

07774

REFERENCIAS DE LA OBRA

SIGNATURA	
VOLS.	
TAMANO	28 cm
PAGINAS	83
REGISTRO No	

LINFOGRANULOMA VENEREO

LA REACCION DE FREI COMO PRUEBA DE RUTINA

TESIS DOCTORAL

DEL

Bachiller RAFAEL GARCIA VELIS

MARZO 1951





T
16.9518
5.216L
1951
Med

DEDICATORIA

A la memoria de mi padre

JOSE ARTURO GARCIA

y de mis hermanos

DAVID ALFONSO y

MARGARITA

Con todo mi cariño a mi madre:

ANA MARIA VELIS v. de GARCIA

y a mis hermanos

ELENA

JOSE ARTURO

FELIPE ALBERTO

JOSE ERNESTO

A mis tías:

CONCHA V. de VALLADARES

MARIA LUISA v. de MARINO

A mis demás familiares y a mis amigos.

GRATITUD

QUIERO por las presentes líneas hacer constar mi más
imperecedora gratitud para quienes en alguna forma -
con su orientación, con su consejo, con su gestión -
han hecho posible la realización de este trabajo.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE EL SALVADOR

RECTOR:

Ingeniero Antonio Perla

SECRETARIO:

Doctor José Salinas Ariz

FACULTAD DE MEDICINA:

Decano: Dr. Ernesto Pasquolle

Secretario: Dr. Roberto Jiménez

JURADO DE CLINICA MEDICA:

Doctor Edmundo Vásquez

" Lázaro Mendoza

" Eduardo Navarro

JURADO DE CLINICA QUIRURGICA:

Doctor Carlos González Bonilla

" Saturnino Cortez

" Ricardo Posada

JURADO DE CLINICA OBSTETERICA:

Doctor Antonio Lazo

" Francisco B. Olmedo

" Ricardo James Burgos

INDICE

	<u>Página</u>
Introducción	
Definición.....	1
Sinonimia	1
Bosquejo histórico general.....	2
L. V. en El Salvador	5
Edad y sexo	7
Nodos de contaminación	8
Incubación	9
Etiología	11
Patogenia	12
Lesión inicial o primaria	15
Linfangitis troncular y Edema regional	17
La adenopatía	18
Síntomas generales	22
Modificaciones de la sangre	25
Localizaciones nerviosas	24
Localizaciones oculares	26
Manifestaciones cutáneas	27
Manifestaciones articulares	28
Localizaciones torácicas	28
Localizaciones abdominales	30
Anatomía Patológica	31
Diagnóstico clínico positivo.....	32
Diagnóstico diferencial	33
Síndromes clínicos que produce el L. V.	36
Cuadros genito-urinarlos	37

Manifestaciones ano-recto-cólicas	42
Asociación con las otras enfermedades venéreas...	45
Asociación con la gonorrea	46
Asociación con el chancro blando	47
Asociación con la sífilis	47
Pruebas biológicas	49
Importancia de la reacción de Frei.....	57
Pronóstico	60
Tratamiento	61
Profilaxis	67
Estudio de 230 pruebas de Frei.....	69
Conclusiones	81
Bibliografía	83

I N T R O D U C C I O N

Es a la amable sugerencia del Dr. Esteban Reyes, Jefe del Departamento de Dermatología, Sifilología e Infección-Contagiosas del Hospital Rosales, a la que debo la idea de presentar como tesis de Doctoramiento este modesto trabajo, cuyo objeto es resaltar la importancia del Linfogranuloma Venéreo, hasta hoy relegado a segundo término y cuya importancia se acrecienta de día en día, y como corolario insistir sobre la necesidad y utilidad de realizar rutinariamente la prueba de Frei.

En efecto, somos testigos del loable empeño de las Autoridades Sanitarias en su lucha contra la sífilis y la gonorrea, por medio de la propaganda hablada e impresa, por medio de laboratorio y por tratamientos adecuados.

Ante un escurrimiento uretral es de rigor en clínicas y consultorios hacer un frotis e investigar el gonococo.

Ante una leucorrea buscamos al mismo gonococo u otros agentes en el frotis, y aún hacemos estudio microscópico al fresco, e investigamos tricomonas.

Ante una lesión genital buscamos el treponema o el bacilo de Ducrey.

En fin, nos ayudamos en la práctica venereológica del precioso colaborador que es el laboratorio para la clínica.

Todo esto está muy bien, pero hay un pero y es el que nos olvidamos frecuentemente de la Cuarta enfermedad venérea, casi ignorada por las clases sociales bajas entre quienes solapadamente hace sus víctimas, y la más recientemente señalada como entidad nosológica, pero tan antigua como las otras y tan conspicua como ellas y para cuyo diagnóstico contamos con una reacción específica, inócua y sencilla como es la prueba de Frei.

Ya en 1940, cuando fui Practicante del clausurado Hospital de Asistencia Sanitaria, se despertó en mí el interés por esta enfermedad, cuando tuve ocasión de conocer los casos de Estiómene y Elefantiásis vulvares tratados por el Dr. Carlos Alfredo Menéndez por el Xilol.

Posteriormente fui impresionado al leer el trabajo del Dr. Carlos González Bonilla sobre las formas rectales de esta enfermedad en los cuales la cirugía como último recurso es a veces mutiladora, a veces ineficaz y siempre arriesgada.

Diversos países han señalado con estadísticas el aumento cada día mayor de la incidencia de esta enfermedad y la sugerencia de tomar medidas contra su propagación.

En nuestro medio ya el Dr. Menéndez nos da en 1938 un dato revelador: 41% de prostitutas infectadas y el Dr. Carlos González Bonilla en el último párrafo de las conclusiones de su trabajo dice: "conviene finalmente,

que las Autoridades Sanitarias dicten las medidas profilácticas aconsejables, procurando la difusión entre médicos y público; de conocimientos sobre la enfermedad, - su naturaleza, cuadro clínico y tratamiento. La dotación a Hospitales Sanitarios de suficiente cantidad de antígeno, es necesaria para la práctica sistemática en las reclusas de la intradermo-reacción de Frei".

Queremos pues, por el presente trabajo, dar una nueva campanada de alerta a las autoridades Sanitarias para insinuarles la conveniencia de practicar sistemáticamente la prueba de Frei en toda consulta venereológica y al Cuerpo Médico en general el ahondar más el estudio de esta enfermedad de alcances insospechados que como dice Jose May : "interesa al clínico general por las alteraciones capaces de determinar en el organismo (síndromes reumatismales, localizaciones cardíacas) al cirujano por sus localizaciones rectales o por síndromes agudos del vientre simulando estrangulamientos herniarios o dando peritonitis; al ginecólogo por las manifestaciones vulvares y anexiales; interesa al oftalmólogo por las localizaciones conjuntivales o por las modificaciones que pueden verse en el fondo de ojo; interesa al neurólogo por las alteraciones que determina en el líquido céfalo-raquídeo y cuyas últerioridades están en período de observación; e interesa fundamentalmente a los especialistas en venereología y urología ".

Será grato para mí, si por medio de este trabajo logro que en nuestra Patria se despierte el interés por el mejor conocimiento de esta enfermedad y su trascendencia, y si por medio de una profilaxis adecuada y por el tratamiento curativo de los casos incipientes descubiertos por la Frei, ponemos un dique a esta a veces grave dolencia.

Para este objeto nos proponemos hacer una breve monografía de la enfermedad, espigando en el campo de su patología, en pleno período de realización y en la cual mucho está firmemente establecido, pero muchísimo está todavía por averiguar.

No extrañaré, pues, que términos imprecisos tales como: "generalmente", "algunas veces", "en otros casos", etc., sean usados con alguna frecuencia en las siguientes líneas.

Luego expondremos los resultados de doscientas ochenta pruebas de Frei realizadas en distintos grupos de individuos y haremos las conclusiones pertinentes.

DEFINICION

EN nuestra opinión podemos definir el Linfogramuloma Venéreo, así: es una enfermedad infecciosa, trasmisible, que se contrae generalmente por intercurso sexual, producida por un virus filtrable, que se propaga desde su puerta de entrada por las vías, sanguínea y linfática, causando por la primera vía un estado septicémico que se manifiesta por síntomas generales y por lesiones a distancia que prácticamente pueden localizarse en todos los órganos y tejidos de la economía, y por la segunda vía, alteraciones regionales dependientes de la agresión misma del virus al sistema linfático y que abarcan generalmente en forma parcial o total las regiones ano-recto-perineo-genito-crural.

SINONIMIA

Pocas enfermedades tienen una sinonimia tan profusa. Fue llamada por distintos nombres, tanto en los muchos años en que su existencia fué tan sólo intuída como después de su individualización clínica, lo que expresa la confusión y penumbra que ha rodeado a esta enfermedad escurridiza que sólo la observación lenta y cuidadosa y tras numerosos azares, logró diferenciar.

Los romanos la llamaban "Struma" y Galeno "Bubón Es-

trumoso"; durante mucho tiempo se le conoció como "Bubón Tropical" o "Climático", Chassaignac la llamó "Adenitis Supurada Intra-Ganglionar". Por las cavidades ganglionares en forma de agujeros, Ravaut y Rabeau la llamaron "Poradenolinfitis Supurada en forma septicémica Sub-Aguda".- Cederecreutz la llamó "Cuarta Enfermedad Venérea".

El Quinto Congreso de Dermatologistas del idioma francés (Lyon-Julio de 1934, consagró los nombres de Favre y Nicolás, con que ya se venían publicando numerosos trabajos, dejando en el olvido el nombre de Durand, el tercero de los médicos Lyoneses que primero la describieron como entidad nosológica nueva.

Varios otros nombres se le han dado: Linfogramulomatosis Inguinal Benigna Sub-Aguda, Poroadenolinfitis Supurada Benigna, Adenitis Inguinal Sub-Aguda.

En el Standard Nomenclature of Diseases, publicado por The American Medical Association aparece con el nombre de Linfogramuloma Venéreo, que es el nombre que usaremos en el presente trabajo, abreviándolo así: L. V.

BOSQUEJO HISTORICO GENERAL

Ya vimos que fué conocido de los Romanos.- Salicetti de Bolonia y Argelata establecen en el siglo XIII la relación entre las lesiones venéreas y los bubones inguinales que la autoridad de John Hunter, con su teoría unicis-

ta impone como debidos a una sola causa.

Ricord, separa el chancro simple, acompañado frecuentemente de bubón supurado, del chancro indurado que va seguido de un bubón pequeño, duro y no doloroso.- Estudia también los bubones estrumosos o escrofulosos que no suelen ir precedidos de lesión alguna y que considera debidos a la tuberculosis, etiología que se conservó durante mucho tiempo.

Chassaignac en 1859, describe clínicamente casos de linfogranuloma venéreo.- En 1865 Trousseau hace una bella descripción clínica de una afección ganglionar inguinal conocida como bubón climático o tropical que observa en los jóvenes nativos de las islas de Reunion y Mauricio que parecen casos indudables de L. V.

En 1890, Klotz de New York publica muy interesantes observaciones de estos bubones, señalando la preferencia casi exclusiva por el sexo masculino, diferenciando claramente el proceso de los bubones sífilíticos, y menciona su auto-observación de localización extragenital, axilar, que contrajo operando un enfermo de esos bubones.

Lejars, en sus Lecciones de Cirugía de la Pitie, -- (1893-1894) vuelve a atribuir a la tuberculosis lo que Klotz y Nelaton habían cuidadosamente separado de ella, atribuyéndole capital importancia diagnóstica a la existencia de un ganglio ilíaco infartado y doloroso que de-

nomina: ganglio reparo.

En 1913, Nicolás, Favre y Durand, describen como una entidad nueva esta clase de adenitis.-

Posteriormente Favre y sus discípulos Gate y Philactos demuestran la identidad de esta afección con los bubones llamados tropicales o climáticos.

En 1920, Ravaut y Scheikewitz, señalan la posible etiología ambiental de estos bubones y su tratamiento con la emetina.

De esta fecha en adelante la nueva enfermedad descrita por los autores Lyoneses es sucesivamente señalada y estudiada en varios países europeos. En 1924 es estudiada por Hanssman en EE. UU. y por Destefano y Bacarezza en la América del Sur.

El año siguiente un paso capital es dado en el estudio de esta enfermedad, por el Dr. Wilhelm Frei, de Breslau, dando a conocer el precioso método de intradermo-reacción que lleva su nombre, y que da pie a nuevas y múltiples investigaciones.

Después, el mismo Frei en unión de Alicia Koppel, establecen la relación entre la estrechez rectal y el Estiómene de Hughier con la L. V.

De aquí en adelante la experimentación animal continúa con éxito aportando conocimientos a la nueva enfermedad.

En 1930, los suecos Hellerstron y Wessen prueban que

el organismo causante de la enfermedad pertenece al grupo de los virus filtrables.

Se hacen inoculaciones al mono, al conejo y a la rata del virus obtenido de los ganglios, de la rectitis, de Estiómene y de chancros de inoculación y aún de raspado de mucuosa vaginal aparentemente sana.

Luego se hacen observaciones concluyentes inoculando enfermos de parálisis general.

José May, en el Uruguay establece que el síndrome de Induratio Penis Plástica descrito por Peyronie reconoce en elevado porcentaje etiología linfogranulomatosa, y el mismo May en unión de Policaro encuentran Frei positiva en el síndrome de retracción de la aponeurosis palmar de Dupuytren.

Los primeros cultivos del virus se logran en el medio de Waitland, con paso del virus del cultivo al animal y del retorno del animal al cultivo.

Recientemente Rake, McKee y Shaffer utilizando la técnica de Cox, han cultivado el agente en el saco vitelino del huevo de gallina.

LINFOGRANULOMA VENEREO EN EL SALVADOR

El dato más antiguo que encontramos en relación con la enfermedad que nos ocupa en El Salvador, es la tesis doctoral del Dr. Alberto Viale, de 1934, que hace una monografía de ella y relata la observación de 10 casos de

la forma inguinal en hombres asilados en el 5o. Servicio de Cirugía y en el Primero de Medicina del Hospital Rosales y asentando en sus conclusiones la relativa frecuencia de la enfermedad en nuestro medio, recomendando investigar esta enfermedad en todas las adenopatias que no hagan su prueba, y afirmando que la reacción de Frei facilita grandemente el diagnóstico, y que el tratamiento médico es el que debe preferirse.

En el Congreso Médico Centro Americano que tuvo efecto en esta ciudad en Noviembre de 1938, dos trabajos importantes son presentados, el 1o. por el Dr. Carlos Alfredo Menéndez, titulado: "Contribución al nuevo tratamiento de la Enfermedad de Nicolas y Favre por el xilol via oral", en el que hace relación de más de 100 casos de formas inguinales, vulvares y rectales, observados por él y tratados exitosamente por el xilol, por vía oral, en forma de cápsulas, en dosis que varían entre C y CXL gotas diarias durante varios meses, y haciendo relación sintética de 10 de dichos casos. El 2o. es el completo y documentado estudio del Dr. Carlos González Bonilla llamado "Formas Rectales de la Linfogramulomatosis Venérea" en el que presenta 11 casos de localización rectal, de los cuales 8 son mujeres y 3 son hombres, todos con Frei positiva, haciendo ver también la relativa frecuencia en nuestro medio de dichos cuadros y su pronós-

tico sombrío por el mal estado general a que llegan dichos enfermos, a pesar del tratamiento médico, lo que los hace fácil presa de enfermedades intercurrentes, por las dificultades operatorias y la probable recidiva, y en fin por la misma mortalidad operatoria.

Por último el Dr. Esteban Reyes en 1939, publica en la Revista Archivos del Hospital Rosales, su interesante trabajo titulado "Contribución al Estudio del Linfogranuloma Venéreo" en el que dá cuenta de sus observaciones de 50 casos estudiados durante 3 años en la Clínica Dermatológica y Sifilológica del Hospital Rosales.- En este trabajo el Dr. Reyes hace una importante y original clasificación de la enfermedad en períodos, relata un interesante cuadro peritoneal, señala atinadas medidas profilácticas y hace una minuciosa revisión terapéutica.-

E D A D Y S E X O

Al igual que las otras enfermedades venéreas se observa con mayor frecuencia en la etapa de la vida de mayor actividad sexual libre, entre los 20 y 30 a 35 años.

Nicolau, en una estadística comprendiendo 1190 casos, señala las edades límites entre 16 y 60 años, con un 80% entre 20 y 30 años.

Se han señalado edades extremas de 3 años en un caso de Chevallier y de 72 años en un caso de Gay Prieto.

La frecuencia con relación al sexo es variable según

las lesiones. La forma inguinal es con mucho la más frecuente en el sexo masculino. Las estadísticas dan una proporción que varía del 2.9% al 26% de formas inguinales en el sexo femenino.- Sin embargo, para algunos autores esta forma inguinal es excepcional en la mujer.

Si se toma en cuenta las formas ano-recto-genitales el número de casos femeninos aumenta considerablemente, pues estas lesiones son más frecuentes en la mujer, hecho que se explica por las diferencias de circulación linfática de los dos sexos o por relaciones sexuales anormales como proponen otros.

Teniendo en cuenta todas las formas de la enfermedad, aún las llamadas inaparentes, es indiscutible la mayor frecuencia en el hombre. Nicolau afirma que ésto no debe sorprendernos pues en el hombre el período de contagiosidad es más breve que en la mujer, lo que desempeña una acción fundamental en la propagación de la enfermedad y en la conservación del virus.-Sin embargo, este concepto merece revisión y el mejor conocimiento de muchas uretritis aumentará el tiempo de contagiosidad del sexo masculino.

MODOS DE CONTAMINACION

Hay consenso general en que el contagio se hace en la inmensa mayoría de los casos por relaciones sexuales normales o anormales, rara vez por contaminación no venérea.

Algunos autores como Coutte han pretendido que el virus linfogranulomatoso tiene su origen en la flora microbiana bucal, sin aportar prueba demostrativa. Otros han sugerido que en las relaciones sexuales dentro del concepto de Forché en "L'amour qui n'ose pas dire son nom", está la explicación de este cuadro nosológico.

May ha hecho una encuesta muy cerrada en los numerosos enfermos de su clínica y encuentra que un 20% de ellos son cultores de las prácticas de Sodoma y Gomorra.

En el siguiente cuadro se resumen las vías de inoculación: (1)

Contaminación	} Venérea	1o. Relaciones sexuales normales
		a) Cunnilingue, Coito per ore.
		2o. Anormales
		b) Pederastia
	} Accidental	1o. Quirúrgicas
		2o. Heridas por traumatismo
		3o. Impenetrable, (en el niño)

Debemos agregar a este cuadro el contagio por medio de las cánulas para enemas rectales, usados en común sin previa esterilización, como posible causa de rectitis primarias.

INCUBACION

Waldemar Coutts encuentra similitud en el tiempo de incubación de la sífilis y el linfogranuloma venéreo.

Con Frei y Hoffman hay que admitir dos periodos de in-

bación: 1o. entre el contacto infectante y la lesión inicial, y 2o. entre la lesión inicial y la aparición de la adenopatía satélite.-

Pero prácticamente esta división no puede controlarse sino en un minimum de casos puesto que, para la mayor parte de los enfermos pasa desapercibida a la puerta de entrada, o por que los contactos sexuales han sido repetidos en fechas próximas y no se han podido referir a plazo determinado.- Esta falta de control de la lesión inicial es como sucede en la sífilis, más frecuente en las mujeres.

Sin embargo en caso de viajeros que fijan la fecha del contacto único o cuando la lesión ha sobrevenido después de un sólo contacto extraconyugal ha podido fijarse el período de incubación.

Frei y Hoffman dan plazos límites entre 10 y 42 días, Gay Prieto, entre 5 y 32 días y hasta 3 meses, Nicolás de 15 días a un mes. May da un plazo medio de 3 semanas.

Ceruty y Coutts señalan el hecho raro e interesante de casos en que la linfopatía ha precedido a la lesión inicial.

Respecto a la 2a. incubación Gay Prieto (3) dice lo siguiente: no puede determinarse su duración exacta.- Nosotros no hemos visto nunca el chancre linfogranulomatoso antes de la adenopatía inguinal.- Por los casos rarísimos en que ha podido hacerse esta observación y sobre

todo por los datos anamnésticos de nuestros enfermos, creemos que esta segunda incubación es extraordinariamente corta, a lo sumo de quince días, y muchas veces no existe y el enfermo se apercibe simultáneamente de la lesión inicial y de la adenopatía inguinal.

ETIOLOGIA

Es cosa admitida que el agente causal del Linfogranuloma Venéreo es un virus filtrable como lo demostraron Hellestrow y Wessen en 1930, desechándose todas las etiologías propuestas hasta esa fecha.

Se trata de un virus capaz de atravesar los filtros de Berckefeld y las bujías de Chamberland.- No atraviesa los filtros de colodión lo que lo diferencia de los virus del Herpes y de la rabia.- Este virus es muy sensible a la acción del calor. Media hora a 65 grados puede bastar para hacerlo totalmente inactivo. Resiste muy bien en cambio la acción del frío. En glicerina se conserva con dificultad, en cambio en bilis se conserva fácilmente.

Parecería que por los datos de la ultrafiltrabilidad demostrada del virus, este no podría ser visible. Este es el concepto mantenido hasta hace algunos años (1935), en que la escuela japonesa con Miyagawa y sus colaboradores sostienen que se ven en los grandes monocitos unos corpúsculos que representarían el virus, al que dan dimensiones

de 100 a 400 milésimas de micra.- Antes que estos autores, Gamma de Italia pretendía lo mismo, pero se atribuyó a modificaciones determinadas por defectos de técnica.- Otros autores, entre ellos Coutts sostienen haber observado los dichos corpúsculos.

Mlle. Schoen, demostro en 1938, que el virus de la Linfogranulomatosis venérea, posee una afinidad electiva para los tumores sarcomatosos y que en ellos aumenta su virulencia.- Había comprobado que en el sistema nervioso de ratas infectadas, había inclusiones parecidas a los granulo-corpúsculos de Miyagawa.

Nuevas experiencias le permiten afirmar que esos corpúsculos son el agente causal del L. V.-

Es del caso notar que últimamente los autores americanos han encontrado diferencias marcadas entre este agente del linfogranuloma venereo y los virus filtrables típicos (4).

P A T O G E N I A

Es este el capítulo más obscure de la patología de esta enfermedad tan compleja que varía desde las formas llamadas inaparentes hasta las formas de meningo-encefalitis agudas mortales.

El examen clínico y la anatomía patológica demuestran que el virus que la produce es linfotropo y esclerógeno.

La experimentación animal y las formas nerviosas ob-

servadas en patología humana demuestran sus propiedades neurotropas.

Puesto en contacto con el virus, el organismo humano se comporta de distinta manera, como sucede frente a otras enfermedades según los sujetos y según la virulencia del agente causante de la infección, es decir según el terreno y según la semilla, y la resultante de estos dos elementos nos dará variadas lesiones y cuadros clínicos.

De su puerta de entrada como ya dijimos en la definición, el virus se propaga por dos vías diferentes; la sanguínea y la linfática. Clínicamente, el compromiso del sistema linfático procede al estado septicémico, pero es de creer que sean simultáneos.

La localización de las alteraciones linfáticas varía con el sexo y con el lugar de la puerta de entrada.

En el hombre cuando la puerta de entrada es anal, perineal, peniana, escrotal o situada en la parte interna de la pierna o en la parte anterior de la porción sub-umbilical de la pared abdominal, los ganglios afectados serán los inguinales, (pues hacia allí se dirigen los linfáticos de estas regiones) y se observarán a veces la linfagitis troncular y el edema regional.

Cuando la puerta de entrada en el hombre ha sido una uretritis que se ha propagado hasta la uretra membranosa

o prostática puede producirse adenopatía iliaca interna, pues a esos ganglios llegan los linfáticos de estas porciones uretrales.- Los grupos ganglionares peri-rectales también pueden ser alcanzados, por la vía retrógrada a favor del estasis linfático por debajo de la cadena ganglionar iliaca primitiva, a la que el virus ha llegado franqueando la barrera inguinal e iliaca externa.

En la mujer la puerta de entrada se supone situada generalmente en la vagina o en el cuello uterino cuyos linfáticos llevan el virus a los ganglios peri-rectales cuya adenopatía se puede a veces constatar clínicamente y cuyos síntomas generales son a veces ignorados o mal interpretados. (17) Cuando los ganglios inguinales son los que presentan primero adenopatía la puerta de entrada debemos suponerla en alguna de las regiones: anal, perineal o vulvar, o situada en la parte interna de la pierna o en la parte anterior de la porción sub-umbilical de la pared abdominal y podrá observarse el edema regional o la linfogititis troncular.

Hay que hacer constar, que las nociones anteriores son tan sólo esquemáticas, pues las distribuciones linfáticas tienen anastomosis y anomalías que quitan firmeza a estos conceptos.

--- Cualquiera que sea la vía seguida por el virus una vez tomados uno o varios de estos grupos ganglionares podrán

producirse a favor del estasis linfático, el edema y la elefantiasis de todas, varias o alguna de las regiones ano-recto-perineo-génito-crurales, lo mismo que estiómene, úlcera peniana y uretritis crónicas, absesos, fistulas, formaciones papilomatosas, síndrome de induratio penis plástica y manifestaciones ano-rectales.

La difusión por la vía sanguínea como ya dijimos también nos dará un estado septicémico que se manifiesta por síntomas generales y por lesiones a distancia que prácticamente pueden localizarse en todos los órganos y tejidos de la economía.

Las localizaciones a distancia, "verdaderas metastasis" del virus linfogranulomatoso son muy numerosas y la literatura registra frecuentemente en los últimos años nuevas localizaciones. No haremos en este momento más que señalar algunas: meningitis y meningoencefalitis, lesiones del fondo de ojo, localizaciones cardíacas, articulares o peritoneales, renales, anexiales, epididimarias, en fin localizaciones cutáneas y alteraciones sanguíneas y de líquido céfalo-raquídeo.

LESION INICIAL O PRIMARIA

Como en el resto de su evolución, la linfopatía venérea es también polimorfa en su puerta de entrada, de la cual se describen siete variedades que son las siguientes:

I) Tipo herpetiforme, que es una lesión del tipo erosivo, que puede verse en el surco balano-prepucial o a los lados del pene.- Es redondeada o lenticular, superficial, plana, sin infiltración, roja, ligeramente exudativa de serosidad clara, generalmente única, a veces múltiple.- Es frecuentemente fugaz.

II) Tipo chancreliforme, es una variedad rara que simula el chancro blando.

III) Tipo sifiloide, es una pequeña ulceración de base indurada parecida al chancro sifilítico.

IV) Tipo nodular, es un nódulo más o menos voluminoso, redondeado no doloroso, poco inflamatorio y que a veces se ulcera cicatrizando lentamente.

V) Tipo uretritis.- Se presenta como un escurrimiento uretral banal con poco ardor a la micción, que a veces se asocia con la blenorragia. Es relativamente frecuente. A veces es una meatitis en la cual el meatro aparece turgesciente, ligeramente rojo y con poco grado de edema. Esta puerta de entrada en la que da lugar frecuentemente al síndrome de induratio penis plástica.

VI) Tipo extragenital, puede ser: a) bucal, situada generalmente en la punta de la lengua, en forma de una ulceración que se acompaña de adenopatía cervical; b) digital, por heridas accidentales como las sufridas en actos operatorios; c) conjuntivales, en forma de una conjuntivi-

tis con adenopatía pre-tragus y sub-angulo-maxilar. Se acompaña de blefaritis sobre todo inferior y de secreción moderada.- La conjuntivitis de Perinaud fué asimilada por Hashimoto y Tannata a esta forma de lesión inicial.

VII) Tipo impenetrable, es el observado en los niños y debido a la falta de higiene de los adultos como sucede con las vulvo-vaginitis de las niñas.

Se citan casos firmemente comprobados en que la linfopatía venérea ha quedado pura y exclusivamente limitada a la lesión primaria.

LINFAGITIS TRONCULAR Y EDEMA REGIONAL

Por preceder generalmente a la adenopatía inguinal o serle simultaneas describimos aquí estas lesiones, testigos de la agresión del virus al sistema linfático, que aunque son frecuentes en las otras enfermedades venéreas, en esta lo son especialmente a tanto que May, (1) que fué quien primero las señaló, cree que cuando se presentan en ellas es porque tal vez hay asociación con el L. V.

La linfangitis troncular se puede manifestar clínicamente a la palpación por la sensación de cuerdas duras, que ruedan bajo en dedo, indoloras, presentando pequeñas nudosidades en su recorrido hacia los ganglios. Estos cordones se encuentran en forma de collar al rededor del surco balano-propucial formando un nódulo en el punto de

unión en la línea media dorsal, de donde siguen los cordones linfáticos dorsales del pene hasta perderse en la pared abdominal, a través de los rectos.- También se ha observado, a veces infiltración de los linfáticos laterales.

El edema regional se puede observar en el pene y en el prepucio en el hombre, y en la mujer, en los grandes labios, y en ambos, en los dos tercios superiores del muslo y en la parte inferior de la pared abdominal. Es un edema blando que borra los pliegues cutáneos de estas regiones y que se puede constatar por el signo del pinzamiento de la piel entre pulgar e índice, por el mayor espesor de la presa en relación con la piel normal.

La duración de estas lesiones es variable y no está determinada, puede desaparecer en pocos días o seguir un curso crónico.

LA ADENOPATIA

La mayor parte de los enfermos consultan por la adenopatía inguinal después de diez días de evolución, de tal manera que es raro ver esta primera etapa evolutiva ganglionar. Esta iniciación se hace por un pequeño ganglio móvil, o por varios del tamaño de frijoles que rápidamente crecen. Estos ganglios son por lo común poco dolorosos, tanto espontáneamente como a la presión y no impiden generalmente al enfermo realizar sus tareas habituales. Puede a veces encontrarse precozmente adenitis ili-

aca externa lo que constituye un elemento diagnóstico valioso en favor del L. V.

La invasión ganglionar es generalmente unilateral y a veces bilateral.

Se describen tres variedades de adenopatía: 1o. Formas frustras; 2a. formas típicas y la 3a. formas atípicas.

Formas frustras, en las cuales la adenopatía alcanza reducidas dimensiones, causa atenuados síntomas generales y sigue una evolución más corta, sin llegar a la supuración, y sin adherirse a la piel y sin modificar su color.

Las formas típicas se presentan en la ingle, por encima del pliegue inguinal, como una masa irregular, lobulada, de tamaño variable (nuez), (huevo de gallina), móvil sobre los planos profundos. Su consistencia es generalmente dura, a veces leñosa, en algunos puntos circunscritos la palpación revela signos de reblandecimientos indicados por la fluctuación, y es en estos puntos donde existen las adherencias cutáneas. Al rededor de esta masa principal se encuentran unos ganglios aislados del volumen de una avellana, de consistencia firme. En esta época pueden estar ya presentes la linfangitis troncular y el edema regional que en la mujer son más difíciles de constatar.

Sobre este plastrón formado por varios ganglios unidos por periadenitis aparecen modificaciones en la coloración de la piel de un rojo azulado o azulado violeta.

Esta piel coloreada va poco a poco adelgazándose y concluye a veces por abrirse, dejando un trayecto fistuloso. Esta fistulización se observa según Hellerstrom en el 50% de los casos.

La abertura espontánea o quirúrgica, única o múltiple, da salida a pus, generalmente en poca cantidad, pus fluido de color amarillo sucio, viscoso que se coagula en la pipeta.

Hay un hecho que destacan todos los observadores, y es la coexistencia en un mismo plastrón inguinal, de lesiones en distintas etapas evolutivas, ganglios indurados y reblandecidos, ganglios abscedados supurando abundantemente, al lado de fístulas de poca secreción.

Mientras tanto la invasión a los ganglios ilíacos externos, formando una masa tumoral dura, palpable fácilmente, que no modifica la piel, puede hacerse apreciable.

La evolución de la adenopatía llegaba a la fistulización es muy lenta y se acompaña de un proceso de esclerosis y la íngles se transforma a veces en una masa fibrosa, dura, alargada, formando verdaderos rodetes, en cuyo espesor se ven nódulos con orificios fistulosos.

Poco a poco la esclerosis progresa, pudiéndose ver retracciones más o menos marcadas.- Mientras tanto, los ganglios disminuyen de volumen y se hacen menos molestos, pero sufren a veces recrudescencias durante su evolución

de meses y hasta de un año, en que parece detenerse el progreso de la enfermedad, pero no en todos los casos, como veremos más adelante.

El proceso de esclerosis del que acabamos de hablar puede causar el edema y a veces la elefantiasis de las regiones que llevan sus linfáticos a los ganglios inguinales. Para algunos autores estos estados serían favorecidos más bien por terapéuticas imperfectas: ciertas incisiones y ciertas ablaciones.

Como adenopatías atípicas, se describen las siguientes:

- a) forma iliaca pura, en la cual los ganglios ilíacos son los primeramente afectados, sin que los ganglios inguinales sean tomados, hecho que May considera de relativa frecuencia;
- b) adenitis del ganglio de Cloquet en la cual es este ganglio situado en el Triángulo de Scarpa el primitivamente tomado, y fué observado por primera vez por el profesor Velarde Pérez Fontana quien lo confundió con una estrangulación herniaria crural;
- c) forma a gran absceso que se presenta como un bubón único, doloroso en muchos casos, que se reblandece rápidamente, que supura en masa, en una cavidad única. Un proceso de periadenitis que puede ser muy intenso, completan el cuadro clínico;
- d) adenopatías extragenitales, la cual comprende las adenopatías axilares del contagio quirúrgico, las cervicales del contagio oral y las pretragus y sub-maxilar del

contagio conjuntival.

SINTOMAS GENERALES

Estos son muy variables en intensidad, a veces mínimos y a veces muy marcados. La fiebre es un síntoma inconstante. Los casos de comienzo agudo tienen al principio una curva térmica bastante irregular, de tipo remitente y sin pasar de 39o.5.- Cuando se evacua la primera colección purulenta la fiebre desciende de intensidad, pero a veces persiste durante muchas semanas una febrícula irregular. En los casos de comienzo insidioso, aunque con menos frecuencia, a veces existe también esta fiebre irregular, cuya intensidad no guarda relación con la intensidad de los síntomas ganglionares.

Es muy frecuente que los enfermos, sobre todo al principio del período de estado, adelgacen, se quejen de inapetencia, de dolores reumatoideos y cefalalgias, mal estado general, y muestren un semblante fatigado y extraordinariamente pálido.

Ravaut ha sido el primero en llamar la atención sobre la frecuencia en el período de estado de una ligera hipertrofia del bazo. Gay Prieto (1) dice: "nosotros hemos encontrado un bazo ligeramente aumentado, bien demostrable por la percusión en más del 70% de los casos. Nunca hemos visto mayores hipertrofias esplénicas; en ninguno

de los casos el bazo rebasaba el reborde costal".-

MODIFICACIONES DE LA SANGRE

La sangre sufre en el L. V. varias modificaciones, algunas claramente determinadas y otras muy discutidas.

Gutman, ha reportado que un grado moderado de anemia secundaria es común en los primeros estadios de la enfermedad. Ha reportado también la frecuencia de la hiperproteïnemia debida al aumento de la sero-globulina, en las varias fases de la enfermedad, pero particularmente en enfermos con complicaciones crónicas, tales como la estrechez rectal. Este hallazgo constituye una ayuda para el diagnóstico diferencial, antes de que la reacción de Frei sea positiva.

Hay además moderada leucocitosis y aumento de la velocidad de sedimentación. Las alteraciones de la fórmula blanca no están establecidas firmemente y es posible que varíen con la evolución de la enfermedad.

El suero de los enfermos, posee propiedades virulicidas que han sido experimentadas en hombres y animales. También ha sido usado el suero satisfactoriamente para realizar la prueba de Frei.

Numerosos autores trataron de aprovechar esta actividad virulicida del suero, buscando una prueba diagnóstica de fijación del complemento, con resultados mediocres.

Ultimamente los autores americanos (4) han tenido

éxito en esta búsqueda y la prueba de fijación del complemento la realizan en serie.

En el período de estado de la enfermedad se ha constatado que el suero puede dar reacciones de Wassermann positivas.

La sangre invadida por el virus como hemos dicho es el vehículo de las localizaciones a distancia.

LOCALIZACIONES NERVIOSAS

Numerosos autores han investigado las modificaciones del líquido cefalorraquídeo en la L. V. y no hay acuerdo definitivo sobre ellas.

Es innegable sin embargo, que el virus, muy frecuentemente llega a los centros nerviosos (como lo prueban las reacciones Frei cruzadas obtenidas positivas, usando como antígeno, el líquido céfalo-raquídeo) y algunas veces es capaz de producir meningo-encefalitis mortales.

El Dr. Esteban Reyes, en el ya citado trabajo "Contribución al estudio del Linfogramuloma venéreo" nos recuerda las palabras de Haam y D'Aunoy "en un paciente con L.V. que se queja de cefalalgia, vértigos, conjuntivitis, fotofobia, dolor en la nuca, debe sospecharse metastasis meníngea y hay que hacer inmediatamente punción lumbar para examen del líquido céfalo-raquídeo".

El primer reporte de localización meníngea del virus del L. V. fué hecho por Chevallier y Bernard en 1932.-

Una comunicación más reciente de Sabin y Aring establece más completamente el diagnóstico etiológico que los anteriores reportes de los observadores franceses.

La primera modificación del líquido céfalo-raquídeo señalada fué la disminución de su poder amilolítico.

May, (4) que ha estudiado numerosos líquidos céfalo-raquídeos extraídos por punción sub-occipital, cree que la modificación más constante es el aumento de la albuminorraquia, encontrando cifras hasta de 0.95 gr. por 100 c. c.- Ha encontrado también aumento de los linfocitos, aunque inconstantemente. Cree además que hay aumento de la presión intracraneana y que esta sería la causa de las modificaciones del fondo de ojo, observadas.

David y Loring relatan un caso de una mujer con estrechez rectal y numerosos abscesos y fístulas, que tuvo una meningo-encefalitis caracterizada primero, por un coma prolongado durante cuatro días, seguido de accesos convulsivos subintrantes, lo que lo lleva a aconsejar la práctica de la reacción de Frei en toda epilepsia esencial. (1)

Es del caso señalar aquí la posible etiología linfogranulomatosa de algunas encefalitis pre-natales pues es conocida la notable receptividad de los centros nerviosos embrionarios y fetales a los virus y creemos que una investigación en ese sentido es pertinente, haciendo la prue-

ba de Frei en las embarazadas.

LOCALIZACIONES OCULARES

Ya hemos visto la posibilidad de localización primitiva del virus linfogranulomatoso en forma de conjuntivitis, y como el síndrome de Perinaud, tiene la misma etiología.

Estas conjuntivitis pueden revestir a veces caracteres de gravedad como en un caso recientemente reportado por Curth y sus colegas, de una conjuntivitis indolora del ojo derecho, después de relaciones sexuales pervertidas con invasión de los ganglios pre-auricular y sub-maxilar del mismo lado, que evolucionó durante años hasta la pérdida completa de la visión en dicho ojo a pesar del tratamiento, acompañándose de gran edema de ambos párpados y de opacidad de la córnea. La etiología linfogranulomatosa fué firmemente establecida.

Hallerstrom y Alicia Coppel, señalaron un caso de conjuntivitis flictenular.

En el fondo de ojo han sido señaladas varias modificaciones, que según Funakawa aparecen al mes de la infección, y son visibles dos o tres meses.

Las modificaciones más constantemente señaladas son las siguientes: papila rojiza, plana, de bordes borrosos. Al rededor de la papila, edema retiniano de coloración grisácea.- Pero lo más característico es la gran dila-

ción venosa y su acentuada tortuosidad.

Estas alteraciones se consideran constantes en el 49% de los casos y no guardan relación con la antigüedad de la infección linfogranulomatosa.

Se ha señalado también la frecuencia de la hipotensión ocular.

MANIFESTACIONES CUTANEAS

Lo son en primer término, las lesiones iniciales o primarias que ya estudiamos y luego las que resultan de la invasión de los linfáticos de la piel y del tejido sub-cutáneo donde se forman a veces pequeños abscesos que se abren al exterior. Otras veces la infiltración linfática se extiende, no supura y da la impresión de un flemón leñoso.

Otra lesión de la piel frecuente, es la constituida por la fistulización de los abscesos ganglionares que se abren en uno o varios orificios, después de un proceso de celulitis linfogranulomatosa.

Las lesiones de origen septicémico localizadas en la piel pertenecen al tipo eritematoso y pueden ser de dos variedades: a) eritema nudoso y b) eritema polimorfo.- Estas manifestaciones tienen la localización habitual ya conocida, y en este caso son de corta duración y aparecen en el momento en que los síntomas generales son más marcados.

MANIFESTACIONES ARTICULARES

Las artralgias son relativamente frecuentes en el período de estado del L.V.

Entre las formas crónicas de la enfermedad, aquellas que persisten por muchos meses, se encuentran las artritis, que ocurren en el 10% de los enfermos.- Pueden ser mono o poli-articulares.- Las articulaciones preferidas por la infección han sido clasificadas por orden de frecuencia como sigue: (4) Muñeca, dedos, codos, cadera y rodillas.- La hidrartrosis que puede aparecer con rubicundez de la piel circundante y acompañarse de gran tensión.- La destrucción de la articulación no se produce, y el funcionamiento completo es finalmente restablecido cuando la enfermedad pasa al estado de latencia o cuando la curación se realiza.- Si la enfermedad no es tratada, la artritis puede persistir por años, y en algunos casos puede ser tan severa que obligue a guardar cama.

Es interesante consignar aquí, por tener alguna relación con las localizaciones articulares, que May y Policaro (1), atribuyen la etiología linfogranulomatosa a la retracción de la aponeurosis palmar o síndrome de Dupuytren.

LOCALIZACIONES TORAXICAS

Han sido señaladas aunque raramente localizaciones en la cavidad torácica.- José May, (1) cita un caso intere-

sante de un niño de once años que seis semanas después de un acto de sodomía, tiene una rectitis con fiebre alta, anemia y adenitis inguinal bilateral.- A los dos meses eritema nudoso en las piernas, y a los once meses hidrartrosis. Simultáneamente con la infección de las rodillas, aparece insuficiencia mitral con soplo sistólico de la punta. Cita además un caso personal de un enfermo de L. V.- que presentó una insuficiencia cardíaca, que requirió toda clase de medicación cardio-tónica y cuya etiología atribuye al virus linfogranulomatoso, aunque sin dar demostración.

"Recent advances in the study of venereal diseases" publicado por el Instituto de Educación de Enfermedades Venéreas de Estados Unidos cita el caso siguiente: paciente admitido por frote pericárdico y cuya radiología descubre linfadenopatía mediastinal. El único otro hallazgo médico era un gran nódulo linfático supra-clavicular. El examen histológico de este nódulo muestra los cambios típicos del L. V., y hay también Frei positiva.

Otro nódulo linfático aparece una semana después cuyo examen histológico es igual al primero. Se aísla un virus de este nódulo linfático que por inoculación intracerebral al mono y se identifica como el agente del L.V.

Parece razonable presumir que la linfadenopatía mediastinal y la pericarditis fueron causadas por dicho agente.- Otras investigaciones etiológicas fueron negativas.

LOCALIZACIONES ABDOMINALES

Odmanson señaló por primera vez cierto grado de reacción peritoneal en algunos de sus enfermos en 1887.

May (1), considera que esta reacción es muy rara a pesar de la frecuencia de la adenopatía iliaca y relata un caso grave, con fiebre de 40 grados, que acompañó a un adeno-flemón de la fosa iliaca derecha, por ganglio iliaco único, con invasión de un ganglio de la cadena cólica.

Entre nosotros el Dr. Esteban Reyes, (6) ha tenido ocasión de observar un caso.

Se citan formas de peritonitis franca, en las cuales el pus peritoneal ha probado tener cualidades antigénicas por inoculación al mono.

Reichle y Connor, en la autopsia de un linfogranulomatoso encontraron invadidos los ganglios retro-peritoneales, con lesiones renales e infarto supra renal.

No está aclarado si estos cuadros peritoneales son debidos a la invasión linfática o a la invasión sanguínea.

Se han señalado casos de hepatomegalia acompañada a la esplenomegalia y Midanna (1) cree que el L. V. puede figurar en la obscura etiología del síndrome de Banti. Ultimamente se ha creído también en la posible etiología linfogranulomatosa de las ileitis regionales.

Se han descrito además cuadros metro-anexiales esclerosos de origen linfogranulomatoso.

ANATOMIA PATOLOGICA

Examinadas en cortes microscópicos seriados las piezas de adenitis inguinal se encuentran constituidos por una masa informe de ganglios fusionados por un tejido de esclerosis, en los cuales se pueden ver las distintas etapas evolutivas del proceso linfogranulomatoso, lo que representa un elemento valioso para el diagnóstico anatomopatológico.

Las primeras fases histológicas ganglionares corresponden a un estado inflamatorio banal con hipertrofia foliular linfoide. Un corte del ganglio que pase por el hilio, permite observar como hace hernia el parenquima sobre el corte de la cápsula. La superficie de sección es lisa, y tiene una coloración gris rosada o rojiza oscura a causa de la congestión hemorrágica. Resaltan por su color más gris pequeños focos de necrosis en número de dos o tres por corte, que se parecen a finas granulaciones tuberculosas con un comienzo de caseificación central.

Estos focos de necrosis no se encuentran limitados por una pared capsular del retículo conjuntivo y por el contrario se pasa de lo necrótico al parenquima ganglionar vecino sin transición alguna.

Los focos de necrosis por su fusión forman los abscesos intraganglionares que son pequeños, múltiples, y diseminados, pero que pueden confluir para formar abscesos ma-

yores que son los que a veces perforan la cápsula y son el origen de trayectos fistulosos. Cuando esto sucede al rededor del ganglio en el tejido celuloadiposo, se ha establecido una reacción inflamatoria predominantemente productiva de tejido fibroconjuntivo, cuyos cordones ascienden hasta el dermis cutáneo y le brindan hasta la profundidad. Los ganglios son de esta manera fijados en un ambiente fibroplástico que es la periadenitis fibrosante tan característica de la enfermedad. En este ambiente fibroplástico se constituyen independientemente focos purulentos similares a los que se encuentran en los ganglios linfáticos.

DIAGNOSTICO CLINICO POSITIVO

Ya hemos dicho que el enfermo consulta en el estado de adenopatía inguinal y que la lesión inicial rara vez podemos verla.

Una anamnesis cuidadosa y la constatación de la adenopatía con los caracteres que hemos descrito y de los síntomas generales que la acompañan nos orientará al diagnóstico que siempre debemos confirmar con la prueba de Frei.

Hay un síntoma muy importante que la palpación descubre, es el signo del "sacudimiento en masa" o signo de Favre, en que tomando el paquete ganglionar con la mano se le puede sacudir en conjunto sin que el enfermo ex-

perimente mayor dolor.

Algunas veces sin que haya modificación de la piel la misma palpación permite descubrir pequeñas zonas de fluctuación que puncionadas nos pueden dar el pus de goma arábica característico.

Otro síntoma que nos revela la exploración es la existencia de la adenopatía iliaca, cuya frecuencia hace de esta un elemento de gran valor diagnóstico. Generalmente se situa del mismo lado de la adenitis inguinal, rara vez de lado opuesto. Algunas veces es pequeña y difícil de palpar y otras es una tumuración grande que se puede tocar aún estando el enfermo de pié.

En gran número de casos el diagnóstico puede hacerse sólo por la clínica, pero en muchos otros sobre todo en casos de coexistencia con las otras enfermedades venéreas el diagnóstico es difícil y las pruebas biológicas o microscópicas son necesarias.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial debe hacerse primeramente con las otras enfermedades venéreas, las cuales casi siempre se acompañan también de adenopatía inguinal, y ya hemos mencionado la importancia que en estos casos concede May a los síntomas: edema regional y linfangitis troncular.

Se distingue de la denitis sifilitica en que esta presenta los caracteres siguientes: es generalmente bilateral,

se acompaña de poca o ninguna reacción inflamatoria al redor de los ganglios y es a nódulos discretos de consistencia gomosa que rara vez llega a la supuración.

A veces esta diferenciación es difícil, especialmente en las formas frustras del L.V., y solamente la evolución de la enfermedad y las pruebas biológicas zanján la cuestión.

Es del caso mencionar también el diagnóstico con los sífilomas terciarios de los ganglios en los cuales los antecedentes y las sero-reacciones facilitan el diagnóstico.

El diagnóstico más difícil es con la adenopatía chancrelosa de la cual se diferencia en que en esta última hay una reacción inflamatoria aguda marcada, el bubón es tenso y muy doloroso obligando al enfermo a guardar cama. Además la lesión inicial chancrelosa, es múltiple, supurante y sangra fácilmente.

Cabe recordar que a veces la lesión chancrelosa pasa desapercibida y la adenitis sigue un curso sub-agudo haciendo difícil el diagnóstico diferencial. Esta dificultad se aumenta cuando el bubón linfogranulomatoso reviste la forma de absceso único. En estos casos las intradermo reacciones de Frei y de Ito-Reenstierna son imprescindibles.

En cuanto a la adenopatía blenorreaica hay que recordar que ocurre cuando la secreción uretral ha disminuido y que

raramente supura. El examen directo del pus y la prueba de Frei son necesarios.

El herpes genital se puede acompañar de adenopatía que raramente supura. La historia de herpes anteriores y la prueba de Frei deciden la cuestión.

La adenitis séptica se acompaña de puerta de entrada en los tegumentos del miembro inferior o de alguna de las regiones ano-períneo-génito-crural, que debe buscarse y que además tiene evolución aguda.

El diagnóstico con la adenitis tuberculosa es muy importante. Debe tenerse presente que la adenopatía tuberculosa es mas frecuente en la infancia y la adolescencia y que la localización inguinal es muy rara. Tiene además los caracteres siguientes: comienzo insidioso, de ganglios lisos e indoloros, que pueden supurar después de larga evolución y que al fistulizarse, la fístula tiene bordes despegados. La Frei y el Parche de Vollmer son de rigor para este diagnóstico.

La adenopatía cancerosa tiene comienzo insidioso, acompaña a la lesión maligna y la biopsia da histología característica. Además ocurre después de los cuarenta años, generalmente.

El diagnóstico con la enfermedad de Hodgking se basa en que esta ataca a la vez varios territorios ganglionares, rara vez comienza con los ganglios inguinales, no hay tenden-

cia a la supuración, se acompaña de prurito, compromete más el estado general y su evolución es más lenta.

De las leucemias linfoides se diferencia porque en estas el proceso ganglionar es generalizado y hay características modificaciones hemáticas.

En el período de fistulización del L. V. puede confundirse con el granuloma inguinal. En este último hay ulceración papulosa que se extiende en forma serpigino-sa, que cicatriza en el centro y se extiende en la periferia. La investigación de los cuerpos de Donovan y la Cuti-Frei deciden el diagnóstico.

La actinomicosis es rara en la ingle y el microscopio descubre los característicos granos amarillos.

SINDROMES CLINICOS QUE PRODUCE EL L.V.

A favor del extasis linfático y al poder esclerógeno del virus se producen en una, varias o todas las regiones ano-recto-perineo-génito-crurales o en sus vecindades un conjunto de lesiones y cuadros clínicos de carácter crónico, conocidos desde hace muchos años, y hasta últimamente ligados a la etiología linfogranulomatosa.

Los dos síndromes más importantes y mejor conocidos son: el antiguo sífiloma ano-rectal de Fournier, cuya etiología sífilítica puso en duda Jersild en 1920, y que, posteriormente con la introducción de la cuti-Frei, vinculó al L.V., y el estiómene de Hougier, descrito por este au-

tor en 1849.

El reconocimiento de su etiología facilitó el estudio de estos síndromes.

A la úlcera vulvar crónica del estiómene se relacionó la úlcera peniana crónica, y a la estrechez rectal, el síndrome de induratio penis plástica, causados estos dos últimos por un proceso de esclerosis.

Se añaden a estos procesos un conjunto de lesiones mal caracterizadas, que se presentan solas o en conjunto, y ligadas indudablemente al L. V. como se ha comprobado por medio de la cuti-Frei. Las principales de estas lesiones son: uretritis crónicas a veces complicadas de estrechez, de abscesos y fistulas periuretrales, abscesos y fistulas perianales y formaciones papilomatosas, etc.

Por comodidad de la descripción estudiaremos separadamente dos conjuntos: los cuadros génito-urinarios y los síndromes ano-rectales, cuyos elementos pueden sucederse o ser simultáneos.

CUADROS GENITO URINARIOS

Ya hemos estudiado el edema regional que acompaña a las formas inguinales y que puede retroceder espontáneamente o por el tratamiento, o seguir su evolución por brotes sucesivos y hacerse más o menos permanente, llegando a veces a constituir verdaderas elefantiasis, que se localizan especialmente en los genitales externos alcanzan-

do en algunos casos la región ano-perineal.

Ya hemos estudiado también las uretritis como lesión inicial, pero que en algunos casos por su persistencia y evolución constituye un elemento que debemos estudiar aquí.

Entran de lleno en este cuadro las uretritis llamadas de "tipo Waelsch", de gran cronicidad y pocas molestias subjetivas, reducidas a una gota matinal apenas purulenta y en la cual no se encuentra el gonococo, y cuya etiología linfogranulomatosa se ha comprobado en un 80% de los casos.

Esta uretritis al propagarse alcanza la uretra posterior produciendo a veces verumontanitis, prostatitis e inflamaciones del cuello vesical, que dan síntomas de polaciuria y dolor al final de la micción.

Son frecuentes en estas uretritis las estrecheces uretrales que son rebeldes a la dilatación y que se pueden acompañar de abscesos y de fistulas periuretrales.

Coutts, señaló en 1934 los primeros casos de epididimitis de origen linfogranulomatoso, y afirma que el epidídimo puede estar parcial o totalmente afectado, siendo el lugar preferido por el virus la extremidad caudal, donde se encuentran zonas de reblandecimiento que son precursoras de abscesos y de fistulas. El cordón espermático es a veces afectado, aunque en menor grado. Cuando la e-

pididimitis es bilateral ha podido constatarse azoospermia y gran disminución de la potencia genital.

El proceso de esclerosis iniciado en la uretra puede propagarse al septum intercavernoso y a los cuerpos cavernosos dando lugar en su etapa final al induratio penis plástica, el cual como lo ha demostrado May, en un 79% de casos es debido al L. V.

La lesión inicial chancrosa del pene puede aunque rara vez, persistir durante algunos meses y hasta un año, constituyendo la úlcera peniana crónica, que es indolente, con poca tendencia a cicatrizar y situada generalmente, en el prepucio edematizado. Otra veces la úlcera peniana es del todo independiente de la lesión inicial.

En los genitales femeninos observamos también la úlcera vulvar crónica, que es igualmente indolente, circular y localizada generalmente en la horquilla o cerca del meato. En algunos casos la enferma la relaciona a algún traumatismo y en otros no sabe desde cuando la padece.

Y así llegamos sin límite de transición bien definido al estiómene de Hougier, que este autor, que hizo una magnífica descripción de esta enfermedad definió así: "esta enfermedad crónica se caracteriza por una coloración plomiza o violácea de las partes. Deformidad, ulceración y destrucción pueden ocurrir, acompañados de hipertrofia

e infiltraciones, a tal grado que los orificios y canales que se abren en la región vulvo-anal, pueden ser al mismo tiempo ulcerados, ensanchados y estrechados."

El estiomene puede vegetar en un fondo adematizado o elefantiasico y se clasifica en tres variedades, así: 1) estiómene superficial, ambulante o serpiginoso; 2) estiómene perforante, 3) estiómene hipertrófico.

Las tres variedades pueden presentarse juntas o aisladamente.

1) El estiómene superficial, ambulante o serpiginoso se observa generalmente en el monte de Venus, en los grandes labios, en los pliegues genito-crurales, las partes laterales anteriores del periné, y las posteriores de los grandes labios. Puede ocupar una o varias de estas partes a la vez,

Hay dos modalidades: a) estiómene eritematoso en la cual se ven en la piel placas coloreadas de rojizo o de rojo azulado, relucientes, cubiertas de escamas y que borran los pliegues de la region, y b) estiómene superficial y tuberculoso, que se presenta al principio en forma de nudosidades superficiales, también coloreadas de rojo azulado y a veces pruriginosas. Con el tiempo estas nudosidades dan lugar a ulceraciones que confluyen y son de bordes irregulares y de superficie supurada. Mas adelante, a veces al cabo de un año estas ulceraciones cic-

trizan en algunos puntos dejando superficies lisas y blanquecinas, e invaden el tejido vecino. Por esta circunstancia esta variedad es llamada especialmente serpigínea o ambulante.

2) Estiomene perforante: se sitúa en el vestibulo, cerca del meato, horquilla y extremidad inferior de la vagina y comienza atacando a una de estas partes y pasando a otras o atacando a varias a la vez. Como su nombre lo indica se presenta en forma de ulceraciones que horadan los tejidos produciendo perforaciones y mutilaciones de formas caprichosas, a veces en forma de herradura al rededor del meato, y a veces como ojales en los grandes labios. Estas ulceraciones llegan a formar en algunos casos fístulas que comunican la vagina con el periné y aún con el recto. Los tejidos vecinos de la ulceración están infiltrados y endurecidos y estrechan la cavidad de la vagina.

La sensibilidad de estas regiones esta disminuida, por lo cual las enfermas sufren poco y aún realizan el coito, lo que es factor para la diseminación de la enfermedad.

3) Estiómene hipertrófico: esta variedad se injerta sobre la primera después de que esta ha evolucionado durante algún tiempo. En algunos puntos de la piel rojiza y espesada aparecen una serie de tumores vegetantes, pisciformes, mamilares, lisos y lucientes que rara vez tienen volumen mayor que un garbanzo. Aparecen solos o agrupados

y tienen una base estrechada y no se ramifican. Son resistentes y elásticos y la piel que los recubre es más delgada que la de las partes vecinas.

Otras veces se trata de tumoraciones granulosas que crecen en la superficie ulcerada, que después se reblandecen y supura, dejando anfractuosidades rojizas.

La elefantiasis vulvar acompaña con más frecuencia a esta última variedad.

En la uretra femenina pueden observarse también las lesiones que estudiamos en la uretra masculina y se han descrito casos de bartolinitis de origen linfogranulomatoso.

Es opinión de algunos autores el virus puede ascender y localizarse en casi todos los órganos genitales internos femeninos y creen que algunas ovaritis escleroquisticas tienen este origen.

MANIFESTACIONES ANO-RECTO-COLICAS

Estas manifestaciones son de las más importantes de la patología de esta enfermedad, por su relativa frecuencia y por que abandonadas conducen a la invalidez.

José May (1), ha acuñado la sugestiva frase "todo enfermo poradénico tiene hipotecado el porvenir de su recto" que con ingenio asegura una gran verdad.

Entre nosotros la realidad de este aserto ha sido confirmado en forma documentada y juiciosa por el Dr. Carlos

González Bonilla en su trabajo ya mencionado "Formas rectales del linfogranuloma venéreo".

Fournier describió este proceso en 1875 llamándolo sífiloma ano-rectal y Jersild en 1920, estableció su etiología linfogranulomatosa.

Ya hemos visto en los Títulos Puerta de Entrada y Patogenia la discutida forma en que el virus puede llegar a la última parte del Intestino.

La frecuencia según el sexo es también discutida, pues mientras Gay Prieto cita estadísticas que varían desde el 72% al 100% para la mujer, otros autores dan porcentajes contrarios. De los once casos estudiados por el Dr. González Bonilla, 8 son mujeres y 3 son hombres.

Esencialmente las lesiones ano-rectales pueden presentarse en tres formas: 1) Rectitis sola, 2) Rectitis con estrechez y 3) estrechez sola.

La Rectitis sola es en algunos casos consecutiva al coito anal y para varios autores es siempre la primera manifestación del proceso rectal y se expresa clínicamente por un síndrome disenteriforme de pesantez en la región recto perineal y por sangre, pus y mucosidad en las heces y más tarde por estreñimiento.

La segunda forma, Rectitis con estrechez, puede ser el resultado de la evolución de la forma anterior, que por continuidad ha invadido toda la pared rectal y por vía linfática los ganglios pre-rectales, o al contrario haber

seguido por las mismas vías, un sentido inverso de los ganglios a las paredes rectales.

En el primer caso la sintomatología de la estrechez seguirá a la sintomatología de la rectitis en forma de un aumento de los síntomas subjetivos y de heces cilíndricas y delgadas. En el segundo caso los síntomas se presentan más o menos simultáneos.

La existencia de la tercera forma, la estrechez sin rectitis es negada por quienes sostienen que el contagio se realiza siempre por la mucosa rectal y que la rectitis precede y acompaña a la estenosis en todos los casos.

Sea de un modo o de otro, es un hecho que por lo menos clínicamente la estrechez puede presentarse primitivamente, ya por ausencia de la rectitis, ya por que ésta es o ha sido muy discreta.

Por lo demás es unánimemente importante que descubramos la enfermedad en su fase de rectitis por medio de la cuti-Frei sistemática por lo menos en todos los síndromes disenteriformes, (sobre todo en la ausencia de amibas en las heces) pues su tratamiento hecho oportunamente puede dar un 75% de curaciones en oposición a los pobres resultados obtenidos cuando el mal llega a la fase de estenosis.

El tacto rectal descubre la estrechez a unos cinco a ocho centímetros del ano, que puede ser anular teniendo unas veces forma de diafragma y otras forma de media luna, o ser cilíndrica y de longitud variable, a veces tan grande

que alcanza el colon. Rara vez tiene forma de embudo de extremo ancho hacia abajo.

Hay casos en que la estrechez es tan marcada que el dedo apenas puede insinuarse en ella.

El límite superior de las lesiones es difícil de precisar, aún por la rectoscopia y por la radiografía, pues gradualmente desaparece en el tejido sano.

Las paredes del recto están engrosadas y rodeadas de un tejido de peri-rectitis esclero-lipomatosa donde se pueden encontrar ganglios inflamados.

En este tejido alterado es donde se forman abscesos que son el origen de trayectos fistulosos peri-anales, anfractuosos y rebeldes a la terapéutica.

El ano y la región peri-anal pueden estar indemnes o presentar fisuras, fistulas, ulceraciones y formaciones papilomatosas en un ambiente edematizado que en algunos casos se continua en el periné y la vulva.

ASOCIACION CON LAS OTRAS ENFERMEDADES VENEREAS

También éste es un punto muy importante que las nuevas investigaciones y la práctica frecuente de la cuti-Frei han venido a demostrar, por cuanto que su conocimiento nos permitirá descubrir la enfermedad cuando ésta, usando antifaz quiere ocultar su verdadera identidad y porque teniéndola in mente nos explicaremos muchos hechos como la falta de evidencia de la lesión primaria y la frecuencia

de antecedentes venéreos no linfogranulomatosos en individuos con cuadros crónicos como estrecheces rectales y que tienen cuti-Frei positivo.

Los autores Suramericanos han hecho hincapié en la frecuencia de estas infecciones mixtas, las cuales son frecuentemente dobles, a veces triples y aún cuádruples.

Estudiaremos aquí sólo las infecciones dobles, pero los caracteres clínicos, las diversas pruebas biológicas y microscópicas, nos permitirán sospechar y a veces afirmar las asociaciones de más de dos enfermedades venéreas.

ASOCIACION CON LA GONORREA

Esta asociación es frecuente, y se puede presentar de dos maneras: con puerta de entrada única o con puerta de entrada doble.

En la primera puede darse el caso de que la gonocoxia evolucione sin ninguna modificación y el L.V. puede pasar desapercibido, sea como una forma inguinal frustrada o como una forma iliaca cuyo ganglio no se evidencia. El L. V. se manifestará posteriormente por lesiones crónicas tardías o simplemente por la cuti-Frei positiva.

En otros casos los síntomas del L. V. se superponen a los de la uretritis Neiseriana, y a las tres semanas de la evolución de ésta, se presentan el edema y la adenopatía característica del L. V.

La puerta de entrada doble es difícil de constatar por

lo fugaz de la lesión linfogranulomatosa y sólo la anamnesis, la evolución y la cuti-Frei nos permiten presumirla.

ASOCIACION CON EL CHANCRE BLANDO

Como en el caso anterior, debido a la desigual incubación de ambas afecciones, los síntomas de la infección chancrelosa preceden a los del L. V.

La ulceración genital es generalmente un chancre blando y sólo la adenopatía aparece mixta y podría pensarse que el virus ha aprovechado la puerta de entrada abierta por el estrepto-bacilo para entrar él también.

May, cree encontrar caracteres clínicos especiales en este chancre, como son la coloración violácea de los bordes y la forma en corona al rededor del surco balano-prepucial.

En algunos casos raros se ha podido encontrar los dos chancros de inoculación, y la adenopatía revista en estos casos también los caracteres mixtos.

Además insiste May, en la importancia de los síntomas: edema regional y linfangitis troncular, para sospechar la asociación chancrelo-linfogranulomatosa.

La práctica sistemática de las cutireacciones de Frei y de Ito Reenstierna nos permitirá descubrir esta asociación cuando es clínicamente muda.

ASOCIACION CON LA SIFILIS

Dada la frecuencia de ambas enfermedades debemos de suponer que su coincidencia no es cosa rara.

La observación de puerta de entrada doble es excepcional y lo que generalmente vemos es el chancre indurado sifilítico.

Debido a que la incubación del L. V. es sensiblemente más corta que la de la Lues, los bubones linfogranulomatosos pueden aparecer antes que el chancre. Estos bubones tienen aquí también caracteres mixtos, y mientras evolucionan todavía, la Lues secundaria puede presentarse.

Hasta hace pocos años el diagnóstico clínico de esta asociación se consideraba extremadamente difícil, y son los autores Sur americanos encabezados por May, quienes tienen el mérito de haber señalado características especiales que permiten sospechar y aún afirmar la asociación que estudiamos.

Señalan en primer lugar la coloración violácea y a veces marrón de la superficie del chancre y un halo violeta al rededor del mismo. Luego destacan la importancia de la presencia del edema regional y de la linfagitis troncular. Conceden también igual significación a la presencia de la adenopatía ilíaca.

Cabe señalar aquí de paso, que May (1) tiene además el mérito de haber demostrado que la cuti-Frei no es alterada por la asociación, en contra de la opinión sostenida anteriormente de que la Lues activa produce un estado anérgico que enmudece la prueba. Nosotros creemos

que precisa la observación de un mayor número de casos para decidir la cuestión.

Ha sido señalada el hecho de la influencia favorable que el tratamiento antisifilítico tiene sobre la evolución del L. V. en estos casos de asociación, y solo en estos.

Cuando un individuo con lues latente contrae el L.V., éste evoluciona sin modificación.

PRUEBAS BIOLÓGICAS

Varias pruebas biológicas han sido ideadas para el diagnóstico del L. V.- Dos de ellas se destacan por su importancia: la Intradermoreacción de Frei y la prueba de la Fijación del Complemento. Alguna importancia reviste también la llamada Hemoreacción de Ravaut.

La Intradermoreacción de Frei. El L. V., al igual que otras enfermedades como el chancro blando y la tuberculosis, producen en el organismo de quien las padece, un estado especial de sensibilidad frente a su agente etiológico, que puede manifestarse en formas variables según las circunstancias, cuando un nuevo contacto con dicho agente se realiza.

Esta cualidad es la base de la universalmente conocida Intradermoreacción de Frei, llamada así en honor del famoso médico de Breslau, Wilhelm Frei, que en 1925 la dió a conocer, abriendo vastos horizontes al estudio

de la enfermedad.

La prueba de Frei consiste en investigar la alergia cutánea al virus linfogranulomatoso por medio de una inyección intradérmica de pequeña cantidad de dicho virus inactivado por el calor. Este virus inactivado se llama antígeno de Frei.

La técnica que Frei dió a conocer para la preparación de su antígeno es la siguiente: se obtiene pus linfogranulomatoso por punción aséptica de ganglios reconocidos y se diluye al décimo en suero fisiológico. Esta solución se calienta dos horas a 60o, y al día siguiente una hora a la misma temperatura. Hecho esto, se asegura la esterilidad por medio de cultivos y se comprueba su eficacia en enfermos de L. V. y en testigos sanos, y el antígeno está listo para usarse.

El título de la dilución ha sido posteriormente variado, algunos lo prefieren al uno por siete, otros al uno por cinco.

Es importante al hacer la preparación no pasar de la temperatura de 60o, pues se corre el riesgo de anular las propiedades antigénicas, por la sensibilidad del virus al calor. Al contrario el virus debe guardarse a baja temperatura en la cual conserva sus propiedades hasta un año y más.

Diferentes muestras de pus tienen desigual poder antigénico y en un mismo enfermo pueden dar respuestas a-

léricas de distinta intensidad. Esto explicaría los variables criterios en cuanto a la duración de la actividad de los antígenos, que como acabamos de decir es de un año por término medio guardándolo a baja temperatura.

Se ha tratado de conservar el poder antigénico del pus, disecándolo y conservándolo en un ambiente de anhídrido carbónico, con lo que queda reducido a un polvo amarillento, cuyo peso es igual al tercio del pus usado en su preparación. Este polvo diluido en suero fisiológico e inactivado por tindalización puede ser usado sin haber perdido ninguna de sus propiedades primitivas, siendo sus resultados idénticos a los que da el antígeno de Frei común, conservando estas propiedades por tiempo indefinido.

Varios otros antígenos han sido preparados con diferentes tejidos y secreciones de procesos linfogranulomatosos, habiendo demostrado actividad. El primero de estos fué el preparado con maceración y ganglios y luego le siguieron antígenos procedentes del raspado o de biopsia de lesiones génito-rectales y aún de materias fecales de enfermos de rectitis.

Franchi, obtiene resultados positivos con serosidad de un vesicatorio aplicado en la zona periganglionar. Clevert y Midana obtienen lo mismo con serosidad de lesiones eritematosas. Lebeuf, obtiene resultados positivos con pus de fistulas de procesos elefantíasicos ano-

recto-genitales.- El pus de las uretritis "tipo Waelsch" y de enfermos de induratio penis plástica también han dado resultados positivos. Lo mismo han demostrado tener poder antigénico el líquido céfalo-raquídeo y el suero sanguíneo de algunos enfermos.

El primitivo antígeno de Frei ha mostrado tener las siguientes desventajas: 1o. Dificultad de obtenerlo puro y libre de otros agentes; 2o.- el aprovisionamiento del material es limitado; 3o. La potencia del virus varía con las distintas muestras de pus, y 4o. no hay material de control.

Estas desventajas dieron lugar a que se buscara antígenos de origen animal.

Hellerstrom y Wessen, logran la preparación de un antígeno de cerebros de monos infectados.

En 1934, Grace y Suskind en Estados Unidos, logran obtener un buen antígeno de cerebros de ratas blancas infectadas, suspendido al 8% en suero fisiológico, inactivado por el calor o con formalina al 0,1 por ciento.

Este antígeno de cerebro de ratas tiene baja concentración de virus por lo que da lugar a reacciones dudosas y aún negativas en sujetos seguramente infectados de L. V. y además da reacciones no específicas que han sido descubiertas por la inyección de control con cerebro de ratas sanas.

Aunque mejor que el antígeno de origen humano, el an-

semanas y dos o tres meses después de la lesión inicial, y dura prácticamente toda la vida.

En algunos casos hay un estado de anérgia que persiste más allá del tercer mes, y el diagnóstico en estos casos se hace recurriendo a lo que se llama prueba de Frei cruzada, que consiste en usar el material sospechoso del enfermo (pus de bubón, de fístula, de uretritis, etc.) como antígeno, haciendo pruebas de Frei corrientes en reconocidos enfermos de L. V. y en testigos sanos.

En relación al estado anérgico que se ha creído producir la lues temprana activa, ya hemos visto que May afirma basado en sus experiencias que esta anérgia no existe.

Se presentan a veces estados de hiperalérgia que se manifiestan en la Frei por escasos o pequeños abscesos.

El lugar más adecuado para la intradermoreacción es la cara anterior del antebrazo en su tercio medio. Se puede hacer también en el brazo (región deltoidea), y en la pierna. Algunos recomiendan como sitio mejor la espalda o la pared torácica, argumentando que el antebrazo está más sujeto a rozamientos que pueden falsear la prueba.

La técnica de la intradermo reacción es simple: con jeringa pequeña se inyecta en el dermis un décimo de c.c. del antígeno.

La inyección debe ser rigurosamente intradérmica para lo

cual se usa aguja delgada y bien afilada. Si la inyección se hace subcutánea la prueba puede resultar falsa negativa.

La lectura de la reacción se hace a las 48 y a las 72 horas. Las modificaciones que se pueden observar a las 24 horas no tienen significación.

Las respuestas alérgicas se manifiestan generalmente en forma de una pápula infiltrada de dimensiones variables según la intensidad de la reacción, rodeada de un halo eritematoso que tiene menor significación.

Existen discrepancias en el criterio para decidir si una reacción es positiva o negativa.

Desde las reacciones absolutamente negativas en las cuales apenas queda el rastro de la aguja por algunas horas, hasta las intensamente positivas con pápula infiltrada de dos y medio a tres centímetros de diámetro, rodeadas de eritema hasta de ocho centímetros, caben todos los matices.

Se admite generalmente que una pápula de seis milímetros o más indica una reacción positiva, pero el criterio en los casos dudosos debe estar estrechamente ligado a los elementos clínicos.

Se ha tratado también de expresar la intensidad de la reacción por medio de cruces, de una hasta cuatro, según la intensidad de ésta.

Un elemento importante para asegurar la positividad de una prueba es su duración. Generalmente, la prueba perma-

nece positiva durante cinco a siete días, pero puede durar semanas y aún meses.

La hemo-reacción de Ravaut se basa en la observación hecha por Wellerstrom de que la inyección intravenosa de antígeno de Frei, provoca en los enfermos de L. V. un movimiento febril, que no se observa en individuos sanos, y que llevó a Ravaut, a Levaditi y a Maisler a usarla como medio diagnóstico.

May (1) dice de ella lo siguiente: "de acuerdo con mi experiencia, con antígeno de origen humano, inyectando tres décimos de c.c., se obtiene ascensos febriles que pasan de 38 grados, movimiento febril que es precedido por un estado transitorio de hipotermia, y que comienza generalmente a las 6 o 7 horas de la inyección. Este ascenso febril es de rápido descenso, pero algunas veces puede persistir por dos o tres días con oscilaciones más o menos marcadas. Esta reacción no solamente da resultados positivos en las etapas agudas de la enfermedad, sino también en los procesos crónicos, especialmente en los últimos, como he podido observarlo en los enfermos de induratio penis plástica, en los cuales he usado el antígeno como medio curativo y como medio diagnóstico, siendo a veces la respuesta más clara y más sensible que la intradermoreacción de Frei."

Como vemos por estos conceptos, la prueba de Ravaut puede reemplazar a la prueba de Frei con ventaja en algu-

IMPORTANCIA DE LA REACCION DE FREI

Hay consenso casi general en afirmar la especificidad de la prueba de Frei, especificidad que llega hasta su histopatología como lo demostró Franchi.

En casos de individuos clínicamente reconocidos como enfermos de L. V. su especificidad es de 100%, salvo los casos raros de anérgia transitoria que se observan al principio de la enfermedad.

En individuos adoleciendo de otra enfermedad venérea, una Frei positiva tiene una alta significación para afirmar coexistencia del L. V. e infección linfogranulamatosa anterior.

Es explicable que en una enfermedad que podríamos decir "se está haciendo", sea realmente difícil decir hasta qué punto está enfermo un individuo clínicamente sano y sin pasado venéreo y que exhibe una Frei positiva, y es en este punto donde algunos autores, pocos por cierto, han puesto en duda el valor de esta reacción.

Es de creer sin embargo, que en estos casos la enfermedad existe en estado latente igual que sucede a veces con la sífilis, e igual que en ella también debemos de aceptar el término latente como "de comodidad" y esperar que mejores investigaciones descubrirán localizaciones ocultas de la enfermedad.

Sin embargo, cada día que pasa, asegura más el prestigio de esta prueba que según palabras de Midana: "sin

camino recorrido en estos últimos años en nuestros conocimientos de la enfermedad de Nicolás y Favre, es debido a este método de investigación".

Es del caso recordar que fué la reacción de Frei positiva la que llevó a los japoneses Hashimoto y Tannata a descubrir la etiología linfogranulomatosa de la conjuntivitis de Perinaud, también llamadas Frimaverales.

Son muy numerosos los autores de gran prestigio que aseguran la especificidad de la Frei. Entre ellos se cuentan: Hellerstrom, Wessen, Ravaut, Nicolau, Banciu, Levaditi, De Gregorio, Gay Prieto, Sainz de Aja, etc. y que le dan porcentajes de seguridad que varían entre 90 y 100 por ciento.

May (1) dice: "soy un convencido del valor absoluto de la intradermoreacción de Frei positiva, cuando se usa un buen antígeno. La reacción de Frei traduce que estamos frente a un organismo que ha sido invadido por el virus poradénico. El clínico tratará de resolver si la etiología del proceso que se observa puede o no atribuirse a dicho virus".

Ravaut agrega "de las reacciones que utilizamos cada día en clínica, la Frei nos parece una de las más bellas por su pureza, su especificidad y su significación".

Prueba de fijación del complemento. Varias tentativas para obtener una prueba de Fijación del Complemento para el diagnóstico del L. V., fueron hechas antes de 1938, en que Melczer y Sipos reportaron que esta prueba podía hacerse a condición de que se obtuviera un antígeno de buena calidad.

Rake, McKee y Shaffer (4) que hacían experiencias en la propagación del virus del L. V. en yema de huevo de gallina y en pulmones de rata dirigieron sus esfuerzos en este sentido.

Posteriormente informaron haber obtenido éxito al lograr un antígeno adecuado tanto de las siembras en huevo como en pulmones de rata y sus resultados de Pruebas de Fijación del Complemento fueron ratificadas por la intradermoreacción de Frei. Hicieron notar que a bajas diluciones solamente daba resultado el antígeno de yema de huevo, por lo cual sólo usaban antígeno de rata cuando se producían reacciones no específicas con el primero.

El antígeno de yema de huevo lo obtenían al principio por sedimentación de la yema que después suspendían en formalina y suero fisiológico. En 1942, Nigg, obtiene un antígeno crudo inactivado con urea o eter que resulta más económico. Recientemente el mismo Nigg en unión de Bowser consiguen mejorar el antígeno tratándolo con fenol en vez de formalina.

Así mejorado el antígeno sirve a los autores norteamericanos para realizar pruebas de Fijación del Complemento en serie demostrando que tiene mayor sensibilidad que la Frei para detectar el L. V.

Prácticamente tiene sin embargo algunas desventajas como son la de necesitar una instalación completa de Laboratorio, con personal especializado para su realización.

Por otra parte tiene la ventaja de que la observación continuada del enfermo durante varios días es innecesaria, lo que se adapta mejor para la realización de la prueba en forma rutinaria como lo aconsejamos nosotros, haciéndose la toma de sangre simultáneamente con la que se usaría para la serología de lúes.

PRONOSTICO.

El Dr. González Bonilla cita en su ya mencionado trabajo la acertada frase del Dr. Aguilar Alvarez de México, - al comentar uno de los variados nombres del L. V., que dice: "la Linfogramulomatosis Benigna Inguinal, no tiene nada de benigna, tiene algo de inguinal, y mucho de crónica".

Sin embargo, debemos admitir que en un alto porcentaje el L. V. tiene evolución benigna, sobre todo si tomamos en cuenta las formas inguinales frustras, que la anamnesis y la Frei sistemática descubren.

Algunas veces la enfermedad reviste gravedad en sus formas septicémicas agudas, como las meningitis y peritonitis que pueden producir la muerte.

Las formas inguinales tienen generalmente una evolución de meses, llegando a la curación clínica, pero que dejan como vestigio una Frei positiva y a veces modificaciones del fondo de ojo y de líquidos cefaloraquídeos, cuya significación y trascendencia están aún por determinar.

Las formas genito-urinarias como hemos visto son de tenaz cronicidad, pero son tolerables y rara vez comprometen el estado general.

Las localizaciones epididimarias y el síndrome de induratio penis plástica pueden conducir a la impotencia.

Las manifestaciones ano-recto-cólicas, sobre todo las estrecheces rectales, constituyen los cuadros crónicos más graves de la enfermedad, pues conducen frecuentemente a la invalidez y aun a la muerte.

TRATAMIENTO

No existe medicación específica para el L. V. y es variada la terapéutica que se ha usado para combatirlo.

En 1933, Frei afirmó: "hasta la fecha no ha habido un método quimioterapéutico eficaz para el tratamiento del linfogranuloma venéreo."

Los agentes terapéuticos que se han usado pueden clasificarse en cuatro grupos: a)-terapéutica quirúrgica; b)-fisioterapia; c)-quimioterapia; d)-terapéutica biológica.

La terapéutica quirúrgica la aplicaron Nicolás, Favre y Durand, siguiendo la técnica adoptada para bubones de otra naturaleza, abriendo sucesivamente cada foco de supuración ganglionar que aparece.

Más tarde se hicieron intervenciones más amplias, que

a veces fueron excesivas, llegando al completo vaciamiento ganglionar de la ingle.

Estos procedimientos estuvieron en boga hace algunos años, pero ahora están casi abandonados, y lo que algunos autores hacen todavía es la punción evacuadora de los abscesos intraganglionares.

El motivo del abandono de las incisiones y de las ablaciones, sobre todo de estas últimas, fueron las dificultades operatorias debidas a la peri-adenitis y a las secuelas de edema y a veces elefantiasis causados por las cicatrices retráctiles.

En las formas rectales, especialmente las estenosantes se ha empleado más la cirugía, haciéndose anastomosis contra natura ilíacas definitivas, o previas a resecciones del recto, por las vías perineal o abdomino-perineal. La primera es a veces muy dificultosa, pues las adherencias de perirectitis impiden localizar el límite superior de las lesiones, las que no extirpadas completamente son causa posterior de recidivas.

Fisioterapia.- El frío y el calor han sido usados generalmente sin éxito. Solamente la diatermia en ambas ondas larga y corta, combinadas con dilataciones ha dado algún resultado en las formas rectales.

Los rayos ultra violetas, dieron mas bien resultados contraproducentes. Los rayos X, dieron algún buen efecto sustituyendo a las incisiones que se hacían al principio.

Quimioterapia.- Numerosos medicamentos han sido usados con resultados variables. Ninguno es efectivo en todos los casos, y el mejor resultado se obtiene combinándolos y alternándolos.

El primero que se empleó fué el yodo, ya en forma de yoduro de potasio, ya en forma de otros derivados yódicos, administrados por vía oral.

Los antimoniales son los que mejor resultado han dado antes de la sulfoterapia y han resistido la prueba del tiempo. El producto más usado ha sido el tártaro emético en solución al 1%, por la vía intravenosa, en series de 20 inyecciones, a dosis progresivas de medio c.c. hasta cinco c.c.

Hace algunos años se usaba un antimonial de patente llamado Fuadina, y actualmente hay en el mercado un producto llamado Repodral, que es una sal compleja trivalente.

Chavallier y Feibrer, aconsejaron el uso del salicilato de soda, a la dosis de seis a ocho gramos por vía oral, y un gramo por vía intravenosa.

Ya hemos mencionado el estudio del Dr. Carlos Alfredo Menéndez, sobre el uso del Xilol, en esta enfermedad, en forma de gotas y a dosis que varían de CXX a CXL gotas, continuadas en algunos casos hasta por cuatro meses, y reportando magníficos resultados tanto en los casos agudos como en los procesos crónicos ano-recto-genitales.

Este tratamiento ha continuado empleándose entre nosotros

y se ha probado ser eficaz por lo menos en numerosas formas inguinales. Tenemos noticias de que se le usa en otros países centroamericanos y aun en Argentina.

A partir de 1938, nuevas esperanzas nacieron en el tratamiento del L. V., con la introducción de los sulfamidados.- Pronto se informó de buenos resultados obtenidos con el Prontosil Album. También se recomendó el uso de un unguento de Prontosil al 10 por ciento en lanolina para aplicación en los bubones abiertos. Luego se reportan buenos resultados obtenidos con la sulfanilamida por sí sola y en combinación con Rayos X, o con el yodo y el antimonio.

Se pasa luego a la experimentación animal en ratones lográndose reducir la mortalidad en dichos animales infectados con el virus del L. V., por medio de la sulfapiridina y el sulfatiazol del 34 al 49 por ciento. Luego se hacen experimentos con virus más concentrados cultivados en el huevo de gallina lo que permite catalogar las sulfas según su actividad en el orden siguiente: Sulfadiazina, Sulfatiazol y Sulfaguanidina.

Poco después se usó la sulfaterapia en combinación con la antigenoterapia, habiéndose reportado muy halagadores resultados en esta combinación.

Bercobitz, informa haber obtenido éxito con esta terapia en forma lenta y gradual en los casos de obstruc-

ciones rectales, afirmando que el tratamiento completo no debe durar menos de un año.

La sulfamilamida ha sido también ampliamente usada a la dosis media de un gramo diario, variándose según la tolerancia, en un promedio de tratamiento de cuatro semanas para la infección inguinal y de veintiuna semanas para la anorectal. Algunos autores han usado dosis verdaderamente altas de estos sulfas cuando la tolerancia del paciente lo ha permitido, intercalando períodos de descanso hasta de tres semanas.

En general la sulfaterapia ha probado ser más efectiva en las formas inguinales que en los procesos anorectogenitales.

La droga preferida últimamente es la sulfadiazina a la dosis de dos tabletas de medio gramo cada cuatro horas, en curas de 5 días, repetidas varias veces según la evolución y la tolerancia. Entre una cura y otra se dejan descansos de 4 a 5 días o se da otra medicación.

Tratamiento biológico. Se usó primero la vacuna Delbet que se preparaba de los ganglios extirpados. Después se usó el suero de convalescientes con medianos resultados. También se ha usado el pus de los ganglios.

De estos medios biológicos la antígenoterapia es la que mayores éxitos ha dado y la que conserva mayor número de partidarios.

Se emplean 3 vías: la vía subcutánea, la vía intra-

dérmica y la vía intravenosa. Las dos primeras han sido poco usadas y es la tercera la que frecuentemente se usa. Fué preconizada por Hellertrom en 1941 y al hablar de la demoreacción de Ravaut hablamos de sus características. En manos de los autores suramericanos ha dado muy buenos efectos llegando éstos hasta inyectar un centímetro cúbico de antígeno. Por lo general dicen a la sexta inyección hay una mejoría clínica notoria y a veces los resultados son sorprendentes. Con esta antigenoterapia May asegura haber curado o mejorado notablemente casos avanzados de induratio penis plástica. Las inyecciones se hacen cada 3 o 4 días según las reacciones febriles que se obtienen.

Tratamiento con Antibióticos.- Con la era de los antibióticos también se ha abrigado esperanzas de obtener un agente eficaz en el tratamiento del L. V.

La Cloromicetina y la Aureomicina administrados previamente, evitan los efectos letales de la inyección del virus linfogranulomatoso en el cerebro de ratas y en huevos de gallina y han demostrado tener actividad curativa en varias enfermedades producidas por virus y actualmente se las está usando contra el L. V.

Los resultados obtenidos son alentadores pero no concluyentes y una experiencia más extensa dirá la última palabra.

Lo mismo podemos decir de la Terramicina.

PROFILAXIS

Esta puede ser individual o colectiva.

Individual.- Es igual que la de las otras enfermedades venéreas y no la repetiremos aquí.

Solamente agregaremos como profilaxis de las formas rectales la importancia de evitar el uso de cánulas de enemas rectales (de los que tanto abusa nuestra medicina casera) sin esterilizarlos o desinfectarlos previamente.

Colectiva.- La profilaxis colectiva se realiza por medio de la adopción de las medidas siguientes:

1°. - Prohibición y sanción de la prostitución que es el principal factor de diseminación de la enfermedad.

2°. - Labor de divulgación entre el público especialmente entre las clases sociales pobres de conocimientos elementales de esta enfermedad y de los métodos de profilaxis individual de las enfermedades venéreas.

3°. - Establecimiento del certificado médico pre-nupcial obligatorio, exigiéndose la prueba de Frei o mejor aún la de fijación del complemento, al mismo tiempo que la serología de sífilis.

4°. - Realización de la prueba de Frei o a ser posible la de fijación del complemento en forma rutinaria, especialmente en individuos jóvenes.

5°. - Establecimiento de Consultorios Venereológicos -

cos en cantidad, forma, distribución y ubicación adecuados para el tratamiento y estudio de los casos que resultaren positivos.

6°. - Gestión ante los Poderes Públicos de que se adopten medidas tendientes al abaratamiento y fácil obtención de los medicamentos usados en el tratamiento de esta enfermedad, lo mismo que de las substancias o materiales usados para las pruebas diagnósticas.

ESTUDIO DE DOSCIENTAS OCHENTA
PRUEBAS DE FREI

Hemos realizado 280 pruebas de Frei distribuidas en 5 grupos, así:

1° - 100 pruebas en alumnos Guardias Nacionales.

2° - 125 pruebas en soldados del Primer Regimiento de Artillería.

3° - 30 pruebas en mujeres jóvenes asiladas en la Sala de Maternidad del Hospital Rosales.

4° - 15 pruebas en niños asilados en la Sala de Cirugía del Hospital Bloom.

5° - 10 pruebas en individuos viejos asilados en los Servicios de Dermatología y 2°. de Medicina Mujeres del Hospital Rosales.

Hubiéramos tenido interés en hacer reacciones también en prostitutas, pero el año próximo pasado, las autoridades sanitarias, con muy buen criterio declararon ilegal el comercio sexual y clausuraron el Hospital llamado de Profilaxis.

Ya relatamos al principio que en 1938 el doctor Carlos Alfredo Menéndez encontró 41% de Frei positivas en ellas y se las considera el factor principal en la propagación de la enfermedad.

ANTIGENO USADO. - Hemos usado antígeno procedente del cultivo del virus en embrión de pollo que la casa -

E. R. Squibb & Sons, ofrece comercialmente con el nombre de Lygranum S. T., en frascos de 1 c.c., suficientes para diez pruebas y cuya técnica de preparación ya describimos. Su asepticidad y eficacia son rigurosamente comprobadas antes de lanzarlos al mercado. Acompaña a cada frasco de antígeno otro llamado de Lygranum Control S. T., que ha sido preparado de embriones de pollos normales de 10 días de incubación y que se usa simultáneamente con el antígeno y en las mismas dosis - con objeto de descubrir las reacciones no específicas a las proteínas del huevo de gallina.

Este Lygranum S. T. goza de general aceptación científica y carece de las desventajas del primitivo antígeno de Frei y que ya mencionamos. Por este motivo, por no ser hechas con antígeno humano, las pruebas que hemos realizado, no son genuinamente de Frei, sino reacciones de Frei modificadas.

INSTRUMENTAL. - Hemos usado dos jeringas de 1 c., de las usadas corrientemente para inyectar Insulina cuya graduación permite fácilmente leer las fracciones - de c.c.

Usamos separadamente una jeringa para el antígeno y otra para el control. Empleamos agujas N° 25 de 1/2 pulgada de longitud.

El material lo esterilizamos a la ebullición con alcohol.

TECNICA.- Hemos seguido estrictamente la técnica conocida: inyección rigurosamente intradérmica de 1/10 de c.c. de antígeno en la piel de la cara de flexión - del antebrazo izquierdo, en su tercio medio, seguido - de la inyección de igual cantidad de control a una distancia de 10 centímetros.

Después de esterilizar la piel se hace caminar la aguja en el espesor del dermis unos 8 a 10 mm. Levantando la jeringa se observa que la punta de la aguja al bajar hace tracción en la piel, lo que asegura que no se ha caído en el tejido celular subcutáneo. Hecha esta comprobación se inyecta y se saca la aguja rápidamente.

Al hacerse la inyección correctamente en el dermis se formará una pápula urticariana como de 6 mm. de diámetro, tanto en el antígeno como en el control.

CRITERIO PARA LA LECTURA DE LOS RESULTADOS.- Hemos seguido el criterio recomendado por la casa fabricante del Lygranum S. T. para interpretar la reacción a las 48 y a las 72 horas, observando después las positivas durante el tiempo necesario.

Este criterio es el siguiente: prueba negativa: Ausencia de pápulas o pápulas de menos de 6 mm. de diámetro en ambas inyecciones. Prueba positiva: pápula de más de 6 mm. de diámetro en el antígeno y ausencia de pápula o pápula de menos de 6 mm. de diámetro en el control.

Cuando en ambas inyecciones se desarrollan pápulas

de más de 6 mm. se trata de reacciones no específicas a la proteína del huevo.

Por otra parte hemos considerado como dudosas las pápulas que medían de 4 a 6 mm. en el antígeno sin reacción en el control.

REACCIONES EN ALUMNOS GUARDIAS NACIONALES.- Se trata de aspirantes a Guardias Nacionales, individuos generalmente sanos, cuyas edades oscilan entre 16 y 30 años. Antes de ingresar al Cuerpo han debido mostrar serología de sífilis y fluoroscopia del tórax negativas. A cada uno de ellos los sometimos a un interrogatorio averiguando lo siguiente: Nombre, edad, estado civil, edad en que tuvo las primeras relaciones sexuales, antecedentes patológicos personales, especialmente en relación con enfermedades venéreas, serología de sífilis y adenopatías inguinales.

Hecho ésto procedimos a practicar la inyección en grupos de 20, exponiéndoles la importancia de la investigación que íbamos a hacer y todos colaboraron gustosos.

La edad media general fué de 22.23, con mínima de 17 y máxima de 30.

Hay 11 casados y 89 solteros.

La edad de las primeras relaciones sexuales da una media de 14 años.

Con antecedente venéreo franco 45

Con historia de serología positiva 1

Hay entre ellos 16 que dan historia de adenitis inguinal al parecer no venérea.

Resultados de la Frei:

Positivos	18
Reacción no específica	1
Dudosas	2
Negativas	79

Estudio de los positivos:

1° - En relación con la edad. La edad media de los positivos es exactamente de 24 años.

La edad media de los negativos es de 21.08.

La edad media general es de 22.28

2° - En relación a los años de actividad sexual - presumible por la relación de la edad de las primeras relaciones sexuales y su edad actual:

Positivos	8.8 años
Negativos	6.07 "
Media	7.05 "

3° - En relación con antecedentes venéreos: de los 18 positivos, 14 tienen antecedente venéreo franco, o sea un 77%.

Entre los negativos hay solamente un 49.3% de antecedentes venéreos.

Los dos dudosos también tienen antecedente venéreo.

4° - Encontramos una reacción no específica, o sea 1%.

De los datos anteriores se deduce que hay una relación directa entre la positividad de la reacción y el aumento de la edad de los sujetos, el mayor tiempo de actividad sexual de ellos y la frecuencia de antecedentes venéreos.

Es del caso señalar que entre los 79 negativos de este grupo, hay dos que corresponden a individuos que guardaban cama en la enfermería, con diagnóstico clínico y radiológico de neumonía atípica, lo cual tiene alguna significación para afirmar la especificidad de la Frei, aún en el grupo de las enfermedades a virus.

La duración de la Frei fué de cinco días como mínimo y 30 como máximo, con una media de 15 días. En dos casos se formó escara.

Hicimos tacto rectal a los 18 positivos no encontrando anormalidades.

Se hizo examen de fondo de ojo a catorce de los 18 positivos, habiendo encontrado el Dr. Sánchez Mainera alteraciones características en ocho de ellos, - siendo así su reporte: "no hay alteraciones conjuntivales. Medios transparentes normales: Fondo de ojo: - se encuentran en la mayor parte de los casos congestión venosa y arterial. En algunos la flexosidad de los vasos está aumentada. La papila aparece frecuentemente congestionada. No hay en ninguno de ellos exudado ni hemorragias de la retina. La alteración predo-

minante fué la congestión de la papila y de los vasos".

También se hizo fondo de ojo en 10 de los negativos y se encontraron las mismas modificaciones en un caso solamente.

Tenemos pues, los porcentajes siguientes:

Modificaciones de fondo de ojo en los Frei positivos: 57%.

Modificaciones de fondo de ojo en los Frei negativos: 10%.

REACCIONES EN SOLDADOS.- Se trata de individuos jóvenes, sexualmente activos en su gran mayoría, que son reclutados en el campo o en las poblaciones pequeñas del departamento de San Salvador, generalmente solteros y analfabetas, que llegados a la capital tienen frecuentemente relaciones sexuales con prostitutas.

Pocos de ellos dan historia de haberse hecho serología de lúes. Sus edades oscilan entre 15 y 27 años.

La edad media de las primeras relaciones sexuales es sensiblemente igual a la de los Guardias, y hay 6 de ellos que las niegan. Como la edad media de estos individuos es inferior a la de los Guardias, en la relación de 22.28 a 19.64, el tiempo de actividad sexual está por ésto también disminuído y las oportunidades de contagio venéreo han sido menores.

Realizamos 125 pruebas de Frei en ellos. Hicimos la misma encuesta que con los Guardias. Las respuestas

fueron menos precisas, pues se trata de individuos más jóvenes y de menor preparación intelectual.

Obtuvimos los datos siguientes:

Con antecedente venéreo 22

Sin antecedente venéreo 103

Hay 10 que dan historia de adenitis inguinal al parecer no venérea.

Resultados de la Frei:

Positivos 12

Dudosos 2

No específica 1

Negativos 110

De estos 12 positivos, 5 tienen antecedente venéreo, o sea un 41.75%.

Entre los negativos hay 15 con antecedente venéreo lo que da un 13.63%.

Los 2 dudosos también tienen antecedente venéreo.

En 2 de los positivos encontramos proceso ganglionar inguinal. En el primero hay un plastrón ganglionar inguinal izquierdo, poco doloroso, de cinco meses de evolución y en el segundo hay una tumoración ganglionar inguinal derecha, del tamaño de un jocote mediano, moderadamente doloroso a la presión y con una evolución de tres semanas. Ambos procesos pueden relacionarse fácilmente al L. V., que por no ser muy dolorosos no obligan a guardar cama.

Entre los negativos hay uno que estaba con erupción varicelosa en el momento de realizarle la prueba, lo que tiene igual significación que la negatividad en las neumonías atípicas del grupo anterior.

Los 6 que negaron relaciones sexuales fueron negativos.

Se nota también en este grupo la mayor incidencia de antecedentes venéreos en los positivos.

Es de notar también el hecho importante de dos enfermos de L. V., a forma inguinal descubiertos por la Frei colectiva.

Resumen de los resultados de la Frei en los dos primeros grupos:

Positivos	30
Dudosos	4
No específica	2
Negativos	189

Tenemos pues, estos datos concretos: porcentaje de positividad en individuos jóvenes, sexualmente activos, de 15 a 30 años de edad, pertenecientes a clases sociales pobres, del sexo masculino: 13.28%.

Porcentaje de reacciones no específicas en estos mismos individuos: 0.88%.

REACCIONES DE FREI EN MUJERES JOVENES.- Se trata de mujeres sexualmente activas, pertenecientes a clases sociales pobres, de oficios domésticos, sirvientas

y costureras. La mayoría son multíparas y solteras. Hicimos 30 reacciones de las cuales sólo pudimos aprovechar 27. Están asiladas la mayoría (18) con diagnóstico de aborto incompleto, otras están al final de su embarazo normal (5) y otras están en el tercer trimestre de embarazo con complicación variable. Sus edades oscilan entre 17 y 30 años.

Cuatro de ellas declaran leucorrea y una tiene Bartolinitis izquierda.

Los resultados de la Frei fueron:

Positivas	3
Negativas	24

En dos reacciones en embarazadas a término que resultaron negativas, observamos en el lugar de la inyección del antígeno en una y del control en la otra, la formación de equimosis de más de 2 centímetros de diámetro, lo que se explicaría por el aumento de la fragilidad capilar al final del embarazo.

Resumiendo los resultados de la Frei en los tres primeros grupos, tenemos:

Positivos	33
Dudosos	4
No específica	2
Negativos	213

Resulta de esto, que en individuos jóvenes sexualmente activos, de ambos sexos, hay Frei positiva en 13.09%.

REACCIONES EN NIÑOS.- Este grupo está formado por 15 niños asilados en la Sala de Cirugía del Hospital - Bloom por diversas causas, la mayoría por traumatismos y cuyas edades oscilan entre 8 y 11 años.

Los resultados fueron:

Negativos	14
No específica	1

Esta reacción no específica fué de una gran nitidez, formándose desde las 24 horas en el antígeno y en el control máculas-pápulas circulares, de bordes marcados, como de 12 mlm. de diámetro, que casi habían desaparecido a las 72 horas.

Tenemos, pues, un 100% de negatividad en niños. Podemos agregar a este grupo, los 6 soldados que niegan relaciones sexuales y tenemos también 100% de negatividad en niños y jóvenes que no han tenido relaciones sexuales.

REACCIONES EN ADULTOS Y VIEJOS.- Se trata de adultos viejos cuyas edades oscilan entre 46 y 71 años. Están asilados en el Servicio de Dermatología y en el Segundo de Medicina Mujeres del Hospital Rosales por causas diversas: úlceras varicosas, micosis, escrofulodermia, etc.

Los resultados de la Frei fueron:

Positivos	2
Negativos	8

Los 2 positivos tienen 46 y 48 años respectivamente,

lo que nos dá idea de la persistencia de la Frei, pues si bien es cierto que afirman tener todavía relaciones sexuales, pasaron algunos años ^{hace} la juventud, época en - que es presumible que fueron contaminados.

ESTUDIO DE CONJUNTO.- En el conjunto de las 277 - reacciones de Frei que leímos, hechas en niños, jóvenes, adultos y viejos de ambos sexos, obtuvimos los resultados siguientes:

Positivos	35
Dudosos	4
No especifica	3
Negativos	235

Lo que nos dá los porcentajes siguientes:

Positivos	12.63%
Dudosos	1.44%
No especifica	1.08%

CONCLUSIONES

PRIMERA. - En individuos jóvenes de ambos sexos, sexualmente activos y pertenecientes a clases sociales pobres, se encuentra un 13.09% de Frei positivos y un 0.88% de reacciones no específicas.

SEGUNDA. - Hay una relación directa entre la positividad de la reacción y el aumento de la edad, el mayor tiempo de actividad sexual y la frecuencia de antecedente venéreo en estos mismos sujetos.

TERCERA. - Se encuentra un 100% de Frei negativos en niños y en jóvenes que no acusan relaciones sexuales.

CUARTA. - En el conjunto de las 277 reacciones de Frei que leímos, encontramos un 12.63% de positividad y un 1.08% de reacciones no específicas.

QUINTA. - La Frei colectiva que realizamos en soldados nos permitió descubrir dos casos de L. V. a forma inguinal.

SEXTA. - No encontramos alteraciones rectales en ninguno de los Frei positivos a quienes hicimos tacto rectal.

SEPTIMA. - En un 57% de los 14 guardias con Frei positivo, a quienes hicimos fondo de ojo se encontraron las alteraciones características descritas en el L. V. En un grupo de control de 10 negativos se encontraron estas alteraciones en un caso solamente, o sea en un 10%.

OCTAVA. - La falta de antecedente de bubones linfogranulomatosos típicos en muchos positivos, nos permite sospechar la relativa frecuencia de las formas frustras de la adenopatía.

NOVENA. - Se impone una activa campaña sanitaria contra esta enfermedad, y el primer paso de esta campaña es la realización de la prueba de Frei en forma sistemática, para establecer el índice epidemiológico.

DECIMA. - Mejor aún que la prueba de Frei para ser realizada en serie, es la prueba de Fijación del Complemento, que no necesita observación ulterior del sujeto, (pero en cambio implica instalación completa de Laboratorio con personal especial). Esta prueba bien podría ser realizada por los laboratorios de la Dirección General de Sanidad, haciéndose la toma de sangre simultáneamente con la que se toma para serología de lúes.


BIBLIOGRAFIA

- 1 - Parolinfadenitis - José May.
- 2 - Dermatología y Sifilografía - V. Pardo Costelló.
- 3 - La linfogranulomatosis Sub-aguda Benigna -Gay Prieto.
- 4 - Linfogranuloma Venéreo - E. R. Squibb & Sons.
- 5 - Contribución al nuevo tratamiento de la Enfermedad de Nicolás y Favre por el Xilol, via oral -Dr. C.A.Menéndez.
- 6 - Contribución al Estudio del Linfogranuloma Venéreo - Dr. Esteban Reyes.
- 7 - Formas rectales de la Linfogranulomatosis Venérea - Dr. Carlos González Bonilla.
- 8 - Enfermedad de Nicolás Favre - Dr. Alberto Viale.
- 9 - Dermatology - Becker y Overmayer.
- 10 - Dermatology and Sifilology - Darier.
- 11 - Anatomía Humana - L. Testut.
- 12 - Tisiología - Boettner.
- 13 - Patología Externa - E. Forgue.
- 14 - Monde Medical #913.
- 15 - The Diagnostic Value of the Frei Reaction - Von Haam y D'Aunoy.
- 16 - La Incidencia del Linfogranuloma Venéreo Determinado por la prueba de Fijación del Complemento -N.M. Luger.
- 17 - "Fiebre de Origen desconocido" debida al Linfogranuloma Venéreo - Norton M. Luger.
- 18 - Recent Advances in the Study of Venereal Diseases - Instituto de Educación de Enfermedades Venéreas.