos de Donovan afectan otros órganos distintos de la ingle y los genitales externos, los autores creen que debe preferirse el nombre de granuloma venéreo para el estado. (Pund, E. R., y Greenblatt, R. B.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1,401, ab. 24, 1937.)

Prova de Reiss.—Não conseguiu o A. confirmar o trabalho de Reiss, que diz ter obtido em casos de poradenite reacções positivas á inoculação intradérmica do sêro de doente dessa molestia na 2ª ou 3ª semana de evolução. Ensaio o A. o tratamento da poradenite pela injeção intradérmica perifocal do antígeno de Frei em doses crescentes a partir de 0.2 de cc., contando com 3 melhoras, uma das quaes brilhantes e 2 fracassos. Grieco refere ter noticias de casos tratados com optimos resultados do Dr. Lindenberg e Dr. Cerruti preparando o pus como para a reacção de Frei. Bicudo está experimentando o tratamento por antígenos em 4 casos. Ribeiro tem empregado o iodeto de sodio em injeções venosas com resultados. O numero de injeções tem chegado as vezes a 18. Bicudo relata que tem injectado iodeto até 6 gm. com optimos resultados desde que seja feito um regime alimentar sem sal. (Rotberg, Abrahão: *Arch. Derm. & Syph. S. Paulo*, 105, mço. 1937.)

INFLUENZA¹

Perú.—En el mes de agosto 1935 se inició en Lima, a raíz de la ola epidémica gripal, una epidemia coleriforme cuya naturaleza no ha sido identificada, y que se difundiera primero por el centro, inmediatamente por el norte, y casi simultáneamente apareciera en el Ecuador, cerca de la frontera. En todas partes la epidemia fué consecutiva a la de gripe, y se extendió de la costa a la sierra, es decir, en sentido contrario a la corriente de los ríos. Todos los enfermos, con raras excepciones, presentaron vómitos, diarreas profusas, cólicos y fiebre durante unos 3 a 6 días. Dentro de su benignidad manifiesta y su aspecto común gastrointestinal, la enfermedad ofreció un triple poliformismo clínico, adoptando la forma disenterica o enterocolitica en los enfermos de la costa y de la sierra, gastrointestinal coleriforme en otros y gripal abdominal en otros. En Lima los múltiples exámenes de laboratorio fueron negativos. (Camacho, E. A.: *Bol. Dir. Sal. Púb.*, 22, 4º trim. 1935.)

Uruguay.—Bastos Peltzer y Miranda, repasando la historia de la gripe en el Uruguay, declaran que la mortalidad en Montevideo, por lustros ha sido la siguiente: 1895-1899, 58; 1900-1904, 89; 1905-1909, 98; 1910-1914, 84; 1915-1919, 422. En los últimos 10 años no ha habido ninguna epidemia de tanta gravedad como la de 1919. En 1926 sí se produjo una pequeña epidemia, eco de una más generalizada en el hemisferio oriental. Del 29 de julio al 7 de agosto 150 médicos asistieron 7,277 enfermos, 96 de ellos de carácter grave. En 1927 continuó el mal y hay datos sobre varios miles de enfermos tanto en Montevideo como fuera. Los autores publican conclusiones generales haciendo resaltar ciertas características del mal, tales como su aparición en ondas, variación en su letalidad, dirección de las epidemias y regularidad en su aparición, etc. (Bastos Peltzer, R., y Miranda, C. A.: *Dia. Méd. Urug.*, 70, obre. 1936.)

Influenza leve durante el puerperio.—Los 37 casos de influenza observados por Schneider entre 1,472 puérperas fueron leves, y la reposición fué hasta más rápida

¹ La última crónica sobre Influenza apareció en el *Boletín* de junio 1936, p. 577.