

Servicio de Dermo-venereología del Dispensario  
Central de la Cruz Roja de Barcelona

## Tratamiento de la linfogranulomatosis inguinal subaguda

por los dermatólogos

**Rómulo Campos Martín**

Jefe del Servicio

**Silverio Gallego Calatayud**

Médico del Servicio

Siendo la linfogranulomatosis inguinal subaguda una enfermedad cuya evolución normal a veces está sujeta a remisiones espontáneas temporales, más o menos duraderas, se deduce la dificultad existente para el enjuiciamiento crítico del valor de los diferentes métodos terapéuticos empleados en su tratamiento.

A continuación intentaremos hacer un estudio crítico de las diferentes terapéuticas preconizadas, ocupándonos más detalladamente de aquellas más usuales. Nosotros, basándonos en la experiencia que nos proporciona 20 casos observados en nuestro Dispensario de la Cruz Roja, en este último verano de 1932, y otras nueve observaciones recopiladas durante los tres últimos años, pondremos de manifiesto nuestra manera de ver sobre aquellos procedimientos terapéuticos empleados en nuestros enfermos, que han sido casi todos los propuestos.

Los procedimientos empleados en el tratamiento de la cuarta enfermedad venérea han sido muy numerosos en casi todos ellos. En casos afortunados se han podido obtener verdaderos éxitos, contrastando con otros casos menos afortunados, en los que han ido fracasando sucesivamente todos los tratamientos médicos y físicos empleados, para terminar al cabo de mucho tiempo teniendo que ser intervenidos quirúrgicamente. Esto demuestra que en la actualidad no existe una terapéutica médica o física real-

mente eficaz y capaz de resolver todos los casos de un modo favorable en breve período de tiempo.

A continuación exponemos un cuadro esquemático de los tratamientos que hoy gozan de más prestigio, divididos en tres grupos: 1.º Físicos; 2.º Médicos, y 3.º Quirúrgicos.

|                       |   |  |
|-----------------------|---|--|
| FÍSICOS . . . . .     |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Frio local</li> <li>Fototerapia artificial</li> <li>Electrocoagulación</li> <li>Radioterapia</li> </ul>   |
| MÉDICOS               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Quimioterápicos</li> <li>Biológicos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Emetina</li> <li>Oro</li> <li>Sulfato de cobre</li> <li>Antimonio</li> <li>Yodo</li> <li>Piroterapia</li> <li>Tuberculinoterapia</li> <li>Antigenoterapia</li> <li>Seroterapia</li> </ul> |
| QUIRÚRGICOS . . . . . |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Incisión, drenaje capilar</li> <li>Inyecciones modificadoras</li> <li>Resección parcial</li> <li>Resección total</li> </ul>   |

De entre todos estos tratamientos, los hay que tienen una mayor indicación según el momento evolutivo de la enfermedad (fases del comienzo, de supuración y de esclerosis). En la mayoría de los casos, debido a su evolución tórpida y agudizaciones sucesivas, nos vemos precisados a recurrir a cambios de terapéutica o a combinarlas. No obstante, nosotros exponemos nuestro juicio crítico de los distintos tratamientos empleados aisladamente, a fin de fijar mejor su verdadera eficacia, sin perjuicio de men-

cionar las asociaciones terapéuticas más recomendables.

\* \* \*

**TRATAMIENTOS FÍSICOS.** — Entre los tratamientos físicos se han empleado: 1.º, el Frío local; 2.º, la Fototerapia artificial; 3.º, la Radioterapia, y 4.º, la Electrocoagulación. De entre éstos, los que gozan de mayor prestigio son la Radioterapia y la Electrocoagulación.

1.º El frío local fué aconsejado por LORTAT-JACOB en 1927, que sostuvo que la aplicación permanente de una bolsa de hielo sobre la adenopatía, se oponía a su crecimiento y en ocasiones la hacía desaparecer. Suponiendo que el virus, entonces desconocido, era inhibido por la acción del frío, concepto que se ha demostrado falso al comprobarse por HELLERSTRON, WASSER, CACHERA, RAVAUT, LEVADITI y Mlle. SCHOEN, que el ultravirus linfogranulomatoso soporta perfectamente la acción del frío (en oposición a otros ultravirus).

2.º El empleo exclusivo de los Rayos ultravioleta ha sido aconsejado por CHAUFFARD y THEVENARD, que dicen haber obtenido en algunos casos verdaderos éxitos, citando un caso de curación con doce sesiones de 10 minutos a 1,50 m. foco piel en días alternos, con lámpara de cuarzo de vapor de mercurio. Nosotros hemos tenido ocasión de observar un enfermo, que antes de ser visto por nosotros había sido tratado únicamente con numerosas sesiones de Fototerapia artificial, durante mes y medio, sin ningún resultado. Hecho negativo comprobado por otros autores (L. BORY y GAY PRIETO). Por lo que creemos poco recomendable el empleo exclusivo de los Rayos ultravioleta.

No obstante, en cuatro de nuestros enfermos, en los que hemos empleado la Helioterapia o la Fototerapia artificial asocia-

das a otros tratamientos, nos ha parecido observar una acción favorable, haciendo que el curso evolutivo fuera algo más breve.

3.º **Radioterapia.** Deseando poseer una opinión clara y autorizada del valor de la radioterapia en el tratamiento de la 4.ª enfermedad venérea, ya que la literatura sobre el particular es escasa, hemos solicitado su manera de ver al Dr. VICENTE CARULLA, Jefe del servicio de Fisioterapia del Hospital Clínico de Barcelona, el que, con su natural amabilidad, nos ha hecho el honor de ilustrar este trabajo. En las siguientes líneas, el Dr. CARULLA expone en forma concisa y clara, el valor actual y la técnica radiológica más apropiada, según el momento evolutivo de la linfogranulomatosis inguinal subaguda.

"El tratamiento radioterápico de la linfogranulomatosis subaguda inguinal ha sido planteado desde poco tiempo después de haber sido definida la enfermedad por NICOLAS-FAVRE. Una tesis publicada en Lyon en 1913 por CLAUDE, a instigación de MOUTOR, ya inicia dicha indicación terapéutica y quizá cabría decir que entre los casos de tratamiento roentgen expuestos por HERXHEIMER y HUBNER en 1906, a propósito de los bubones venéreos, se podrían algunos referir a la enfermedad que nos ocupa, por aquel entonces aun no definida.

Desde el momento que en la sesión del 23 de julio de 1921, en la Sociedad de Biología de París, NICOLAS acepta, de acuerdo con los trabajos de RAVAUT, presentados poco antes a la Société Medicale des Hôpitaux de París, la eficacia de la radioterapia, puede decirse que este tratamiento ocupa ya un lugar importante entre las indicaciones a cumplir en la enfermedad de Nicolas-Favre.

Desgraciadamente la literatura especiali-

zada a este fin es escasa para formar un juicio definitivo de la cuestión. SIMON y BRALEZ, en el *Boletín de la Sociedad Francesa de Dermatología*, en diciembre del 23, publica un caso de tratamiento con radioterapia; FERNET, en el mismo Boletín, en marzo de 1931 publica una estadística con ocho curaciones y tres mejorías debidas a la radioterapia; NAHAN y BELOT, en una comunicación al Congreso Internacional de Radiología de 1931, exponen la excelencia de los resultados de la radioterapia; BURRÉ y FRIESS, BENASSI y BACLESSE y muy pocos autores más, se ocupan de la cuestión.

Podríamos resumir la impresión de los trabajos que conocemos, diciendo en cuanto a los resultados: Que la radioterapia es un arma favorable en el tratamiento de la linfogranulomatosis venérea, pero no ciertamente de un valor absoluto. Quiénes, como FEURET, curan más del 60 por 100 de los casos y mejoran los otros; quiénes, como NAHAN y BACLESSE, fracasan, al contrario, en la mayor parte de los casos, aunque mejoren luego el volumen de las adenopatías y la supuración.

Cabe decir que de todos los datos conocidos, se deduce que en la mayoría de los casos, se ha iniciado el tratamiento en pleno estado de supuración, con los ganglios fistulizados y ulcerados, y es natural que todos los autores estén de acuerdo en afirmar que precisa usar de una técnica con rayos duros y a dosis altas. Así, la mayoría de los autores, los franceses especialmente, emplean rayos con tensiones equivalentes a 40 cm. de chispa, y filtros de zinc de 0,5 mm., administrando 3.000 a 3.500 r. en una semana, aproximadamente, es decir, llegando al eritema, y que además se aconseje insistir a los dos meses. Se explica que el mecanismo de curación se deba a la fusión de los restos linfoides inflamados y a

la esclerosis consecutiva de los tejidos. Parece ser que en general la supuración tarda 4 ó 5 semanas en agotarse, y aun pueden reblandecerse nuevos focos con el tratamiento.

El problema de más importancia a experimentar, a mi juicio, sería la posible acción abortiva de la radioterapia, y a este fin hemos ensayado con rayos duros la aplicación de dosis distintas en una o varias sesiones antes de reblandecerse, sobre la adenitis recién diagnosticada, sin que hasta ahora hayamos conseguido evitar la supuración, aunque parece ser que la evolución de las lesiones ha sido más benigna y agradable. De nuestras experiencias parece desprenderse que quizá sean necesarias dosis pequeñas inferiores al 10 ó 15 % de H. E. D., repetidas dos o tres veces, en días alternos, aunque no podemos llegar todavía a una conclusión precisa.

Creemos que en los casos en plena supuración los mejores resultados los hemos observado utilizando rayos duros y dando dosis suficientes para producir el eritema, fraccionándolas en cinco o seis sesiones, llegando a dosis alrededor de 1.200 a 1.500 r. (internacionales). No nos atrevemos a dar datos estadísticos, porque contamos con pocos casos, y aun en algunos, los primeros, podrían ser dudosos o cuando menos tipos mixtos. Nos proponemos ahora interesarnos por esta cuestión.

Demostrada la acción favorable, casi constante, de la radioterapia, y conocidos gran número de casos curados, aunque no tenga valor de especificidad dicha indicación, sin embargo, dados los inconvenientes y dificultades de la cirugía y la difícil eficacia de los otros medios, en los casos supurados, debe ensayarse siempre la radioterapia, aunque es necesario mejorar la técnica para obtener el mejor resultado."

4.º *Electrocoagulación.* Han sido P. RAVAUT y Mlle. LEWANDOWSKY los primeros que emplearon la electrocoagulación en el tratamiento de las adenitis subagudas y especialmente de las adenitis inguinales de diferente etiología.

La técnica operatoria aconsejada por estos autores es la siguiente: En los sujetos pusilámines, es suficiente la anestesia general rápida que produce el cloruro de etilo; se debe desechar la anestesia local, por la dificultad técnica de hacer una buena infiltración en tejidos inflamados y supurados, y porque esta solución anestésica salina puede modificar la conductibilidad de la corriente eléctrica.

Una vez efectuada la anestesia, se procede a establecer el *drenaje diatermo-coagulante*, puncionando el absceso ganglionar en su parte más fluctuante, por medio de un electrodo activo en forma de aguja, dejando pasar la corriente poco a poco, hasta que se forme alrededor del electrodo activo una zona circular de tejidos coagulados. Si el bubón es grande conviene repetir estas punciones electrocoagulantes en otros puntos diferentes, procurando establecer comunicaciones entre los distintos trayectos. En días sucesivos, por estos trayectos fistulosos, se eliminan trozos de ganglios mortificados y un abundante exudado. La curación se obtiene al cabo de 8 ó 10 días, con una cicatriz mínima. El principal inconveniente del empleo exclusivo de este drenaje diatermo-coagulante en el tratamiento de la 4.ª enfermedad venérea, reside en el curso ordinariamente tórpido de estas adenitis, que hace que los ganglios supuren en fases sucesivas y por tanto habría que ir repitiendo estas electrocoagulaciones a medida que los distintos ganglios fueran efectándose.

Además, si los ganglios enfermos fuesen los inguinales profundos, íntimamente uni-

dos al cayado de la safena interna, como hemos tenido ocasión de comprobar en algunos de nuestros casos intervenidos quirúrgicamente, el tratamiento diatermo-coagulante pierde todo su valor en la práctica, por el peligro de electrocoagular en las cercanías de un vaso importante.

Por todas estas razones se deduce que la electrocoagulación de los ganglios empleada con exclusividad, no es un tratamiento suficiente, por lo que se debe emplear asociada con otros tratamientos médicos de orden general, especialmente con la irradiación *roentgen*.

• • •

TRATAMIENTOS MEDICOS. — Los dividimos en dos grandes grupos: los de orden Quimioterápico y los de orden Biológico.

En el primer grupo estudiaremos: 1.º los preparados de Oro; 2.º la Emetina; 3.º el Sulfato de Cobre amoniacal; 4.º, el Antimonio, y 5.º, el Iodo.

Entre los del segundo grupo o Biológicos: 1.º, la Piroterapia; 2.º, la Tuberculino-terapia; 3.º, la Antigenoterapia específica en sus diferentes vías, intradérmica, subcutánea, intramuscular e intravenosa, y 4.º la Seroterapia.

*Preparados de oro.* LEPINAY y ALMQUIST han obtenido mediocres resultados con el empleo de diferentes preparados de oro por vía intravenosa. RAVAUT y CACHERA han obtenido algún éxito mediante el empleo de la Crisalbina en inyecciones intravenosas bisemanales de 0,20 g.

En la práctica pueden emplearse los diferentes preparados de oro comercializados con diferentes nombres, para uso intravenoso y para uso intramuscular, a las dosis aconsejadas. Hay que tener en cuenta la relativa frecuencia de intolerancias de la me-

dicación áurica y las contraindicaciones corrientes de la Crisoterapia.

*La Emetina* fué preconizada por RAVAUT en 1921, al considerar él, como parásito productor de la enfermedad, una ameba que encontró en la supuración ganglionar de algunos de sus enfermos.

HELLERSTROM aconseja inyectar por vía intramuscular o endovenosa dosis de 0,06 a 0,08 g. diarios, debiendo hacer intervalos de una semana cada 5 ó 6 inyecciones. De todos modos no se debe pasar de la dosis global de 1 gramo, debiéndose interrumpir el tratamiento al menor síntoma de intolerancia. Hoy en día es un tratamiento poco empleado.

*Sulfato de Cobre amoniacal.* CARNOT y FROMENT fueron los primeros en aconsejar su empleo en solución acuosa al 4 %, de la que inyectaban diariamente cantidades progresivas desde 1 y medio a cuatro centímetros cúbicos, aconsejando no pasar de una serie de 10 inyecciones. Sin embargo, con posterioridad, G. PETGES, R. DAVID-CHAUSSEY y A. PETGES, afirman que se puede administrar impunemente mayor número de inyecciones.

Nosotros hemos tenido ocasión de tratar exclusivamente con este método dos de nuestros enfermos. La técnica seguida ha sido la preconizada por CLEMENT SIMON en el tratamiento de las forunculosis y otras estafilococias superficiales, que difiere de las anteriores por su posología más reducida. Hemos inyectado en días alternos por vía endovenosa 1 c. c. de la solución acuosa de sulfato de cobre al 1 por ciento, habiendo obtenido en nuestros dos casos resultados muy favorables, puesto que en uno de ellos, cuyo tratamiento se comenzó en plena fase de reblandecimiento y supuración, que hizo necesaria una punción evacuadora, el absceso no volvió a reproducirse y la adenopa-

tía, mucho más reducida, evolucionó hacia la fase de esclerosis. El enfermo, que en la actualidad lleva 12 inyecciones, continúa con el mismo tratamiento. El otro de nuestros casos, cuyo tratamiento comenzó más recientemente, parece evolucionar hacia la curación, sin que en la actualidad haya supurado ningún ganglio.

Nosotros hemos adoptado el método de CLEMENT SIMON, porque el sulfato de cobre amoniacal administrado a las dosis mucho más elevadas aconsejadas por los otros autores, puede producir accidentes graves. En nuestros casos las inyecciones han sido toleradas perfectamente, sin el menor síntoma de intolerancia ni de intoxicación.

En cuanto a la valorización de este método empleado aisladamente, aunque nuestra experiencia es muy reducida, nos produce la sensación de ser tan aconsejable como el yodo y el antimonio.

*Preparados de antimonio.* La idea de emplear los preparados de antimonio en el tratamiento de la 4.<sup>a</sup> enfermedad venérea es antigua y reconoce el mismo fundamento erróneo que el empleo de la Emetina. Ideado y lanzado a la práctica por RAVAUT en 1921, es actualmente uno de los medicamentos cuyo uso no solamente se ha mantenido en la práctica diaria, sino que lo mismo que los preparados de yodo, son los que hoy día gozan de más prestigio y los de uso más corriente. Su principal indicación la tienen en las fases de comienzo y en las de reblandecimiento ganglionar; y, a decir verdad, hemos de reconocer la favorable influencia que generalmente ejerce sobre los ganglios linfogranulomatosos, principalmente en estos períodos.

Uno de los primeros preparados de antimonio que se empleó fué el tártaro emético (tartrato antimónico-potásico). Según DESTEFANO y VACCAREZZA, de Buenos Aires, que

se han ocupado primeramente de esta cuestión, en el año 1923, se debe emplear la solución al 1 por 100 en agua destilada, solución que no debe esterilizarse por el calor porque se estropea; siendo preferible proceder a la esterilización por filtrado, o a la solución en agua destilada preparada en caliente, pero sin llegar a la ebullición (JADAISOHN).

Esta solución se administra por vía endovenosa dos veces por semana, siendo aconsejable comenzar el tratamiento por inyecciones de prueba de 5 a 8 c. c.

La casuística de estos autores, comprende 43 enfermos en fases de comienzo, 35 en fase de supuración y 7 en esclerosis y fístulas. De los 43 enfermos comenzados a tratar en fase de comienzo, curan 31, que fueron constantes en el tratamiento, sin supuración y fístulas en un período de tiempo que oscila entre una semana y dos meses. De los 35 en fase de supuración, 31 que continuaron el tratamiento hasta el final, curaron todos tras la abertura de los abscesos, en un período de dos semanas a dos meses. De los 7 ya fistulizados, 4 abandonaron el tratamiento; los 3 restantes curaron en un espacio de dos a cinco meses.

Posteriormente han sido confirmados los buenos resultados obtenidos con el tartrato doble de antimonio y sodio, por otros autores, entre los que destacan CHEVALLIER, RAVAUT y CACHERA, y últimamente SEZARY y LENEGRE, que presentaron una comunicación sobre esta cuestión a la Société Française de Dermatologie et Siphiliographie en la sesión de 7 de julio de 1932, reconociendo los buenos efectos que generalmente se obtienen con los preparados de antimonio, si bien coinciden en que sus resultados son inconstantes, ya que de sus diez casos tratados por este procedimiento, únicamente obtiene la curación en 8, quedando 2 que

no son para nada influídos por el tratamiento.

En los casos afortunados, bastan 8 a 14 inyecciones bi o trisemanales para obtener la curación; no son raras las recidivas una vez abandonado el tratamiento, pero generalmente son yuguladas con facilidad por una nueva serie de inyecciones, y terminan admitiendo que en el arsenal terapéutico de esta afección, merecen ser conservados los preparados de antimonio.

Nosotros tenemos experiencia, por haberlos ensayado, de otros preparados de antimonio, quizá menos tóxicos y mejor tolerados, de entre los cuales el más corriente es el conocido con el nombre de Neostibosán (P - amino - Fenil - estibianato - dedietil - amina), que contiene un 33,3 por 100 de antimonio y que viene presentado en forma de un polvo de color amarillo sucio, para su solución extemporánea con agua destilada, la que realiza con alguna dificultad. Se administra en inyección intravenosa, bi o trisemanal, comenzando por dosis de 10 cg., para llegar y mantenerse en la de 30 cg., si son bien toleradas.

Los resultados obtenidos por nosotros, si bien no han sido siempre constantes, son dignos de tenerse en cuenta. Los mejores resultados los hemos obtenido en los enfermos de 4.ª enfermedad venérea en fase de comienzo y en la de reblandecimiento. Nos han parecido factores de resistencia las fases más avanzadas de esclerosis y fístulas, debiendo dar en estos actos la preferencia a los preparados de iodo.

Igualmente hemos comprobado que la medicación debe prolongarse durante algún tiempo después de la curación clínica, pues de lo contrario sobrevienen recidivas; y aunque el tratamiento puede repetirse en épocas cercanas sin ningún inconveniente,

su repetición hace que pierda mucho en eficacia.

Las dosis globales empleadas por nosotros, susceptibles de conseguir la curación, han sido de unos 2 gramos en los enfermos empezados a tratar prematuramente, de 2 a 4 gramos en aquéllos en fase de reblandecimiento y de 4 a 6 gramos en los afectos de formas esclerofistulosas.

En cuanto a los accidentes de esta medicación hay que reconocer que son mucho más frecuentes con el empleo del tártaro estibiado, que no con los preparados comercializados que nosotros hemos empleado, con los que casi siempre hemos observado una perfecta tolerancia. Estos accidentes se pueden dividir en dos categorías.

Los hay precoces, que sobrevienen con las primeras inyecciones e inmediatamente después de la administración del medicamento, y que han sido puestos de manifiesto especialmente por los trabajos de GIRAUD, Mlle. COULANGE y D'OSNITZ. Consisten en trastornos respiratorios en forma de tos quintosa y en vómitos, de donde la indicación de poner la inyección estando el enfermo en ayunas. Otras veces es una fuerte elevación térmica al poco tiempo de poner la inyección. Sin embargo, estos accidentes son poco dignos de tenerse en cuenta, ya que generalmente se atenúan hasta desaparecer a medida que se avanza en el tratamiento.

En cuanto a los accidentes tardíos, que generalmente se observan a partir de la 7.<sup>a</sup> u 8.<sup>a</sup> inyección, consisten en dolores de fisonomía reumatoide; algunas veces tan vivos, que llegan a provocar impotencias funcionales, pero que desaparecen espontáneamente en algunas horas, para reaparecer absolutamente idénticos con las inyecciones sucesivas. No haciendo, por tanto, imprescindible la suspensión del tratamiento nin-

guno de estos accidentes, anteriormente expuestos y que son los que corrientemente se observan (MAMON H., SEZARY A. y LENEGRÉ J.).

Todavía existen otros accidentes tardíos, propios de la medicación por el antimonio, mucho más raros y de los que nosotros no hemos observado; nos referimos a los accidentes cutáneos, sobre todo del tipo del pénfigo tóxico-dérmico.

*Preparados de iodo.* Aconsejados especialmente por JERSILD y empleados corrientemente bajo la forma de la solución iodo iodurada de Lugol. Se administran por ingesta y electivamente por vía endovenosa. Nos parece un buen procedimiento, sobre todo utilizable en las fases terminales de esclerosis y fistulización, precisamente cuando los otros procedimientos parecen haber perdido su eficacia y a condición de administrarlos a dosis elevadas.

Administrada per ore, a la dosis de dos o tres cucharaditas al día, generalmente es bien tolerada; pero en la mayoría de los casos resulta insuficiente, siendo necesario asociarla a la administración por vía intravenosa, con lo que obtendremos un máximo rendimiento, debiendo inyectar en días alternos, cantidades que lleguen a 15 ó 20 cm. por inyección.

El principal inconveniente de esta terapéutica endovenosa consiste en la rápida esclerosis venosa que produce, haciendo inservibles sucesivamente todas las venas cateterizables. Nosotros, tratando de obviar este inconveniente, hemos seguido el artificio propuesto por RAVAUT y CACHERA, que aconsejan para evitarlo, aspirar con la jeringuilla previamente llena de la solución de Lugol que queramos inyectar, la cantidad de solución de hiposulfito sódico al 20 % necesaria para decolorar la solución iodo iodurada. Efectivamente, con este pro-

cedimiento la esclerosis venosa no se produce con tanta rapidez como cuando se emplean soluciones puras; pero fatalmente, si el tratamiento se hace prolongado, no deja de aparecer la esclerosis venosa, impidiendo su continuación.

Nosotros recordamos un caso que hace tres años fué tratado y curado exclusivamente con 12 inyecciones intravenosas de 10 c. c. de la solución de Lugol. Actualmente hemos tenido ocasión de volverlo a ver y hemos comprobado su perfecta curación. Esta observación no es excepcional, ya que tenemos noticias de casos parecidos. No obstante, la principal indicación de los preparados de iodo, es la de resolver lentamente el plastrón de esclerosis de la fase final del linfogranuloma venéreo.

En cuatro de nuestros enfermos que anteriormente habían sido tratados con otras terapéuticas y cuando éstas parecían haber perdido su eficacia, por encontrarse las adenopatías en fase de esclerosis y fistulas, hemos administrado simultáneamente por la vía oral 3 eucharaditas diarias y por la intravenosa altas dosis de la solución iodo iodurada de Lugol (15 a 20 c.c.) obteniendo, aunque lentamente, resultados satisfactorios, con perfecta tolerancia del medicamento.

Según los autores franceses el tratamiento óptimo de la enfermedad, sería combinar los preparados de antimonio con los de iodo, de modo que aquéllos fueran administrados en las fases inflamatorias y éstos fueran la base del tratamiento que luchara contra la esclerosis tardía.

*Piroterapia.*—La proteínoterapia y la vacunoterapia no específica, han sido también empleadas en el tratamiento de la proadenitis, aunque con resultados poco satisfactorios. La idea de provocar una reactivación de las defensas orgánicas, aumentando la

leucocitosis y provocando temperaturas que obrarían sobre los agentes microbianos, fué experimentada por HANSHELL y LAZO-GARCÍA en el tratamiento de todas las adenitis inguinales de origen venéreo, quienes en un principio ensayaron sucesivamente el Caseal, Caseosan, Aolan, leche, trementina y autohemoterapia, preparados que fueron abandonados ante la inseguridad de las reacciones febriles, escasas en unos, exageradas en otros, a veces con resultados variables en un mismo enfermo y aun con las mismas dosis.

Posteriormente emplearon la vacuna antigonocócica por vía intravenosa, con la que obtuvieron resultados más constantes; pero rápidamente se estableció una especie de hábito terapéutico, que hacía que las inyecciones siguientes dieran reacción febril escasa.

Finalmente emplean la vacuna antitífica que contiene 200 millones de gérmenes por c.c. muertos por el éter sin adición de anti-séptico alguno.

Se empieza por inyectar por vía venosa 2 décimas de c.c. y se hace una observación termométrica para dosificar las inyecciones siguientes.

Los mejores efectos se obtienen, provocando temperaturas de 39° a 40°, se aumentan dos décimas si no llegan a 39° y se repiten las dosis si llegan a 40°. Las inyecciones se practican dos veces a la semana.

Los brillantes resultados obtenidos con este proceder en las adenitis inguinales venéreas, no han sido constantes en las adenitis linfogranulomatosas, ya que, según LAZO-GARCÍA, en dos casos de 4.ª Enfermedad venérea, tratados por la vacuna antitífica, no obtuvo resultados completos, teniendo que continuar su tratamiento con inyecciones intravenosas de la solución de Gram y con la luz ultravioleta.



La piroterapia producida por la inyección endovenosa de la vacuna Dmelcos, tampoco influye favorablemente las poroadenitis. Dos de nuestros enfermos habían sido tratados con esta vacuna, por error diagnóstico, sin obtener ningún resultado beneficioso.

*Tuberculinoterapia.*— Este método fué recomendado por GAY PRIETO en 1928, basándose en las cutirreacciones positivas con tuberculina, que obtuvo en diversos enfermos. Siguiendo este proceder trató 6 enfermos, obteniendo 4 curaciones. Posteriormente (1931) KURT EBNER y KLEEBERS también se muestran partidarios de esta terapéutica, si bien reconocen es necesario un mínimo de uno o dos meses de tratamiento, para obtener mejorías.

Por nuestra parte, y aunque pensemos que en el momento actual no sea éste el procedimiento de elección, debemos recordar un caso particularmente rebelde (que ya figura en otro lugar de este trabajo) que fué influido muy favorablemente por el tratamiento con la tuberculina de Beraneek. Se trataba de un enfermo afecto de 4.ª Enfermedad venérea, en el que después de un tratamiento por Antimonio bastante prolongado y en vista de que no obtuvimos ninguna mejoría, tuvo que ser intervenido, practicándosele una resección de los ganglios inguinales. Además, como presentaba una gruesa adenopatía, que no cedió tampoco después de la intervención, fué tratado con Radioterapia sin resultado favorable. Recurriendo por último al tratamiento con la tuberculina de Beraneek, con la que obtuvimos una acción favorable sobre la adenitis ilíaca, consiguiendo su curación en un mes y medio.

*Antigenoterapia específica.*— Como se ha visto, aun los mejores de los anteriores tratamientos son incapaces de conseguir la

curación de todos los casos de cuarta Enfermedad venérea, en un tiempo prudencial; por ello se comprende que desde hace años algunos investigadores que se han ocupado del tratamiento del linfogranuloma inguinal, hayan intentado enfocar la cuestión terapéutica hacia los procedimientos biológicos específicos. Sin embargo, llama la atención desde el primer momento la escasa cantidad de trabajos que sobre esta cuestión existe en la literatura del linfogranuloma venéreo.

Fueron DELBET, BAUVI y MENEGAUX los primeros en publicar en el año 1923 unos ensayos terapéuticos, mediante las inyecciones subcutáneas de un extracto de ganglios linfogranulomatosos desecados. Los resultados obtenidos fueron bastante aceptables; pero producían reacciones locales tan violentas, que hacían que el método fuera difícilmente aceptado por los enfermos.

Cayó en el olvido y nadie volvió a hablar de este tratamiento específico hasta que en 1927 GAY PRIETO en su tesis doctoral dió a la publicidad unos ensayos de tratamiento, efectuados con un extracto obtenido por triturados de unos pedazos de ganglios linfogranulomatosos, previamente desecados, por haberlos puesto durante dos días en un recipiente que contenía cloruro de cal y que finalmente eran mezclados con suero fisiológico. Este extracto era inyectado a dosis progresivas en el tejido celular subcutáneo; pero se tropezó con el inconveniente de que producían tan grandes reacciones locales, que en algunos casos llegaron hasta la formación de abscesos. Para obviar este inconveniente se procedió al tindalizado de estos extractos durante cierto tiempo a 60°, con lo que se obtuvo reacciones locales más tolerables. Siguiendo este proceder, las adenopatías eran favorablemente influidas por el tratamiento. Observándose en algunos ca-

esos, que bajo la acción de las primeras inyecciones la adenitis aumenta de tamaño para regresar después si el tratamiento se continuaba.

En el mismo año (1927) MILAN KITCHENWATZ presentó una comunicación a la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie, anunciando que había tratado dos enfermos con gruesas adenopatías linfogranulomatosas mediante las inyecciones subcutáneas del llamado por él "antígeno poro" (es el antígeno preparado según la técnica de Frei); se administraba por vía subcutánea a dosis de 0'5 e.e. a 20 e.e. con intervalos que variaban, según la susceptibilidad reaccional del enfermo.

En ambos casos las adenopatías curaron en dos semanas. La reacción general fué relativamente intensa; pero la reacción local fué tan grande, que en ella residió el principal inconveniente de este método.

A pesar de los buenos resultados obtenidos mediante este procedimiento, fué relegado al olvido, empleándose únicamente por FREI y otros muchos autores como prueba diagnóstica en forma de intradermo-reacción.

Ya en el año 1931 HELLENSTROM publica un trabajo sobre etiología y patogenia de la cuarta Enfermedad venérea que ha quedado clásico; en él dice haber empleado de nuevo el método biológico específico, valiéndose de un antígeno que no es más que el corriente tipo Frei.

Como es sabido, se obtiene por punción aséptica de un absceso ganglionar. El pus obtenido por la punción se diluye en suero fisiológico en una proporción de 1 por 5 y se tinaliza a 60° durante una hora, dos días sucesivos (antígeno de Frei); este antígeno es nuevamente diluido en suero fisiológico al 1 por 8, filtrado después por un papel de filtro corriente, tinalizado a 60°

durante dos horas y se le añaden dos gotas de una solución de fenol al 0'50 por 100 por cada centímetro cúbico.

Después de haber comprobado sus beneficiosos efectos sobre la enfermedad, administrados por la vía subcutánea e intramuscular y tras de reconocer que la enorme reacción local imposibilitaba al método para su empleo en clínica, HELLENSTROM lo administró por la vía intravenosa en cantidades que oscilaron de 0'20 e.e. a 5 e.e., comprobando que en varios de los casos ensayados, la enfermedad evolucionó rápidamente hacia la curación; tanto, que en un caso severo se obtuvo una gran mejoría a los ocho días de comenzado el tratamiento. La inyección intravenosa era seguida de una reacción febril de unos 38°, que desaparecía con las inyecciones sucesivas; esta reacción febril no se producía en ninguno de los individuos sanos a los que se les inyectó intravenosamente el antígeno.

Con posterioridad al trabajo de HELLENSTROM, en la literatura no se encuentran más datos sobre la antigenoterapia específica, que un trabajo de GAY PRIETO y una nota de RAVAUT, LEVADITI y MAISLER.

GAY PRIETO ha empleado tres tipos de antígenos; el primero es pus linfogranulomatoso diluido como para el antígeno corriente de tipo Frei, en suero fisiológico al 1 por 5, pero más tinalizado, pues lo mantiene durante tres días sucesivos una hora a 60°, el segundo es, en esencia, lo mismo que el anterior, pero previamente filtrado por papel de filtro corriente, y el tercero es un triturado de ganglios linfogranulomatosos mezclados con suero fisiológico filtrado y tinalizado a 60°.

Estos antígenos administrados por la vía subcutánea tenían una cierta acción sobre la adenopatía; pero como se mostraban verdaderamente activos era cuando se inyecta-

ban por vía intravenosa. Los enfermos así tratados, curaron rápidamente. Las dosis oscilaron entre 0'20 c.e. y 1'60 c.e. Observó que las primeras inyecciones iban seguidas de aumento de temperatura, que lo consideró como específico, pues los individuos sanos no reaccionaban; observó también la desaparición de esta hipertermia en las inyecciones sucesivas, opinando que esta desensibilización era independiente de la curación de la enfermedad.

Comprobó que el antígeno no filtrado era más activo que el filtrado, y experimentó el tratamiento en una estrechez rectal de origen linfogranulomatoso, con resultados dignos de consideración, y termina afirmando que la antigenoterapia específica por vía intravenosa, es en la actualidad el mejor tratamiento de la cuarta Enfermedad venérea.

RAVAUT, LEVADITI y MAISLER emplean con el mismo fin un antígeno específico de origen simio, preparado por el Instituto Pasteur de París. Consiste en una emulsión en suero fisiológico efectuada en el mortero, de la parte superficial de los centros nerviosos y de las meninges de un mono, inoculado por la vía cerebral con virus linfogranulomatoso (lugar de predilección del virus en la encefalitis experimental) que se centrifuga fuertemente para eliminar las células nerviosas y que se tindaliza a 60° durante media hora tres días sucesivos.

Estos autores, inyectando este antígeno por vía intravenosa, a la dosis de medio a un c.e., obtienen la curación en cuatro casos, con dos a cuatro inyecciones.

Nosotros, deseando formarnos una opinión personal de este interesante método, considerado por todos los autores que se han ocupado del asunto como el mejor tratamiento actual de la cuarta Enfermedad venérea, lo hemos empleado en doce de

nuestros casos. De estos doce enfermos siete han sido tratados exclusivamente por la antigenoterapia específica endovenosa; en los otros cinco se ha empleado el antígeno administrado por distintas vías (intradérmica hipodérmica, intramuscular e intravenosa) asociado a otros tratamientos de orden general (preparados de antimonio y Lugol).

Los antígenos preparados por nosotros para uso terapéutico, han sido 17. Procedían de distintos enfermos ya diagnosticados previamente como afectados de cuarta Enfermedad venérea y han sido preparados según la técnica original de FRET, diluyendo el pus en suero fisiológico al 1 por 5 y tindalizados dos veces sucesivas durante una hora a 60°, no han sido ni filtrados, ni diluidos otra vez en suero fisiológico, ni se les ha añadido ácido fénico o ninguna otra sustancia antiséptica.

Por vía intradérmica lo hemos experimentado en uno de nuestros casos practicando una intradermorreacción de FRET cada tres días. La enfermedad no se modificó para nada con esta terapéutica, teniendo que recurrir a otro tratamiento que fué el Neoestibosán y posteriormente la solución de Lugol y que en un período de tiempo corriente condujo al enfermo a la curación.

La antigenoterapia subcutánea e intramuscular la hemos usado en dos de nuestros casos (enfermos en fase de fistulización y de esclerosis). Se comenzó inyectando la dosis de 0'10 c.e. para llegar rápidamente a la de un c.e. Las inyecciones se administraron con un intervalo que dependía de la intensidad de la reacción provocada por la inyección anterior; en la mayoría de las veces fué de unos cuatro o cinco días.

Todas las inyecciones provocaron una reacción febril moderada, acompañada de

cefalalgias. Esta reacción febril no aparecía hasta pasadas algunas horas de haber puesto la inyección. Además, produjeron una reacción local tan acentuada y dolorosa, que hubo que abandonar el tratamiento para ser continuado con otras terapéuticas. En nuestros dos casos con cuatro y seis inyecciones respectivamente las adenitis se modificaron favorablemente produciéndonos la impresión de que habrían sido curadas perfectamente, de haber podido seguir con este método y sobre todo de haber podido inyectar cantidades más altas de antígeno. De todos modos, este tratamiento antigenoterápico previo favoreció la acción de las otras terapéuticas instituidas a continuación, puesto que las adenitis que, como hemos dicho anteriormente, se encontraban en fase esclerofistulosa, curaron perfectamente con dosis excepcionalmente bajas de antimonio (Neocestibosán 2 gramos a dos y medio) y solución de Lugol (6 y 10 inyecciones respectivamente).

La antigenoterapia intravenosa la hemos experimentado en nueve de nuestros casos; en siete de ellos como terapéutica exclusiva; en los otros dos casos asociada a otros procedimientos terapéuticos de orden general.

Hemos partido siempre de la dosis de 0,20 c. c., que aumentábamos rápidamente para llegar a la dosis efectiva de 1 c. c. y 1,20 c. c. Cuando en un enfermo teníamos que cambiar de antígeno por habérse nos acabado el que estábamos usando, volvíamos a las dosis más bajas de 0,40 c. c., que aumentábamos en las siguientes inyecciones.

Las primeras de estas inyecciones siempre han producido una reacción febril, que en todos los casos aparecía pocas horas después de la inyección.

Esta reacción febril no la hemos visto tan

moderada como los otros autores que se han ocupado de esta cuestión, pues en algunos de nuestros casos ha llegado a 40° y siempre acompañada de fuerte cefalea. Esta hipertermia, que no se produce en los sujetos que no padecen 4.ª enfermedad venérea, ha sido llamada por RAVAUT, LEVADITI y MAISLER hemorreacción, habiéndola aplicado al diagnóstico, por gozar de una gran sensibilidad específica.

A medida que las inyecciones intravenosas se repetían, se producía una desensibilización, que hacía que el organismo no respondiera ya con la más mínima reacción febril; sin embargo, las cefalalgias no dejaban de presentarse tras ninguna inyección.

Si una vez llegados al período de desensibilización, las circunstancias nos obligaban al cambio de antígeno, tampoco se producía reacción febril, lo que indicaba que todos los antígenos obraban sobre el organismo mediante el mismo mecanismo biológico.

Esta desensibilización se obtiene generalmente a partir de la tercera o cuarta inyección y en nuestros casos ha sido independiente de la curación de la enfermedad, pues en casi todos ellos se llegó a este período sin que la curación hubiera llegado a su fin.

Esta desensibilización no modifica en absoluto la intradermorreacción de FREI, que continúa siendo positiva, en contra de lo que pasa con la intradermorreacción de ITO REKSTUERNA para el chanero blando, que se hace negativa transitoriamente mediante las inyecciones intravenosas de Dmeleos.

En ninguna de nuestras observaciones hemos notado la acción excitante sobre la adenopatía, que según HELLENSTROM y GAY PUERTO tienen las primeras inyecciones intravenosas de antígeno.

Este tratamiento se ha efectuado ambulatoriamente en todos nuestros casos.

Es curioso que los enfermos soporten perfectamente bien las inyecciones y que no se desmejoren, como suele suceder en los enfermos que se tratan con otros procedimientos piroterápicos. Es muy constante la aparición de un herpes labial. En uno de nuestros casos hemos observado dolores reumatoideos en las extremidades, que no han sido lo suficientemente intensos para necesitar tratamiento, ni para obligarnos a un cambio de medicación; estos dolores aparecían cuatro o cinco horas después de cada inyección intravenosa de antígeno. En otros dos casos hemos visto cólicos intestinales de pequeña intensidad, que cedieron fácilmente a la medicación adecuada. Ninguno de los accidentes anteriormente expuestos han obligado a suspender la medicación.

Las contraindicaciones de este procedimiento parecen ser las corrientes en los métodos piroterápicos (edades avanzadas, lesiones graves de los órganos internos, etcétera). Sin embargo, debemos hacer constar que dos de nuestros casos eran enfermos cuya edad estaba comprendida entre 55 y 65 años, y que en ninguno de ellos hemos observado el más mínimo accidente desagradable.

La dificultad más grave del método para ser llevado a la práctica corriente consiste, en que se agotan rápidamente las reservas de antígeno específico de que se dispone, porque además de tenerse que emplear grandes cantidades del mismo, ya que las dosis verdaderamente eficaces son las dosis relativamente crecidas (dosis de un gramo y globales de 6 a 7 g.). Como modifica rápidamente las adenopatías en sentido favorable, impidiendo la formación de nuevos abscesos, nos quedamos imposibilitados de obtener más pus linfogranulomatoso para

preparar antígeno. Por eso este procedimiento no puede ser empleado más que en un servicio hospitalario donde se sigan un cierto número de enfermos de linfogranuloma inguinal.

De todos modos, parece ser que la comercialización de estos antígenos específicos no está muy lejana, pues el Instituto Pasteur de París ya los prepara, aunque por ahora con fines puramente experimentales, partiendo de los centros nerviosos de animales afectos de encefalitis linfogranulomatosa experimental.

A continuación exponemos las historias clínicas correspondientes a tres de nuestros enfermos. La primera es la de un enfermo en donde la antígenoterapia ha sido coronada por el éxito más completo en muy breve espacio de tiempo. La segunda corresponde a un enfermo sometido a tratamiento mixto con antígeno y con antimonio, y la tercera a un enfermo en que la antígenoterapia fracasa, pues si bien se consigue hacer evolucionar la enfermedad en sentido favorable, hacia la curación clínica aparente, puesto que llega a conseguir la curación de cuatro trayectos fistulosos existentes, a las tres semanas de abandonado el tratamiento la enfermedad recidiva nuevamente.

*Seroterapia (con suero de convaleciente).*  
Este método que actualmente estamos experimentando, está fundado en que, el suero de los enfermos que han padecido poroadenitis, neutraliza in vitro el virus de la 4.<sup>a</sup> enfermedad venérea, ya que si se mezcla pus linfogranulomatoso con suero de enfermo convaleciente y se inocula intracerebralmente a un mono, la encefalitis específica no se presenta.

Este método ha sido preconizado por FRIEDRICH KALZ, el que ha tratado cuatro enfermos con resultados satisfactorios, ya

que ha obtenido la curación de todos sus casos en un período de tiempo comprendido entre tres y cuatro semanas, período de tiempo mucho más breve que el que generalmente se necesita para obtener la curación con los demás tratamientos.

Practicado este procedimiento con suero normal no ha obtenido ningún resultado favorable, lo que le hace pensar en una acción virulicida específica, por formación de anticuerpos.

La técnica consiste en obtener suero estéril, procedente de enfermos convalecientes de 4.ª enfermedad venérea, que se encuentren completamente curados, sin focos de reblandecimiento, ni fistulas, ni esclerosis. Procediendo a la inyección hipodérmica o intramuscular, de cantidades que oscilan entre 5 y 10 c. c. en días alternos. Generalmente son suficientes dosis globales de 60 a 70 c. c. para obtener una curación completa.

El tratamiento es completamente deambulatorio, consistiendo su principal inconveniente en la dificultad de obtener cantidades periódicas de suero, ya que generalmente se tropieza con la resistencia de los pacientes donantes, por lo que resultaría interesante comprobar si el suero de los animales inoculados experimentalmente posee estas mismas cualidades virulicidas.

• • •

#### TRATAMIENTOS QUIRURGICOS. —

Los dividiremos en dos grupos: 1.º Tratamientos coadyuvantes o auxiliares, entre los que citaremos la incisión simple, el drenaje filiforme y la punción evacuadora, seguida o no de inyección modificadora, y 2.º Tratamientos quirúrgicos propiamente dichos, entre los que figuran la resección ganglionar parcial (preconizada por NICOLAS) y la resección total, verdadera *toilette* inguinal, ya que se resecan todos los gan-

glios enfermos y los dudosamente afectados.

Con los primeros, verdaderos tratamientos auxiliares, difícilmente obtendremos curaciones completas. Sin embargo, empleados en determinados momentos de la evolución clínica de la enfermedad, especialmente en las fases de reblandecimiento, pueden auxiliar a los tratamientos de orden general y desde luego nos hemos visto obligados a emplearlos, debiendo reconocer sus buenos servicios, ya que sin éstos, habrían fracasado o se habrían hecho interminables los tratamientos médicos que se estaban empleando.

La *incisión simple* de uno o varios abscesos ganglionares es una terapéutica errónea y desgraciadamente demasiado empleada. Algunos de nuestros enfermos, cuando fueron vistos por nosotros habían sido dilatadas quirúrgicamente sus adenitis. Con este proceder estimamos muy difícil se pueda obtener una sola curación; y, sin embargo, tiene la importancia ya señalada por todos los autores, que la consideran como causa de resistencia a los tratamientos generales. Además, uno de los principales fundamentos de la terapéutica de la 4.ª enfermedad venérea, reside en impedir la fistulización de los abscesos ganglionares; por lo tanto, este proceder debe desecharse.

Si a pesar de instituir un tratamiento médico, no podemos impedir la supuración ganglionar y se forman uno o varios abscesos, podemos recurrir a la punción evacuadora, seguida o no de inyección modificadora, o al drenaje filiforme, del que nos hemos servido en algunos casos con éxito, ya que hemos podido impedir la abertura y la formación de fistula consiguiente. El drenaje filiforme, empleado ya de muy antiguo, consiste en pasar tres o cuatro crines de extremo a extremo y en la parte más declive del absceso, para favorecer el dre-

naje, sirviéndonos de una aguja fina. Crines que se van retirando de una en una a medida que la supuración se va agotando.

*Inyecciones intraganglióicas de líquidos modificadores.* BOKY, SPILLMANN, DROUET y MICHON son los que han aconsejado el uso de estas inyecciones en forma de aceite xilo-iodofórmico (iodoformo, 7 g.; xilol, 10 g.; aceite de parafina, 90 g.).

Cuando los ganglios se encuentran en fase de infarto, sin que todavía se haya formado el absceso, basta con inyectar tres o cuatro gotas de este líquido modificador en varios puntos del ganglio. Si los ganglios están ya supurados, habrá que hacer primero una punción evacuadora por aspiración con un trócar fino, para inyectar después una cantidad equivalente del aceite xilo-iodoformado y terminar obturando la punción con un esparadrapo, seguido de la aplicación de una vendaje compresivo.

En días sucesivos y cada tres o cuatro, convendrá repetir las punciones, que deberán hacerse en sitios diferentes, para evitar la fistulización y que serán simplemente evacuadoras o seguidas de inyección del líquido modificador según el aspecto más o menos purulento del líquido extraído, pues generalmente el pus amarillo pegajoso y viscoso que se obtiene con las primeras punciones, se transforma en unos cuantos días en un líquido sero-sanguinolento, siendo en estos momentos suficiente la punción evacuadora.

Ultimamente, PINARD y ROBERT, basándose en que, según LEVADITI y sus colaboradores, la glicerina inhibe en poco tiempo la vitalidad del virus linfogranulomatoso, inyectan glicerina esterilizada en los ganglios enfermos con resultados muy halagüeños, según ellos. Posteriormente, en junio de 1932, el mismo PINARD en colaboración con ROBERT publican un trabajo sobre este mis-

mo asunto, dando cuenta de los buenos resultados obtenidos con la inyección semanal intraganglionar de glicerina, ya que obtienen sus curaciones con 10 ó 12 inyecciones. Sin embargo, se muestran partidarios de administrar simultáneamente dos gramos diarios de yoduro potásico por ingesta, en las últimas fases de la enfermedad, para reducir la esclerosis. Lo que demuestra que las inyecciones modificadoras por sí solas nunca podrán ser el tratamiento exclusivo de la 4.ª enfermedad venérea, afección en la que, como es sabido, tanta participación tienen los tejidos periadentificios y tan mareada es la tendencia hacia la esclerosis. Por otra parte, si recordamos la evolución de la enfermedad, veremos que los ganglios van supurando en fases sucesivas, lo que supondría ir repitiendo las inyecciones en los diferentes ganglios que se fuesen afectando.

Por todas estas razones nosotros estimamos que como tratamiento exclusivo está lleno de defectos, y rara vez se conseguirá la curación de una 4.ª enfermedad venérea, por lo menos en las fases ya avanzadas donde ya exista esclerosis. En cambio, como tratamiento auxiliar, combinado a otros de orden general, puede prestar buenos servicios. Nosotros lo hemos empleado en aquellos casos en que, a pesar de estar el enfermo sometido a otro tratamiento general, éste no ha sido suficiente para evitar reblandecimientos ganglionares; y aunque sus resultados no han sido constantemente buenos en todos los casos, ya que algunos se han fistulizado rápidamente, en otros nos ha prestado buenos servicios, permitiéndonos alcanzar la curación sin haber tenido necesidad de abandonar el tratamiento general, que de otra forma hubiera sido insuficiente.

*Resección ganglionar.* El doctor Rafael

OLIVARES, cirujano del Hospital Militar de Barcelona, excelente amigo nuestro y a quien desde estas páginas damos las más expresivas gracias, por su valiosa aportación personal, fruto de su dilatada experiencia quirúrgica, expone en este capítulo su manera de pensar sobre el tratamiento quirúrgico de la 4.ª enfermedad venérea, en su localización más frecuente y mejor conocida de adenitis inguinal subaguda.

Opina que el tratamiento de elección es el quirúrgico, opinión que basa en la experiencia que le proporcionan 37 casos intervenidos y curados en un período de tiempo de 4 a 6 semanas.

La casi totalidad de estos enfermos estaban afectados de adenitis inguinales *unilaterales*, en un grado más o menos avanzado, pero predominando los enfermos en fase esclerofistulosa, y buen número de ellos habían sido anteriormente tratados sin resultado por otros procedimientos: punciones evacuadoras, incisión simple, etc.

Estos 37 enfermos estaban afectados de adenitis inguinales de evolución muy tórpida, más o menos adheridas a la piel, que era de aspecto violáceo y en muchos de ellos con varios trayectos fistulosos. En un 50 % de los casos era perceptible al tacto la adenopatía inguinal. En ningún caso pudo apreciarse la puerta de entrada. En los enfermos intervenidos durante el año 1932 se practicaron con resultado positivo las pruebas biológicas (intradermorreacción de Fournier y hemorreacción). Todo esto, unido a la extrema rareza de la adenitis inguinal tuberculosa, hace pensar que los casos a que hacemos referencia, eran efectivamente casos de linfogranuloma inguinal subagudo.

La técnica operatoria seguida por OLIVARES ha sido la siguiente:

"Se practica una incisión inmediata-

te por debajo y todo a lo largo del arco crural. Empezando por la parte externa, se disea hacia dentro, extirpando *como un tumor, en bloque*, los ganglios inguinales superficiales con los tejidos periadeníticos infiltrados y adheridos a la piel, que también se sacrifica en esta parte, englobando en este colgajo cutáneo resecaado, todos los trayectos fistulosos, si los hubiese. Generalmente basta resecar el plastrón formado por los ganglios inguinales superficiales, de los grupos superoexterno y superointerno de la división de QUEXU; pero con bastante frecuencia es necesario extirpar también otros ganglios profundos de la fosa oval que conviene dejar bien limpia, cuando éstos son sospechosos de encontrarse afectados, bien por encontrarse aumentados de volumen, por estar infiltrados o, simplemente, por su adherencia a los ganglios inguinales superficiales. Sobre todo, hemos extirpado un ganglio bastante constante, situado inmediatamente en contacto con el trayecto de la safena interna, que casi siempre nos ha parecido patológico.

En algunas ocasiones hemos tenido que ligar la vena safena interna, para quitar con comodidad algunos ganglios adheridos en su parte profunda, sin que desde luego hayamos observado ninguna alteración ulterior.

Otras veces hemos preferido llegar directamente a través de la masa ganglionar hasta el ligamento de ALLAN BURNS para tener a la vista el peor enemigo de esta región, la vena femoral, y después hemos extirpado sin temor, de dentro a fuera toda la masa ganglionar, en dos valvas a derecha e izquierda del citado ligamento. Con esta incisión a través del plastrón ganglionar, es cierto, y así nos ha sucedido varias veces, que se abren numerosas cavidades llenas de pus; pero nunca hemos observado



complicaciones derivadas de la difusión o contaminación del mismo.

Practicada la intervención por cualquiera de los procedimientos anteriormente expuestos y completamente seguros de que no ha quedado ningún ganglio aun dudosamente afectado, se procede al retoque de la resección cutánea, extirpando ampliamente toda la piel que por su cara profunda esté violácea y aquella otra que haya resultado muy adelgazada por efecto de la disección. A pesar de que esta resección en ocasiones ha tenido que ser bastante extensa, siempre hemos podido suturar fácilmente toda la brecha, a excepción de una pequeña zona frente a la fosa oval, que sistemáticamente dejamos abierta y drenada con gasa yodofórmica, y que cura fácilmente por granulación.

A continuación exponemos los detalles que más han llamado nuestra atención en el curso de nuestras intervenciones:

1.° En nuestro servicio del Hospital Militar, toda adenitis inguinal crónica, de evolución muy tórpida, conglomerada por la periadenitis, adherida a la piel y generalmente fistulizada, que no tiene por causa ostensible una puerta de entrada descubrible por un minucioso interrogatorio, es tratada por la extirpación de todos los ganglios afectados y de los sospechosos de estarlo, respetando, sin embargo, aquellos que por su tamaño, color, etc., parecen normales.

2.° Siguiendo este proceder, la curación completa y permanente la logramos en un período de tiempo de 30 a 40 días.

3.° En ninguno de nuestros casos tratados quirúrgicamente hemos podido observar desórdenes de orden mecánico consecutivos a la supresión de las vías linfáticas de la región inguinal, en forma de infiltración edematosa no inflamatoria o elefantiasis genitales. Observación que en nuestros ca-

sos resulta de un gran valor, ya que por la condición militar de nuestros enfermos, han podido ser observados muchos de ellos durante dos o más años.

4.° En aquellos casos que clínicamente presentaban una adenopatía ilíaca, sistemáticamente, ésta ha cedido espontáneamente después de practicada la *toilette* inguinal.

5.° La mayoría de los enfermos intervenidos por nosotros eran enfermos en fase esclerofistulosa, pudiendo comprobar en el acto operatorio, al ver la extensión de las lesiones, que únicamente la extirpación en bloque de la masa ganglionar situada debajo del ganglio abierto podía conducir a la curación completa, ya que de otra forma la supuración hubiera sido inagotable.

6.° Los ganglios afectados, generalmente están formando un plastrón, por encontrarse envueltos en la periadenitis que rápidamente hace su aparición, hasta el punto de hacerles perder por completo su individualidad, adhiriéndose precozmente a la piel.

El aspecto de estos ganglios al corte es idéntico al de los ganglios tuberculosos, encontrándose verdaderamente acribillados de pequeños abscesos purulentos, los que pueden hacerse más ostensibles por expresión entre los dedos.

7.° Pocas veces hemos descubierto la enfermedad en su primer período, en el que seguramente habiéramos podido practicar una extirpación radical, con sutura *per primas*, con la casi seguridad de una cicatrización por primera intención.

8.° Insistimos en que a pesar de operar muchas veces sobre tejidos supurados, en zonas reblandecidas y en otras con microcavidades llenas de pus, nunca hemos observado complicaciones de difusión.

9.° Dudamos mucho de que en la mayoría de nuestros casos, sobre todo aquellos en fase esclerofistulosa, otra terapéutica

que no fuese la radical quirúrgica hubiera podido curar la enfermedad, y

10. Haremos notar el hecho ya señalado por otros autores, entre ellos por Virgilio de AGUIAR, sobre la gran frecuencia de esta afección entre los soldados y marinos."

Estamos conformes con OLIVARES en que los desórdenes postoperatorios en forma de estasis linfáticos, que pueden dar lugar a elefantiasis genitales, son más bien de orden teórico, ya que siempre quedan ganglios normales, que por lo tanto no se extirpan (casi siempre se conservan los comprendidos en los dos grupos inferiores de QUENU y algunos de los grupos superiores), asegurando el riego linfático de los genitales, que además es extremadamente rico en esta región, y efectivamente así debe ser, ya que HELLERSTRON y RUGE en sus 105 casos intervenidos quirúrgicamente, tampoco han observado nunca esta temida complicación tardía postoperatoria.

Otro detalle curioso a que hace referencia OLIVARES en sus conclusiones, es el hecho ya mencionado por otros autores de la influencia favorable que ejerce la extirpación inguinal de los ganglios afectados sobre la adenitis ilíaca, que regresa espontáneamente hacia la curación en pocos días.

Esto era explicado fácilmente considerando la adenitis ilíaca como síntoma congestivo reaccional; pero fué NICOLAS el que demostró que los ganglios ilíacos extirpados en el curso de una operación de este género, presentaban la imagen histológica típica de la poradenitis. Este hecho, comprobado después por otros autores, echa por tierra la teoría congestiva, quedando en la actualidad este hecho sin explicación satisfactoria.

Nosotros tenemos que mencionar un caso excepcional (que ya figura en otro lugar

de este trabajo) de un enfermo afecto de 4.ª enfermedad venérea con tan gruesa adenopatía ilíaca, que resultaba claramente perceptible, que fué tratado por nosotros el año 1930 en nuestro Dispensario de la Cruz Roja, sin obtener resultado favorable ni con las inyecciones de Neoestibosán ni con las de yoduro; posteriormente fué internado en la Sala de hombres del Prof. PEYRI del Hospital Clínico, donde a pesar de ser intervenido quirúrgicamente (resección ganglionar inguinal) la adenitis ilíaca no cedió, resistiendo igualmente a las sesiones de Radioterapia administradas en el servicio de Fisioterapia del Prof. CARULLA. Siendo por último favorablemente influida por la tuberculina de Beraneck, con la que obtuvimos la regresión total de la adenitis ilíaca.

No obstante, la regla general, es que la adenitis ilíaca sea influida favorablemente por la extirpación quirúrgica de los ganglios inguinales afectados. Basándose en esta observación fué NICOLAS el que propuso la extirpación parcial, pensando en que quizá la exéresis de un ganglio inguinal enfermo influiría favorablemente el resto de la adenopatía.

Si siguiendo este proceder dice haber obtenido resultados satisfactorios. No sabemos nosotros si este proceder quirúrgico restringido, se emplea simultáneamente asociado o no, a otros tratamientos físicos o médicos; pues en los casos en que hemos probado la resección ganglionar parcial (como única terapéutica), siempre hemos fracasado rotundamente, estando conformes en todo con la manera de pensar de nuestro amigo OLIVARES, que aconseja como condición precisa reseca todos los ganglios afectados y aun dudosos de estarlo para obtener una curación radical.

Por último diremos que aun respetando la opinión quirúrgica radical expuesta por

OLIVARES, hay que pensar que si la intervención es capaz de resolver siempre todos los casos de un modo satisfactorio, tampoco deja de ser cierto que la inmensa mayoría de las linfogranulomatosis inguinales pueden resolverse, a veces muy rápidamente, con otros tratamientos inercuos, *por todo lo cual creemos que el tratamiento quirúrgico no debe ser exclusivista, sino reservado especialmente para aquellos casos de larga duración y en los que hayan fracasado los tratamientos médicos o físicos empleados anteriormente.*

### CONCLUSIONES

1.<sup>a</sup> La antígenoterapia intravenosa es en el momento actual el tratamiento de elección de la linfogranulomatosis inguinal subaguda.

2.<sup>a</sup> Con los preparados de iodo, antimonio y sulfato de cobre amoniacal (a las dosis preconizadas), pueden resolverse favorablemente buen número de casos de 4.<sup>a</sup> enfermedad venérea, si bien los tratamientos son más prolongados; y

3.<sup>a</sup> El tratamiento quirúrgico debe ser reservado especialmente para aquellos casos de larga curación y en los que hayan fracasado los tratamientos anteriores.

J. S. M., 24 años, herrero. — Desde hace tres meses, adenitis inguinal izquierda, tratada exclusivamente con Fototerapia artificial, sin ningún resultado.

Es visitado por nosotros a mediados de agosto. Clínicamente presenta en la región inguinal izquierda un plastrón escleroso, que engloba varios ganglios, cubiertos de una piel violácea y fistulizada. Las molestias subjetivas son tan escasas, que le permiten seguir su trabajo.

Serología para lúes, negativa (W, H, MK y MT).

Intradermos de Frei. Positivas con Ant. número 5 + +, con Ant. n.º 7 + + + y con Ant. n.º 9 +. Intradermo de Iro-Rienstierna. Negativa.

Decidimos comenzar el tratamiento intravenoso, sirviéndonos del Antígeno n.º 7, que es el que ha producido el resultado más positivo (+ + +), del que inyectamos 0,20 c. c. el día 18 de agosto, 0,50 c. c. el día 20, 0,70 c. c. el día 24 y 0,90 c. c. el día 27. Por habérsenos agotado este Antígeno, continuamos el tratamiento con el número 9, del que inyectamos 0,90 y 1 c. c. los días 30 de agosto y 2 de septiembre, fecha en que el enfermo es dado de alta completamente curado, con una dosis de Antígeno global de 4,20 c. c. repartida en seis inyecciones aplicadas en 17 días.

Curación que persistía tres meses después y que nos ha permitido extraerle pequeñas cantidades de sangre, con cuyo suero actualmente estamos tratando otro enfermo.

En la gráfica n.º 1, puede apreciarse la desensibilización que obtenemos con las inyecciones de Antígeno, haciendo que el organismo responda cada vez con menor reacción febril, desensibilización que persiste a pesar de habernos visto precisados a cambiar de Antígeno y de no haber disminuido la dosis.

De todas formas, cabe advertir que éste es nuestro caso más brillante, ya que generalmente los tratamientos suelen ser más largos.

E. P., 19 años, camarero. — Adenitis inguinal izquierda, desde hace tres semanas, tratada con dos inyecciones de Dmelcos sin resultado.

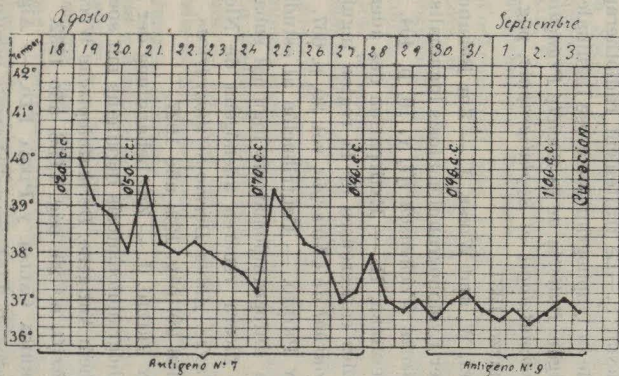
El día 9 de octubre, es visitado por nosotros, presentando una adenitis inguinal en fase de endurecimiento, de aspecto sífiloideo, con adenitis ilíaca perceptible. La puerta de entrada al la hubo pasó inadvertida.

Serología para lúes. Negativa. (W, H, MT, MK.)

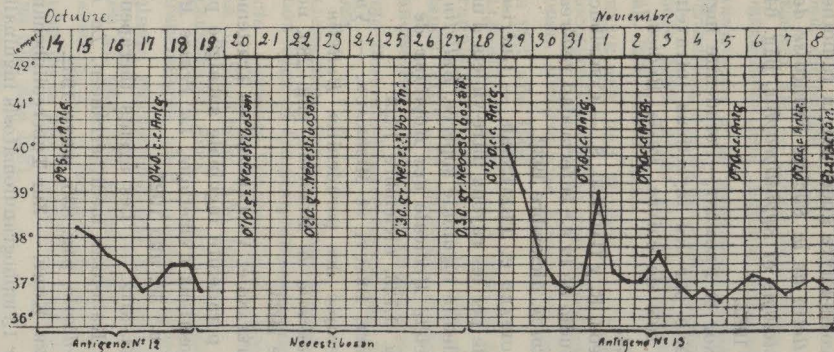
Intradermo de Iro. Negativa.

Intradermo de Frei: con Antígeno n.º 10 + +, con Antígeno n.º 12 + +.

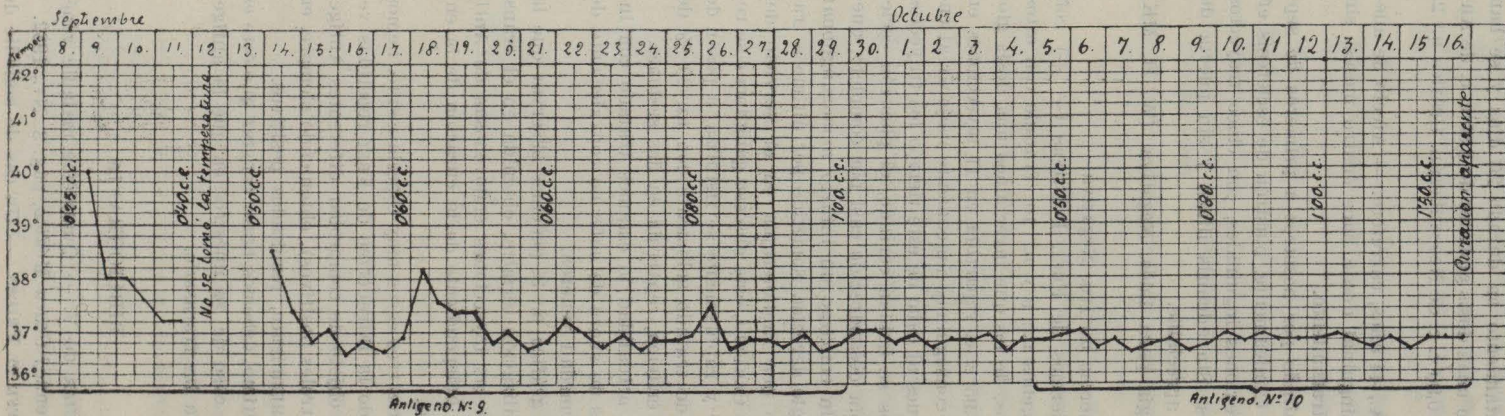
Se comienza el tratamiento con el Antígeno n.º 12, con el que practicamos dos inyecciones (0,25 y 0,40 c. c.), teniendo que suspender el tratamiento antígenoterápico por haberse agotado nuestras reservas, tratando a nuestro enfermo con un preparado de antimonio, del que administramos 5 inyecciones (desde el día 20 al 27 de octubre), con escaso resultado, para volver a la primitiva medicación con un Antígeno diferente (Antígeno n.º 13), con el que obtenemos rápidamente la curación.



Gráfica núm. 1



Gráfica núm. 2



Gráfica núm. 3

El tratamiento ha durado 26 días y se han empleado unas dosis globales de 3,85 c. c. de Antígeno y 0,90 c. c. de Neoestibosán. Gráfica n.º 2.

I. E. A., 44 años, carretero. — Afecto de adenitis bisíngual desde hace cuatro meses, sin ningún tratamiento.

Es visitado por nosotros a primeros de septiembre. Clínicamente, plastrón de esclerosis en ambas regiones inguinales, con cinco trayectos fistulosos. Sin adenitis ilíaca y sin puerta de entrada apreciable.

Serología para Lúes. Negativa. (W. H. MK. y MT.)

Intradermo de Iro. Negativa.

Intradermos de Frei. Positivos (+ +) con los Antígenos n.º 9 y n.º 10. Tratado con estos Antígenos, de los que inyectamos una dosis global de 7,85 c. c. repartida en 11 inyecciones en 30 días, conseguimos únicamente mejorar al enfermo, pues al cabo de este tiempo los trayectos fistulosos se habían cerrado, el plastrón escleroso había desaparecido casi por completo, quedando sin embargo un infarto monoganglionar en la ingle derecha. Sometido por último a tratamiento por Radioterapia en el Servicio del Profesor CABELLA, este absceso ganglionar se reblandece y rápidamente se fistuliza, a pesar de haber sido tratado solamente con un 20 % de la dosis eritema, repartida en dos sesiones.

En la actualidad lo estamos tratado con inyecciones de suero de enfermo convaleciente de 4.ª enfermedad venérea.

En la gráfica n.º 3, podemos observar que la desensibilización térmica, obtenida en el transcurso de las inyecciones endovenosas de Antígeno, es independiente de la curación de la enfermedad.

En estos tres casos muy especialmente, hemos practicado la intradermo de Frei repetidas veces, con objeto de comprobar diferentes Antígenos (controles positivos), obteniendo siempre, en pleno tratamiento, resultados positivos.

Por último, debemos hacer constar que éste es el único caso de los nuestros en que la antígenoterapia ha fracasado.

#### BIBLIOGRAFIA

1. AGUIAR de V. — Quatrième maladie vénérienne? *Ceara Médico*, pág. 3. Nv., 1932.
2. BUFFX et FRIESS. — Un cas de maladie de

Nicolas-Favre guéri par la radiothérapie. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphilitigraphie*, pág. 64, enero 1932.

3. CABROT et FROMENT. — Poradenite inguinale guérie par les injections intraveineuses de sels de cuivre. *Paris Medical*, mayo 1924.
4. CAMPOS, R. y GALLEGO, S. — Contribución al estudio de la 4.ª enfermedad venérea. *ARS MEDICA*, diciembre 1932.
5. CHAUFFARD et TREVENARD. — Guérison rapide par les rayons ultra-violetes d'une poradenite inguinale superée. *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, pág. 1.723, diciembre 1923.
6. DELBEY, BEAUVI et MENECAUX. — Vaccinothérapie des poradenitis. *Bulletin de la Académie de Médecine*, pág. 286, noviembre 1923.
7. DESTEFANO et VACCAREZZA. — Traitement de la poradenite inguinale subaiguë par les injections d'emetique. *La Presse Médicale*, n.º 36, año 1927.
8. D'OLLSNITZ. — Les agents thérapeutiques du Kala-azar méditerranéen. *La Presse Médicale*, pág. 835, mayo 1932.
9. ESNER, KURT. — Zur Tuberculubehandlung der Lymphogranulomatosis inguinallis. *Medizinische Klinik*, n.º 1, 1931.
10. FERNET, P. — Le traitement radiothérapique de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphilitigraphie*, pág. 585, marzo 1931.
11. FREI, W. and WIESE, J. — Zur Behandlung der Lymphogranulomatosis inguinallis. *Klinische Wochenschrift*, v. 10, p. 404, 1931.
12. FRUCHARD, H. — Extirpation des adenopathies cancéreuses de la region inguinale. *Journal de Chirurgie*, vol. 39, p. 667, 1932.
13. GAY PRIETO. — Contribución al estudio de la linfogranulomatosis inguinal subaguda o úlcera venérea adenógena de Nicolas-Favre. *Actas Dermo-Sifitográficas*, volumen 20, pág. 122, año 1927.
14. GAY PRIETO, J. — Zur behandlung der Lymphogranulomatosis inguinallis mit spezifischem Antigene. *Dermatologische Wochenschrift*, n.º 29, pág. 1.056, año 1932.
15. GARRIGA CALLOL y PIERLA FLO. — Algunos casos de Linfogranulomatosis inguinal de

- Nicolas-Favre. *Revista Médica de Barcelona*, diciembre 1932.
16. GREGORIO, DE. — Sobre unos casos de linfogranulomatosis inguinal subaguda. Comunicación a la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía, Sesión 13 de enero 1932. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, pág. 269, enero 1932.
  17. HERXHEIMER and HUBNER. — Ueber die Roentgenbehandlung von venerischen bubonen. *Medizinische Klinik*, vol. 38, página 963, año 1903.
  18. HELLERSTRÖM, SVEN. — A case of Lymphogranuloma "Inguinale" in the axillary glands after an infection received on enucleating a hard bubo (Bubo strumoso). *Acta Dermato-Venerologica*, pág. 395, año 1928.
  19. HELLERSTRÖM, SVEN. — Contribution to the knowledge of lymphogranuloma inguinale. *Acta Dermato-Venerologica*, Supplementum 1, Stockholm, año 1929.
  20. HELLERSTRÖM, SVEN. — Experimentelle untersuchungen über Lymphogranuloma inguinale. *Dermatologische Zeitschrift*, volumen 61, pág. 395, agosto 1931.
  21. JADASSOHN, J. — Tratado de las Enfermedades de la piel y venéreas. Tomo II, página 512, año 1931.
  22. KITCHENWATZ. — Auto-vaccinotherapie dans la maladie de Nicolas-Favre. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie*, pág. 876, año 1927.
  23. KALZ, F. — Rekonvaleszenzenserum bei Lymphogranuloma inguinale. *Dermatologische Wochenschrift*, pág. 1839, dicbre. 1932.
  24. KLOTZ, H. G. — Ueber die Entwicklung der sogenannten strumosen Bubonen und die Indicationen für die früh zeitige Extirpation derselben. *Berliner Klinische Wochenschrift*, vol. 23, pág. 1890, año 1932.
  25. LAZO-GARCÍA. — Estudio clínico del tratamiento vacunal de las adenitis inguinales. *La Medicina Ibero*, pág. 718, junio 1926.
  26. LAIDL. — La cura della poroadenite inguinale di Nicolas-Favre col preparati di antimoniio. *Giornale Italiano de Dermatologia e Sifilologia*, pág. 1313, octubre 1929.
  27. LAPORTE. — Contribution à l'étude du traitement des bubons inguinaux suppurés par l'électro-coagulation "Le Drain Diathermo-Coagulant", Thèse de Paris, 1931.
  28. LEPINAY. — Deux cas de la maladie de Nicolas-Favre, traités y guéris avec criotherapie. *Maroc Médicale*, n. 110, 1931.
  29. LEVADITI, C.; RAVAUT, P.; LEPINE, P., et CACHEBA, R. — Propriétés virulicides du serum de sujet atteint de la maladie de Nicolas-Favre. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, pág. 110, 26 enero 1932.
  30. MOUTOT, M. — Maladie de Nicolas-Favre. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, pág. 429, febrero 1930.
  31. MAMON, H. — Maladie de Nicolas-Favre conjugale. Intolerance au traitement stable. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, pág. 708, junio 1932.
  32. NICOLAS, J. et FAVRE, M. — Traitement radiotherapique de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, julio 1921.
  33. NICOLAS, FAVRE et LEBEUF. — Lymphogranulomatose inguinale operée: presence de ganglions iliaques suppurés, macroscopiquement semblables aux ganglions inguinaux. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, página 287, febrero 1929.
  34. NICOLAS, J.; NICOLAS, F.; LEBEUF, et CAHARFY, J. — Elephantiasis génital chez un malade opérée, il y a 18 mois, pour maladie de Nicolas-Favre. Etude des intradermoréactions. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, pág. 27, enero 1932.
  35. PÉGUES, G.; DAVID-CHAUSSEÉ, R. et PÉGUES, A. — Le traitement de la maladie de Nicolas-Favre par les injections intraveineuses de sulfate de cuivre ammoniacal. *Bulletin de la Soc. Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, pág. 178, enero 1929.
  36. PINARD, M. et ANDRÉ, R. — A propos du traitement de la maladie de Nicolas-Favre par les injections intraganglionnaires de glicerine. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, pág. 707, junio 1932.
  37. PINARD, M. et ROBERT, P. — Quatre cas de maladie de Nicolas-Favre traités par la glicerine. *Annales des Maladies Veneriennes*, enero 1932.

38. PIERA FLO. — Estat actual dels coneixements sobre la Linfogranulomatosi Inguinal de Nicolas Favre. *Annals de Medicina*, pág. 117, febrero 1931.
39. PIERA FLO. — El diagnòstic biològic de la Linfogranulomatosi Inguinal de Nicolas Favre per la intradermo-reacció de Frei. Valor retrospectiu. *Annals de Medicina*, pág. 193, abril 1932.
40. RAVAUT, P. — Le traitement de l'affection dite "Lymphogranulomatose inguinale subaigüe" par les injections d'emetine. *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, vol. II.º 20, Julio 1925.
41. RAVAUT, P. et Mlle. LEVANDOWSKY. — Le drain diathermo-coagulant dans le traitement des adenites subaigües et chroniques, et plus particulièrement dans les bubons des aïnes. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, pág. 1.248, diciembre 1931.
42. RAVAUT, P.; LEVADITI, et MAISLER. — La valeur diagnostique et thérapeutique des injections intraveineuses du virus de la maladie de Nicolas-Favre d'origine simienne. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, página 1.262, Julio 1932.
43. RAVAUT, P. et CACHERA, R. — Bubon chancroïdeux et maladie de Nicolas-Favre. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, año 1932.
44. SEZARY, A. et LENEURE, J. — Le traitement de la maladie de Nicolas-Favre par l'antimoine. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, página 1.183, Julio 1932.
45. SEZARY, A. — Le diagnostic de la maladie de Nicolas-Favre et l'intradermo-reaction de Frei. *La Presse Médicale*, n.º 100, diciembre 1932.
46. SIMON, C. et BRAEZ. — Un cas de maladie de Nicolas-Favre, traité avec la radiothérapie profonde. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, pág. 460, diciembre 1932.
47. SIMON, R. — Lymphogranulomatose inguinale. Amélioration par le traitement par l'emetique. Operation chirurgicale terminale. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, página 262, marzo 1928.

## RESUM

No existint en el moment actual cap terapèutica veritablement eficaç ni capaç de resoldre favorablement, en poc temps, tots els casos de limfogranulomatosi inguinal subaguda, els autors fan un estudi de conjunt dels tractaments emprats fins avui, i fonamentats en l'experiència que els proporciona llurs 29 casos, tractats per diferents procediments, emiteixen llur criteri personal, procurant fixar el valor de cada un d'ells.

Per al major estudi els divideixen en físics, mèdics i quirúrgics. Entre els primers, estudien superficialment el fred local, la fototeràpia artificial, l'electrocoagulació i l'electroteràpia. Entre aquests, l'electrocoagulació o drenatge electrocoagulant, pot prestar alguns serveis com a tractament auxiliar. La radioteràpia, els resultats de la qual han estat favorables, pot assegurar-se, encara que sigui necessari millorar les tècniques per a obtenir millors resultats (D. V. Carulla), o emprar-la associada a altres terapèutiques (quirúrgica o drenatge electrocoagulant). Els tractaments mèdics els divideixen en quimioteràpics i biològics. Entre els primers, estudien els preparats d'emetina, or, sulfat de coure, antimoni i iode. Entre aquests únicament els tres últims poden resoldre favorablement un bon nombre d'adenitis limfogranulomatoses, a condició d'emprar-los a les dosis preconitzades i segons el moment evolutiu de les paradenitis. Correntment són els que en la pràctica, s'utilitzen amb més freqüència.

Entre els procediments biològics, estudien la pivetoteràpia, la tuberculoteràpia i l'antigenoteràpia, administrada per les diferents vies, intradèrmica, hipodèrmica, intramuscular i intravenosa. Abandonades les primeres vies per les fortes reaccions locals que produïren, es mostren decidits partidaris de l'antigenoteràpia endovenosa, ja que tots els malalts (a excepció d'un) per ells tractats i malgrat que molts d'ells quan se'ls establí aquest tractament, estaven afectats de paradenitis en fase esclerofistulosa, varen guarir-se en poc temps, amb dosis globals de 6 a 7 c. c. d'antigen, tipus Frei.

Les dosis de començament preconitzades pels autors, han estat les de 0'20 a 0'25 c. c. per a arribar ràpidament a les dosis electives, veritablement d'una manera eficaç de 1 a 1'50 c. c.

Les primeres dosis produïren una reacció tèr-

mica de 39 a 40°. A partir de la tercera o quarta injecció l'organisme es desensibilitza i ja no es produïxen elevacions tèrmiques.

El principal inconvenient del mètode resideix en la dificultat de proporcionar-se antigens humans en quantitat suficient per als tractaments; creient els autors que aquesta terapèutica, que la consideren com d'elecció, serà definitiva dintre de poc, en què es comercialitzin els antigens d'origen simi, que actualment prepara l'Institut Pasteur, amb fins experimentals.

La seroteràpia practicada amb sèrum de malalt convalescent de paradenitis, sembla també que és un bon procediment; residint el seu principal inconvenient en la necessitat de disposar de malalts que hagin tingut 4.ª malaltia venèria, creient interessant assajar aquest procediment, partint del sèrum d'animals inoculats experimentalment.

Entre els procediments quirúrgics, la incisió simple, el drenatge capil·lar, les injeccions modificadores i la resecció ganglionar parrial, són considerats com tractaments auxiliars i incapaces per si sols de constituir una terapèutica exclusivista.

La resecció total terapèutica veritablement eficaç, capaç de resoldre favorablement tots els casos, ha estat estudiada pel Dr. OLIVARES, fonamentalment en l'experiència que li proporcionen els seus 39 casos. Seria el tractament d'elecció, si els altres procediments no fossin capaços de resoldre la majoria dels casos de linfogranulomatosis inguinal subaguda; per tant deu ésser reservada per a tots aquells casos que no hagin respost favorablement a les terapèutiques físiques o mèdiques emprades anteriorment.

#### RÉSUMÉ

Comme il n'y a pas, jusqu'à présent, une thérapeutique vraiment efficace qui peut résoudre en peu de temps tous les cas de lymphogranulomatose inguinale subaiguë, les auteurs font l'étude des traitements employés jusqu'à aujourd'hui; pour émettre un criterium personnel ils se basent sur l'expérience obtenue dans 39 cas traités par diverses méthodes.

Pour étudier les traitements, ils les divisent en physiques, médicaux et chirurgicaux. Entre les premiers, ils étudient sommairement, le froid local, la photothérapie artificielle, l'électrocoagulation et l'électrothérapie. L'électrocoagula-

tion et le drainage électrocoagulant peuvent être utiles comme traitements auxiliaires. La radiothérapie, dont les résultats ont été favorables, peut être essayée, mais il faut améliorer la technique (Dr. V. Carulla) ou l'employer en même temps que d'autres thérapeutiques (chirurgicales ou drainage électrocoagulant).

Les traitements médicaux se divisent en chimiothérapie et traitement biologique. Le premier comprend les préparations d'émiline, d'or, le sulfate de cuivre, l'antimoine et l'iode. Seulement les trois dernières peuvent être utiles dans un bon nombre de cas d'adénite lymphogranulomateuse, à condition de les employer à dose précise et selon le moment évolutif des polidénites. Entre les méthodes biologiques, ils étudient la pyrothérapie, la tuberculinothérapie et l'antigène thérapie, injectées par voie interdermique, hypodermique, intermusculaire et intraveineuse. Les deux premières voies ont été abandonnées à cause des fortes réactions locales produites, et les auteurs se déclarent partisans de l'antigène thérapie endocœneuse, vu que tous les malades traités (avec une seule exception) et qui étaient tous dans la phase sclérotique de la polladénite, ont guéri très rapidement avec des doses globales de 6 à 7 c. c. d'antigène du type Frey. Les doses que les auteurs indiquent pour commencer le traitement sont de 0.20 à 0.25 c. c. arrivant rapidement aux doses électives, vraiment efficaces de 1 c. c. à 1.50 c. c. Les premières doses donnent une réaction thermique de 39 à 40°, mais après trois ou quatre injections l'organisme est desensibilisé et il n'y a plus d'élévation thermique. Le plus grand désavantage de ce méthode est la difficulté de se procurer d'antigènes humains en quantités suffisantes; les auteurs pensent que ce traitement sera le définitif, quand l'obtention d'antigènes simiens, actuellement préparés par l'Institut Pasteur, soit commercialisée. Il paraît que la serothérapie pratiquée avec le sèrum des malades convalescents de polladénite est un bon traitement, mais il a aussi un désavantage, car il faut avoir à disposition des malades qui ont souffert la quatrième maladie vénérienne; ils pensent qu'il peut être intéressant d'essayer ce méthode avec sèrum des animaux inoculés expérimentalement.

Entre les traitements chirurgicaux, ils considèrent que l'incision simple, le drainage capillaire, les injections modificatrices et la résection



ganglionaire partielle sont des traitements auxiliaires. La resection totale, therapeutique vraiment efficace, qui peut resoudre favorablement tous les cas, a été étudié par le Docteur Olivares qui se base sur l'expérience obtenue dans 39 cas. Il doit s'employer dans tous les cas qui n'ont pas cédé avec la therapeutique physique ou médicale.

#### SOMMARY

As there are not at present any really efficacious or rapid therapeutics for cases of subacute inguinal lymphogranulomatosis, the authors make a complete study of those methods which have been in use so far; they base their personal criterion on the results obtained in 29 cases treated in different ways.

In order to facilitate the study, they divide the methods of treatment in physical, medical and surgical. In the first class they mention cold applied locally, artificial phototherapy, electrocoagulation and electrotherapy. Among these, electrocoagulation or electrocoagulating drainage is of some value as an auxiliary treatment. Radiotherapy, which has given good results, can be used, but the technic used must be improved (Dr. V. Carulla), or it must be applied in association with other therapeutics (surgical or electrocoagulating drainage).

Medical treatment can be divided into chemotherapy and biological treatment. In the first class are the preparations of emetine, gold, copper sulphate, antimony and iodine. Of these, only the last three give good results in most cases of lymphogranulomatous adenitis, on the condition that they are used in the doses recommended. Among biological methods, the authors mention pyretotherapy, tuberculinotherapy and antigen

therapy administered interdermally, hypodermically, intermuscularly or intravenously. The first two methods of injection had to be abandoned because of the marked local reaction they caused and they strongly recommend endovenous antigen therapy, having obtained in all cases (with only one exception) excellent results, patients in the sclerofistular phase of poliadenitis being rapidly cured with global doses of from 6 to 7 c. c. of antigen of Frei type.

The beginning doses recommended by the authors were from 0.20 to 0.25 c. c. passing rapidly to really efficacious doses of from 1 to 1.50 c. c. The first doses give a thermic reaction of from 39° to 40°. After the 3rd. or 4th. injection, the organism becomes desensitized and there is no rise of temperature. The greatest disadvantage of this method is the difficulty in obtaining human antigens in sufficient quantity; the authors think that this treatment will be the definite one as soon as the obtention of simious antigens, now prepared experimentally in the Pasteur Institute, becomes commercialized.

Serum therapy, with serum obtained from patients convalescing from poliadenitis, seems to be efficacious; the chief difficulty being that of finding patients who have suffered from the 4th. venereal disease; the authors think that it might be interesting to try this method, using serum of animals inoculated experimentally.

Among the surgical methods, simple incision, capillary drainage, modifying injections and partial ganglionar resection are considered only as an aid to other treatments. Total resection which is really efficacious, has been studied by Dr. Olivares, in 39 cases. This is the ideal treatment in those cases which have not responded to other methods.