

CRONICAS

LINFOGRANULOMATOSIS INGUINAL

Historia.—Aunque la descripción del linfogranuloma inguinal por Durand, Nicolas y Favre sólo data de 1913, antes de ellos habían mencionado el mal Wallace en Dublín en 1833, Klotz en Nueva York y Nélaton en París en 1890, y Marion y Gandy en 1901. (Otras referencias tempranas al bubón climático son las de Scheube (1867), quien le diera nombre, y Jouet (1882). Huguier (1848), Larsen (1849) y Fournier (1875) se refirieron al síndrome ano-rectal, pero relacionándolo con tuberculosis o sífilis.—RED.) La primera descripción del bubón climático como tal parece ser probablemente la de Trousseau en 1865 en los criollos de la Reunión y Mauricio, mientras que Liberman, cirujano de las Fuerzas Expedicionarias Francesas a México, parece también haberse referido a la enfermedad en 1867. Stannus hace notar que todavía hay muchas lagunas en nuestros conocimientos del bubón climático y de los otros estados que pasan por ser debidos al mismo virus, por lo cual precisan más observaciones en los países tropicales, en particular si se confirman en el laboratorio. (Stannus, H. S.: *Trop. Dis. Bull.*, 423, jul. 1933.)

Hellerström y Wassén basan su trabajo en un estudio de la literatura y en las respuestas a un cuestionario, comprendiendo, 1,636 casos de linfogranuloma inguinal y 215 de estiomena. Los autores deducen que se trata de una enfermedad infecciosa independiente, que puede transmitirse casi siempre a los monos, y a la cual hasta los ratones son susceptibles. No se ha establecido todavía la susceptibilidad de los cobayos. El virus, marcadamente linfotropo, es, con toda probabilidad, invisible y filtrable, y puede encontrarse en los ganglios regionales del hombre poco después de la infección, y en ciertas circunstancias, hasta al cabo de varios años. (Hellerström, S., y Wassén, E.: *Hygiea*, agto. 15, 1933.)

América Latina.—En lo tocante a frecuencia de la linfogranulomatosis inguinal, la América del Sur sólo cede a Australia. Hay dos focos principales: las Guayanas y el Brasil, marcándose la tendencia de la segunda zona a difundirse hacia Argentina y Uruguay. Muchos autores brasileños y argentinos, y últimamente chilenos, se han distinguido en el estudio de la enfermedad. En las Antillas se sabe que existe el mal, en particular en Puerto Rico y Jamaica. En México han tratado de la enfermedad varios autores, mas sin que hasta ahora se haya demostrado su existencia. (En la historia del granuloma venéreo, se destaca el estudio clínico de Conyers y Daniels en 1896, quienes definieron los caracteres clínicos de la entidad; y el descubrimiento en 1905 por Donovan del germen, aislado por primera vez en 1912 por Aragão y Vianna, quienes también introdujeron en el tratamiento el método de Vianna con tártaro emético. En la América Latina cabe citar, además de los trabajos de los autores brasileños, los de Castillo y Santoro y Destéfano y Vaccarezza [Argentina, 1924 y 1925], Aristizábal y Congote Escobar [Colombia, 1927 y 1933], Pardo-Castelló [Cuba, 1926], Coutts [Chile], De Bellard, Vegas, Rísquez, e Iriarte y Salas [Venezuela, 1926].—RED.) (Villela, E.: *Memoria III Cong. Asoc. Méd. Panam.*, 1085, 1933.)

Brasil.—Em 1923, Parreiras Horta apresentou á Academia Nacional de Medicina uma comunicação em que firmou o diagnóstico de doença de Nicolas-

Favre, num doente. A esse trabalho seguiu-se, ano e meio depois, o caso do professor Carini, e, em 1925, os casos cearenses de Gavião Gonzaga, e o de Ramos de Silva. A partir de 1926 a litteratura medica brasileira, sobre este assumpto, registra inumeros trabalhos, convindo salientar os dos Drs. Benjamin Gonçalves, J. Lobo, Eurico Fernandes, Oscar Silva Araujo, José Maria Gomes, João Carlos Nogueira Penido e a magnifica these inagural do Dr. Salomão Fiquene. Nestas publicações se fez positivamente o diagnostico de doença de Nicolas-Favre, sem comprehender a litteratura existente sobre os bubões climaticos no Brasil, nome dado por Scheube a certas adenites inguinaes typicas, bem descriptas por Trouseau, em 1865. A Escola Medica Bahiana realizou pesquisas de valor sobre os bubões de Scheube. O assumpto merece attenção especial depois que Hellerström, em seu monumental trabalho, publicado em 1929, por meio de reações intradermicas crusadas pode evidenciar a perfeita identidade da maioria dos casos de bubões climaticos com a doença de Nicolas-Favre. E realmente notavel a frequencia dos antigos bubões climaticos no Norte do Brasil; pelo menos durante a permanencia do A. em Sergipe, em 1926, pudera encontrar casos authenticos da doença, classificados ainda como bubões climaticos. Nem todos os casos, antigamente englobados nos bubões climaticos são de doença de Nicolas. Ahi foram incluídos, segundo Maution, fórmas mono-ganglionares da doença de Hodgkin, adenites syphiliticas terciarias, adenites pestosas, adenites amebianas da Conchinchina e lymphatites infecciosas da ilha da Reunión. Em novembro de 1931, tendo encontrado no seu serviço, na Policlinica, um caso de doença de Nicolas-Favre, em que a adenite inguinal ainda se conservava fechada, Parreiras Horta resolveu tentar a transmissão ao coelho, com o virus brasileiro. Ficou evidenciado que, depois do periodo de incubação, já registrado por Chevalier, Levy-Bruhl e Moricard, em França, foi possivel reproduzir o mesmo quadro assignalado, obtendo-se uma meningo-encephalite do coelho, com virus da doença de Nicolas-Favre, retirado dum doente da Policlinica Geral do Rio de Janeiro. (Parreiras Horta: "*Polyclinica Geral do Rio de Janeiro*", 202, 1932.)

Rio.—Na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio o Dr. Tavares de Souza apresentou 17 observações de lympho-granulomatose inguinal de syndrome genito-ano-rectal, colhidas no serviço de gynecologia do Dr. Clovis Corrêa, no Hospital Gaffrée-Guinle. O Dr. Joaquim Motta commenta as observações do seu collega, a maior parte das quaes teve occasião de acompanhar no hospital, affirmando que, de facto o syndrome ano-rectal é mais frequente no homem que na mulher. (*Folha Med.*, obro. 5, 1933.)

Chile.—Coutts, Landa Perroni y Martini, en su minucioso artículo, repasan la literatura y sus observaciones personales. En Chile, a partir del año 1926, empezaron a observar casos de inflamación aguda de los ganglios inguinocrurales e ilíacos profundos. Los enfermos aumentaron rápidamente en Santiago, y en 1930 empezaron a registrarse los primeros en Valparaíso, reconociéndose en la actualidad la afección en siete poblaciones del país, una de ellas Tocopilla, donde parece haber existido desde 1919. Con excepción de la capital, la mayoría de los casos han sido registrados en los puertos, lo que se explica fácilmente. Por ahora, no hay datos precisos respecto a la frecuencia de la enfermedad en el país, aunque parece abundar más entre los 15 y los 35 años. Para los autores, tratándose de una enfermedad general observada casi exclusivamente en hombres y durante la etapa sexual activa, el agente causal debe ser algún microbio o ultravirus de origen bucal, que se mantiene latente en la vagina después de depositarlo en ella alguna práctica sexual anormal, o cuya virulencia se exalta cuando el coito bucal lo pone en contacto con el pene. A fin de determinar la posible latencia en la mujer, los autores realizaron la prueba de Frei con antígeno A en 250 mujeres de Santiago, resultando positivas nueve (3.6 por ciento), y de ellas cuatro acusaron una cutialergia intensa. De las otras cinco en que la Frei

fué débilmente positiva, tres tenían una Kahn intensamente positiva, y una de las otras dos, una reacción de Ito-von Reenstierna intensamente positiva. En 32 de los casos de los autores no se pudo establecer la puerta de entrada. Con respecto a la posible confusión con estiomena, Rodas Sánchez en 1930 hizo notar que mientras que en 1926-27 sólo se registró un caso en el servicio de dermatología del Hospital San Luis, en 1929 se diagnosticaron 15, y 10 en 1930, y en otros hospitales comunican un aumento semejante, de preferencia en jóvenes de 20 a 25 años. La elefantiasis penoescrotal ha sido mencionada como síntoma linfogranulomatoso, y los autores observaron en 1932 dos casos, en uno de los cuales, realizada la Frei, resultó positiva. De 12 casos de glositis estudiados, cinco eran sífilíticos y siete eran cunilinguos. Con respecto al tratamiento, los autores probaron la mayoría de los recomendados, obteniendo sus mejores resultados con los derivados de antimonio aconsejados por Destéffano y Vaccarezza. Localmente, recomiendan no incindir los abscesos, sino vaciarlos por aspiración, sin inyectar nada. La bibliografía de los autores está dividida en secciones, a fin de facilitar las consultas. (Coutts, W. E., Landa Perroni, F., y Martini, J.: *Med. Moderna*, 553, jul. 1933.)

Relación con la estenosis rectal.—Recapitulando su trabajo, Cole afirma que el linfogranuloma inguinal es una entidad bien definida, por lo general de origen venéreo. Tras un período de incubación de una a varias semanas, y no forzosamente acompañado de úlcera primaria, se forma un bubón crónico, que por fin supura. En la mujer, y raramente en los varones, los ganglios de la porción inferior del recto pueden afectarse, provocando a menudo la reacción inflamatoria, estenosis rectal. En la mujer, puede haber de cuando en cuando invasión de la pared inferior de la vagina y de los labios, en forma de estiomena. La causa es un virus filtrable transferible a varios de los animales inferiores. La reacción de Frei, con una emulsión de los ganglios afectados intactos como antígeno, resulta específica. Cole realizó una serie de Freis en sujetos sospechosos de haber tenido la infección en el pasado, obteniendo positivas en 37 casos de linfogranuloma inguinal con bubones, así como en dos casos de estiomena y 13 con estenosis rectal, y en muchos no había ni antecedentes ni signos de sífilis o tuberculosis. Los casos con bubones observados tempranamente, reaccionaron comparativamente bien a la excisión quirúrgica de los ganglios, o al empleo de inyecciones intravenosas del tartrato estibiado. Para el autor, el mal no debe ser raro en los Estados Unidos, pues sus 37 casos tempranos (1 en 1 mujer y 22 en negros) fueron observados en una clínica de Cleveland en el curso de un año. La bibliografía del autor comprende 57 fichas. (Cole, H. N.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1069, sbre. 30, 1933.)

Fijación del complemento.—Aunque considerando que los resultados de la intracutirreacción de Frei han sido hasta ahora satisfactorios en la linfogranulomatosis venérea, Coutts y colaboradores trataron de encontrar una seroreacción específica, y utilizaron para ello la fijación del complemento en el suero de los enfermos, empleando como receptor un antígeno preparado con material procedente de ganglios afectados. De 25 enfermos, 20 presentaron una reacción francamente positiva, tres hemólisis retardada, y dos reacción negativa. Entre los 20 positivos, la Wassermann fué positiva en cinco; en uno con hemólisis retardada, la Wassermann fué negativa y la Kahn positiva. Los autores no sacan conclusiones de momento, esperando a que el estudio de un mayor número de casos y la cooperación de otros acaben de demostrar la especificidad de la prueba. (Coutts, W. E., Landa Perroni, F., y Martini, J.: *Med. Moderna*, 89, obre. 1933.)

Tabes.—Algunos sospechan la existencia de una relación peculiar entre la tabes y la linfogranulomatosis de Nicolas-Favre. Ionesco-Mihaesti, Tupa, Wisner y Badenski han conseguido la producción experimental de un síndrome

seudotabético agudo en el mono, inoculando el virus filtrado del linfogranuloma inguinal, vía (cerebral y peritoneal simultáneamente). En su último artículo deducen que los fenómenos clínicos y lesiones histopatológicas evocados en el mono por la inyección intraperitoneal del virus, se asemejan por demás a los de la tabes humana. Estas observaciones parecen justificar la suposición de un probable papel etiológico desempeñado por el virus linfogranulomatoso en muchos casos de tabes humana, en particular dado que los autores han conseguido Freis positivas en varios casos humanos de tabes. (Carta de París: *Jour. Am. Med. Assn.*, 721, agto. 26, 1933.)

Serología y tratamiento.—Al dar cuenta a la Academia Española de Dermatología y Sifilografía de 32 casos de linfogranulomatosis inguinal subaguda, De Gregorio hace notar que la evolución clínica se ajustó a la descrita por todos los autores, habiendo casos de rápida curación y otros muy resistentes; pero la fórmula leucocitaria discrepó de la obtenida por Gay y Ravaut, pues sólo observó ligeras mononucleosis. En la serología, notáronse positivities transitorias, aun excluida con seguridad la sífilis. En lo que se refiere a transmisión experimental, ha observado en el cobayo hiperplasias y lesiones histológicas discretas que la comprueban. En el tratamiento, los mejores resultados correspondieron al sulfato de cobre amoniaco y al tártaro emético. En la discusión Gay hizo notar que no ha podido comprobar la positividad de la serología cuando cabía excluir absolutamente la sífilis. Las lesiones anatomopatológicas de la linfogranulomatosis inguinal no son específicas, pudiendo presentarse en procesos de otra etiología. Gay, con Covisa y Bejarano, fué el primero en conseguir la inoculación al cobayo en 1927, corroborando la observación en 1931, Mayen, Rosenfeld y Anders. Hombría afirmó que cuando la serología es positiva en la linfogranulomatosis, es de valor específico si se excluye la lepra. Bejarano declaró que, en contra de lo afirmado por Gay y Hombría, ha visto reacciones serológicas débilmente positivas en casos de linfogranulomatosis en que estaba excluida la sífilis con seguridad. (De Gregorio: *Actas Dermo-Sifigr.*, eno. 1932.)

Tratamiento.—En el Hospital General "Sternberg" de Manila, ingresaron durante el año 1930, 57 enfermos de linfadenitis inguinal, en 45 de los cuales la etiología era desconocida. En 17 de ellos que habían recibido muchas inyecciones intravenosas del tártaro estibiado sin mejorar, se probó el mercurocromo-220 por vía venosa a dosis de 8 cc al 1 por ciento en suero glucosado al 15 por ciento. Cada enfermo recibió una inyección cada dos días, hasta completar cinco inyecciones. Luego se dejaban descansar 10 días, y se repetía la serie. El resultado fué de lo mejor en 16 de los 17, curándose en un período de 7 a 20 días. El mismo tratamiento fué probado en 28 casos ingresados en 1931. En 9, el factor etiológico era tricofitosis podal o escrotal. En estos casos no debe realizarse la adnectomía. El tratamiento de elección es, por supuesto, la profilaxia, y debe indicarse a los soldados que se sequen bien los dedos de los pies y las zonas gluteal y escrotal después de bañarse, y se apliquen entonces un empasma. El tratamiento activo consiste en aplicar a las zonas maceradas alcohol y ácido salicílico, mercurocromo por vía venosa, descanso en cama, aplicación del calor externo a los ganglios y, si hay supuración, incisión y drenaje. (Apud: *Mil. Surg.*, 631, jun 1932.)

Schulmann ha observado en algunos meses 26 casos de la enfermedad de Nicolas-Favre. La reacción de Frei permite distinguir las formas frustras, cuyo conocimiento resulta útil profilácticamente. La estibioterapia parece ser el tratamiento mejor. (Schulmann: *Gaz. Hôp.*, 102, eno. 21, 1933.)

Erber probó las inyecciones intracutáneas de pequeñas dosis de tuberculina en todos los casos de chanero blando refractarios a otros tratamientos, en el hospital de mujeres de Berlín. Entre las 63 tratadas, había 34 de chanero blando sin bubón, 15 de chanero blando con bubón, 7 úlceras crónicas, y 7 bubones de etiología desconocida. En 89 por ciento, el efecto fué favorable, y en particular en los últimos 7 casos, pues se curaron todos menos uno. El aspecto de esos 7 era de

linfogranuloma inguinal, pero no hay prueba positiva de ello. El autor recomienda el tratamiento en el linfogranuloma inguinal. (Erber, K.: *Med. Klin.* 15 eno. 2, 1931.)

Durante 18 meses, Wien y Perlstein han observado a 12 hombres y 4 mujeres con linfogranuloma inguinal, presentando uno de los primeros el síndrome anorrectal de que suelen padecer las mujeres. Los primeros enfermos recibieron por vía subcutánea el antígeno de Frei, según propusiera Hermans, observándose mejoría tras varios meses de tratamiento. Los autores se fijaron en que, después de la prueba de Frei, mermaba la actividad de las lesiones y mejoraba el estado general. Probaron entonces el antígeno por vía intradérmica, administrando 0.1 cc a plazos de tres a cinco días. Si la reacción local era muy marcada, hacían las otras inyecciones en sitios apartados. En tres enfermos que habían recibido por término medio 11 inyecciones en el antebrazo a plazos de tres días, la Frei viró a negativa, pero continuó positiva cuando se inyectó el mismo antígeno intracutáneamente en las nalgas o en el dorso. Después de un reposo de dos a tres semanas, la Frei resultó de nuevo positiva en el antebrazo. Para los autores, la negatividad transitoria proviene de la sensibilización local del antebrazo. Desde las primeras inyecciones, notóse una marcada mejoría clínica. Las ventajas del método consisten en que necesita menos antígeno, y el beneficio es más rápido. No hay que emplear ningún antígeno especial, ni se presentan con este método reacciones orgánicas, como las observadas por Hermans y Gay-Prieto. (Wien, M. S., y Perlstein, Minnie Oboler: *Arch. Dermat. & Syph.*, 42, jul. 1933.)

Congote Escobar, A. (*Rev. Fac. Med. Bogotá*, 66, jun. 1933) recomienda que en el tratamiento se comience siempre con el tartaro emético, y sólo cuando éste fracase o no se pueda aplicar, se recurra al neostibosán o al novasurol combinado con neosalvarsán.

Alvarado presenta cuatro casos de bubón climático o poradenitis inguinal, tratados y curados con el método de Hanshell (inyecciones de vacuna tífica). (Alvarado, C. A.: *VII Reun. Soc. Arg. Pat. Reg.*, 195, 1932.)

Tratamiento del bubón climático.—En los casos de bubón climático de Low, el mejor tratamiento resultó ser el choque proteínico, o heteroproteoterapia. (Low, G. C.: *Jour. Roy. Naval Med. Serv.* 272, 1930.)

FRAMBESIA

Ecuador.—Falconí Villagómez hace notar que la frambesia ha aparecido en forma epidémica en la Provincia de Esmeraldas, Ecuador, causando justa alarma. Según la prensa, suben a 15,000 los atacados en una provincia de unos 30,000 habitantes. El autor, hace más de un año, tuvo ocasión de tratar en Guayaquil a los primeros enfermos provenientes de Esmeraldas, sabiéndose entonces que existía la enfermedad allí en forma esporádica, pero lejos de revestir la frecuencia que toma en el sur de Colombia. El Dr. Izquierda Pérez fué el primero en observar allí el germen causante en un caso en el Hospital General de Guayaquil en 1931, en un enfermo venido de Zaruma, y que había residido anteriormente en el oriente ecuatoriano, donde existe el pian desde 1904. (El primer caso comunicado en Colombia fué por Robledo en 1909; el primero en Perú, por Escomel en 1912; y el primero en Venezuela, por Rivas en 1915.) (Falconí Villagómez, J. A.: *El Telégrafo*, dbre. 25, 1932.)

Campos declara que la frambesia, llamada "cuchi-pe" en el Ecuador, está azotando materialmente la Provincia de Esmeraldas, y ha tomado caracteres alarmantes en algunas poblaciones del oriente del país. Como la enfermedad es sumamente contagiosa, en particular entre los escolares, debe retirarse de dichos planteles al primer niño que presente manifestaciones de la referida dolencia. (Campos R., I.: *Bol. San.*, 4, obre.-dbre. 1932.)