

Dos casos de enfermedad de Nicolas Favre

Por los doctores J. A. PIQUINELLA y J. E. MOREAU

(Informe del Dr. A. LAMAS)

Observación clínica.—Alex B., yugoeslavo, de 48 años de edad, ingresa a la Sala Artigas. Servicio del Servicio del Profesor A. Lamas, en Setiembre de 1932, en viado de la ciudad de Colonia.

Motiva su ingreso la siguiente historia: hace un mes sintió ligeros dolores en la región inguinal izquierda, que aparecían sólo al caminar provocándole una molestia bastante tolerable pero cuya persistencia le llevó a observar la región inguinal izquierda notando la presencia de una tumoración que ha ido aumentando lentamente de tamaño hasta el momento de su ingreso.

Las molestias dolorosas sólo experimentadas al caminar han continuado, apareciendo hace quince días una tumoración semejante en la región inguinal derecha que también ha aumentado lentamente de volumen.

Examiado en el momento del ingreso se nota: enfermo con excelente estado general; tumoración inguinal izquierda: inmediatamente por debajo de la arcada de Falopio dos tumoraciones ganglionares — ganglios de la cadena superficial — del tamaño de una nuez grande, siendo la tumoración interna un poco más voluminosa. Muy discreta periaidenitis; profundamente se siente un ligero empastamiento difuso.

La tumoración ganglionar interna tiene consistencia uniformemente firme pero más bien elástica que dura; la externa tiene consistencia uniformemente blanda, no fluctuante. No hay adherencia a la piel que está sin embargo ligeramente adenomatosa en toda la región inguino-crural. Los ganglios ilíacos están legeramente aumentados de volumen. La palpación es absolutamente indolora.

En la región inguinal derecha se observa: por debajo de la arcada de Falopio hay tres tumoraciones ganglioreares de menos tamaño que las del lado izquierdo con ligera periaidenitis, no adherentes a la piel, absolutamente indoloras y de consistencia dos de ellas uniformemente firme y la tercera blanda, no fluctuante. Los ganglios ilíacos no están aumentados de volumen.

Las otras regiones ganglionares del organismo no presentan nada de anormal.

No hay historia de lesión anterior genital que haya atraído la atención del enfermo y el examen de sus órganos genitales no revela ninguna huella de lesión. Meato sano, no hay uretritis.

El examen del ano revela un hecho interesante: situadas a las 2, 6 y 8 el enfermo presenta tres fisuras que no le provocan absolutamente ningún trastorno en el momento de las deposiciones y que toleran perfectamente el tacto rectal que no revela por otra parte nada de anormal. Nunca ha tenido trastornos en el momento de la defecación.

Buen estado general, no hay ningún antecedente patológico importante. El en-

fermo no ha adelgazado, está apirético ignorando si han habido variaciones térmicas en el tiempo que lleva de enfermedad. Nada cardíaco ni pulmonar. Examen de orina normal. Urea en el suero sanguíneo 0 gr. 35 por litro. Reacción de Wassermann: francamente negativa.

Examen de sangre: glóbulos rojos 4.930.000; hemoglobina (Sahli) 110; glóbulos blancos 8.700; fórmula leucocitaria: neutrófilos 59; eosinófilos 1, basófilos 2, grandes mononucleares 5, linfocitos y medianos mononucleares 33.

Evolución.—Al final de la segunda semana de hospitalización se nota un aumento muy discreto del tamaño de los ganglios del lado derecho teniendo uno de ellos su parte central fluctuante; una punción trae líquido citrino estudiado luego por el doctor Moreau. Al final de la tercera semana una nueva punción del mismo ganglio ya más francamente fluctuante y que comienza a adherir a la piel, trae líquido purulento. Uno de los ganglios del lado izquierdo está fluctuante en su parte central y la punción trae líquido amarillento.

El empastamiento profundo ha aumentado; la piel adhiere en parte a la masa poliganglionar; hay un poco más de periadentitis. Los ganglios son ligeramente sensibles a la presión, dos fluctuantes en su parte central, los restantes de consistencia elástica. No hay modificaciones del color de la piel.

No ha habido adelgazamiento; la temperatura axilar sólo ha llegado a 37° tres días en las tres semanas que el enfermo lleva de hospitalizado, permaneciendo por debajo de 37° en días restantes.

Al final de la segunda semana las tres fisuras anales están cicatrizadas sin que se haya instituido ningún tratamiento y sin haber provocado en ningún momento molestias al enfermo.

No es posible practicar la intradermo-reacción de Frei por carecer de antígeno en ese momento.

A los 26 días de su ingreso el enfermo es intervenido por el Profesor A. Lamas, practicando la extirpación ganglionar bilateral. Durante la intervención se observa la masa ganglionar con cantidades de tamaño variable, aunque en general, pequeño, con contenido de aspecto variable: líquido claro con tintes verdosos, líquido viscoso amarillento oscuro.

Observación clínica.—José G. M., portugués, de 34 años de edad, ingresa a la Sala Artigas en Abril de 1933. Desde hace diez días nota en la región inguinal izquierda una tumoración que ha ido aumentando de volumen y que muy poco dolorosa al principio — sólo lo molesta al caminar — es ahora más sensible, provocándole verdadero dolor los cambios de posición a que lo obliga su ocupación (labrador).

Cuando lo vemos, el enfermo ingresado la tarde anterior, dice sentirse muy calmado de sus dolores con el hielo ordenado por el interno de guardia. La región inguinal izquierda presenta una tumoración del tamaño de una naranja, poliganglionar, adherida en parte a la piel de coloración normal y dolorosa — no mucho — a la presión. Intensa periadentitis; ganglios ilíacos muy aumentados de volumen. De consistencia firme pero no muy dura, no se nota ninguna zona fluctuante.

Ninguna historia de lesión genital anterior ni ninguna huella de lesión en los órganos genitales externos. No hay uretritis. Nada de anormal en la región anorectal.

En la región inguinal derecha ganglios pequeños, duros, no dolorosos, sin periadentitis, no adherentes a la piel. Nada de anormal en las demás regiones ganglionares del organismo.

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE MONTEVIDEO

Enfermo febril: empujes vesperales que oscilan entre 38° y 39° acompañados de escalofríos y a veces de sudores.

Orina y urea normal. Wassermann francamente negativo. Dos leucocitosis con tres días de intervalo: 24.700: no es posible obtener la clasificación leucocitar ni practicar la reacción de Frei por falta de antígeno.

A los 10 días de ingresar la parte inguino-crural de la tumoración ha aumentado francamente de volumen, es fluctuante en su parte central y la piel tiene en la zona correspondiente un tinte rojo violáceo. La temperatura sigue con empujes vesperales que llegan a 39°. La presión despierta mucho dolor. Al décimo quinto día el enfermo es intervenido por el Profesor A. Lamas; se practica la extirpación de la masa ganglionar inguino-orural notándose la presencia en el seno de ellas de múltiples cavidades de pequeño tamaño unas con líquido amarillento claro, otras con líquido gomoso francamente purulento.

Estudio anatomopatológico:

1.er caso.—Examen microscópico.—Se recibe para el análisis una gruesa masa tumoral del tamaño de una mandarina, constituida por un tejido ganglionar fusionado por un proceso de periadenitis. Estos ganglios hiperplasiados tienen tamaños diversos desde el de un garbanzo hasta el de un huevo de paloma. Su consistencia es variable pero todos son más duros y resistentes que lo normal. Al corte el aspecto es muy diferente de un ganglio a otro. Unos aparecen rojos con manchas de borra de vino, otros en un período más avanzado presentan pequeños nodulos amarillentos mal limitados y no enucleables cuando estos nodulos se agrandan forman pequeños abscesos que pueden alcanzar el tamaño de un garbanzo. El pus que sale de estos abscesos tiene un carácter especial inconfundible con otra lesión, es viscoso de color amarillo rojizo. Estos abscesos a veces están aislados pero otras veces se comunican uno con otro. La pared de estos abscesos es anfractosa dejando visible la trama conjuntiva por necrosis del tejido ganglionar. En ninguna parte hay tejido calcificado y su aspecto general se diferencia claramente de un ganglio tuberculoso en período de caseificación.

Examen macroscópico:

El examen de estos ganglios hiperplasiados a pequeño aumento tiene elementos bien característicos. La goma, abscesos lenticulares o estelares, focos epiteloideos, células gigantes y tejido conjuntivo con células de reacción inflamatoria.

El ganglio ha perdido su estructura normal, desaparición de los cordones foliculares y sus folículos. En la zona medular, donde las alteraciones son más profundas y corresponde al estado más avanzado de la lesión y del tamaño más o menos grande de los abscesos que se hayan formado.

La goma está formada por un nucleo central degenerativo de aspecto puramente granuloso con desaparición de todo elemento celular y que se tiñe en color rosado intenso con la eosina. Rodeando a esta zona hay una espesa capa de células epiteloideas orientadas en sentido perpendicular a la zona central necrosada. En esta capa epiteloide pueden encontrarse grandes células gigantes a numerosos núcleos periféricos que recuerdan la célula gigante de los procesos bacilares. La relación entre el nucleo central necrótico de la goma y la capa epiteloide es variable de una goma a otra: en algunas la zona necrótica es pequeña y espesa; la capa en otras pasa a lo inverso. En otras gomas se nota que la zona central es

invadida por elementos plasmáticos, especialmente polinucleares y macrófagos; entonces se constituye el absceso. La forma del absceso puede presentarse redondeada estrellada o como una fisura. Pero todos están formados de una pared a células epitelioides de gran tamaño, alargadas con gran núcleo y poco coloreables. En esta capa no es difícil encontrar grandes células gigantes.

La citología central del absceso en un principio está formado de gran cantidad de polinucleares, linfocitos, grandes mononucleares acidófilos que desempeñan el papel de macrófagos; luego se produce la destrucción de estas células y se observan restos celulares, núcleos en picnosis, granos cromatófilos, etc., que constituyen el pus bien característico de esta afección y que M. M. Marian y Gandy han señalado claramente: es un pus viscoso como clara de huevo, brillante, de color blanco amarillento, a veces teñido en rosado cuando contiene sangre, difícil de aspirar por una pipeta de Pasteur, adherente al vidrio y difícil de extender en una lámina de vidrio para hacer el frotis.

En otras regiones se encuentran focos formados exclusivamente por células epitelioides, con o sin células gigantes. Estos pueden encontrarse también fuera de la pared de las gomas o abscesos, en medio del tejido conjuntivo inflamado, adoptando el tipo clásico de células de Langhans o de células plasmoidiales. El tejido conjuntivo peri-ganglionar inflamado también presenta caracteres particulares. Domina un polimorfismo celular acentuado, encontrándose células linfoides, pequeñas y de tipo mediano, células fijas del tejido conjuntivo, plasmazellen jóvenes y adultos, macrófagos acidófilos, polinucleares, neutrófilos y eosinófilos, células a granulaciones basófilas y células gigantes. Todos estos elementos celulares están distribuidos en la trama conjuntiva intensamente vascularizada, que también no permanece diferente en esta acción. Los pequeños vasos tienen endotelio edematoso que estrechan la luz que a veces llegan a la casi obstrucción.

Los caracteres anatomopatológicos de estos ganglios forman una entidad bien definida e inconfundible con procesos similares: tuberculosis, sífilis, actinomicosis, linfogranulomatosis, etc.

En el pus extraído de los abscesos se han efectuado exámenes citológicos y bacteriológicos. Sobre los primeros no hay más que agregar a lo encontrado en el pus de los cortes examinados. En cuanto a los segundos, en los exámenes directos y en las culturas en distintos medios aerobios y anaerobios, han sido negativos. La inoculación del bacilo de Koch ha sido negativa.

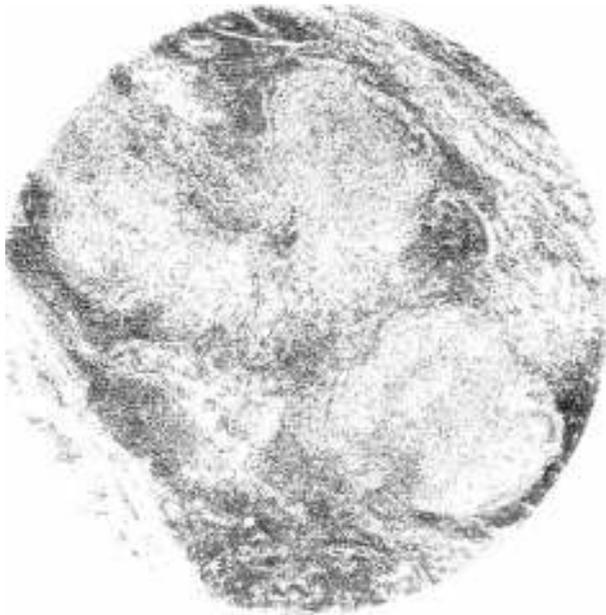
El segundo caso, estudiado desde el punto de vista anatomopatológico y bacteriológico, puede ser calcado al precedente, por lo que omitimos hacer su descripción.

Dr. J. E. Moreau.

En resumen: Un enfermo sin antecedentes de lesión genital que haya llamado su atención presenta una tumefacción inguinal poli-ganglionar, primero unilateral, luego bilateral. Esos ganglios de consistencia elástica, aumentan lentamente de volumen, adhiriendo algunos a la piel y reblandeciéndose algunos parcialmente. Evolución apirética, conservación del estado general, ligera mononucleosis. No se puede hacer reacción de Frei. Se piensa en Nicolás y Favre. Hecho interesante: el examen revela tres fisuras anales completamente indoloras y que cu-

ran espontáneamente. Se practica la extirpación ganglionar y el enfermo es dado de alta en excelentes condiciones.

El otro enfermo, también sin historia de lesión genital que haya llamado su atención, presenta una tumefacción ganglionar inguinal unilateral, acompañada de una gruesa adenopatía iliaca. Tumefacción poliganglionar, sensible a la presión, aumenta bastante rápidamente de volumen, adhiere a la piel que toma a ese nivel un tinte rojo violáceo, aparece fluctuación en su parte central; leucocitosis elevada (24.700): no pudo hacerse la reacción de Frei. Temperatura con empujes vesperales que llegan a veces a 39°. Se piensa en Nicolas y Favre y se prac-



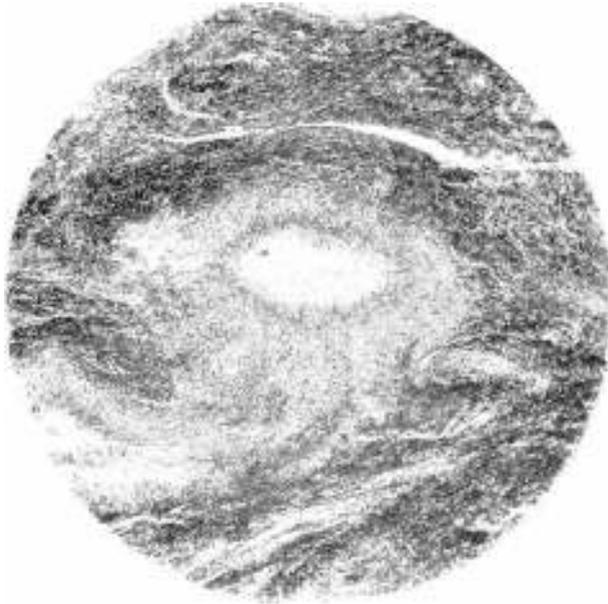
No. 1.-Tejido ganglionar a pequeño aumento. Se observa la formación de tres gomas en el primer periodo.

tica la extirpación ganglionar, siendo el enfermo dado de alta en excelentes condiciones.

Individualizada por Nicolás, Favre y Durand, en 1913, esta afección particular del sistema linfático y especialmente en los ganglios inguinales, ha recibido distintos nombres: linfogranulomatosis inguinal subaguda, úlcera venérea adenógena, poroadenolinfitis supurada, bubón climático, cuarta enfermedad venérea, etc. El nombre de "linfogranulo

matosis inguinal subaguda", con el que frecuentemente se designa a esta afección, es para algunos autores la designación menos feliz, punto de partida de una gran confusión. Sugiere la idea de otra enfermedad de nombre semejante y también de origen venéreo: el granuloma inguinal que toma la piel y el tejido celular subcutáneo vecino a los órganos sexuales, mientras que la enfermedad de Nicolás y Favre toma los ganglios.

Se trata de una afección relativamente frecuente: en menos de un año hemos observado tres casos: uno de ingreso reciente en la Sala Artigas, Servicio de Clínica Quirúrgica del profesor Lamas, y en el mis-



No. 2-Goma formada por la parte central degenerativa y la corona de células epitelioides.

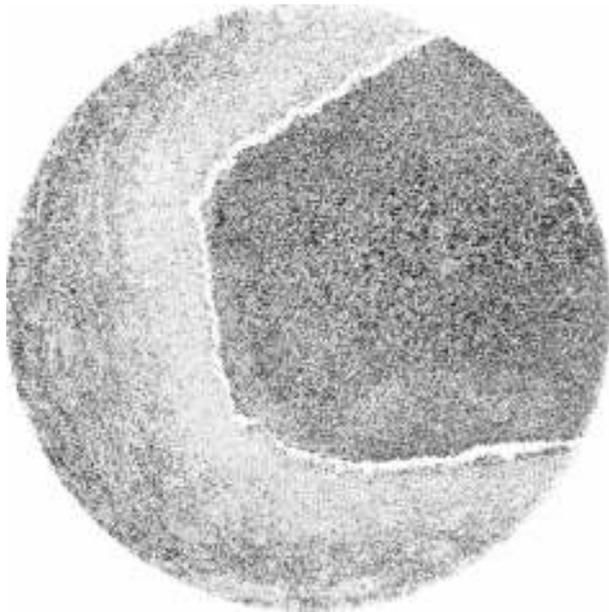
mo tiempo hemos observado tres casos más en la Policlínica Dermatológica del Hospital Maciel.

Observada sobre todo en el hombre, su origen venéreo es indiscutible. En la forma que podíamos llamar clásica, es una tumefacción inguinal unilateral poliganglionar, a comienzo insidioso — el enfermo experimenta molestias al caminar, — sin signos muy acentuados de inflamación. En general, progresa lentamente tomando no solamente los ganglios inguinales, sino también los ganglios ilíacos, que pueden

alcanzar a veces un tamaño considerable. Esta invasión de los ganglios ilíacos es, para los autores franceses, un signo patognomónico de la enfermedad.

La periadenitis pronto se hace evidente y progresa, fijando los ganglios entre sí y a los planos profundos sobre los que no es posible movilizarlos más. La piel que al principio desliza sobre la masa poliganglionar, empieza a adherir a ella, poniéndose edematosa y tomando una coloración rojo - violácea.

La consistencia de los ganglios es firme, pero de una dureza leñosa por lo menos en los primeros tiempos de la evolución de la enfermedad



No. 3-Goma invadida por los elementos plasmáticos que formarán el absceso.

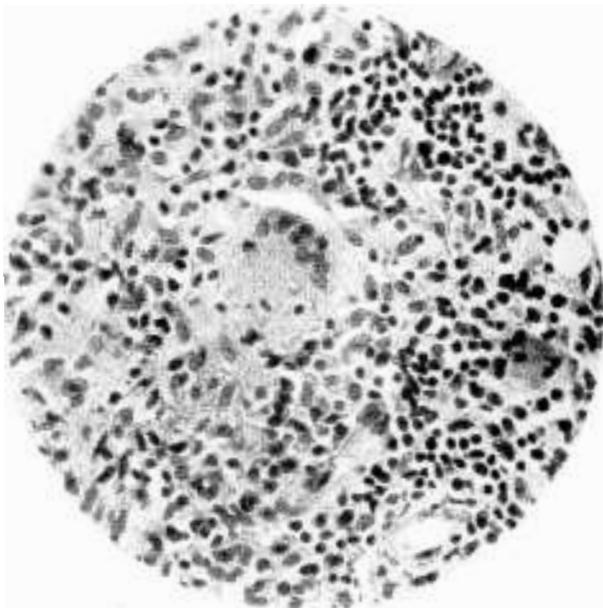
Al cabo de un tiempo variable, generalmente varias semanas, aparecen en el seno de la masa ganglionar zonas muy limitadas de fluctuación que corresponden a pequeñas colecciones intra-ganglionares. En ese nivel, al cabo de algún tiempo variable, la piel se ulcera del modo de salir por pequeños orificios separados por puentes de piel de tinte violáceo, una pequeña cantidad de pus viscoso, amarillento. La supuración persiste mucho tiempo. Hecho señalado: los ganglios ilíacos prácticamente no supuran nunca.

La supuración persiste semanas y meses, tomándose a veces los

Langlics del otro lado. lo que alarga considerablemente su evolución.

La afección es muy poco dolorosa: simples molestias al caminar, en la iniciación de la enfermedad: los dolores espontáneos son mínimos en el período de estado y la palpación sólo despierta una ligera sensibilidad.

La adenopatía no señala, sin embargo, el principio de la afección. La lesión primaria, consecutiva a un contacto sexual, asienta generalmente en el glande, en el prepulio o en la ureta, siendo habitualmente de pequeño tamaño y de corta evolución, desapareciendo sin tratamiento. A menudo no hay historia de lesión genital que haya llamado la



No. 4—Células gigantes de la zona epitelioides.

atención del enfermo, como en los casos presentados por nosotros. La lesión primaria, no dolorosa, desaparece sin dejar huellas. Filactos ha descrito el tipo ulceroso, el tipo nodular, el tipo papuloso y la uretritis linfogranulomatosa. La lesión genital sería, a veces — mismo frecuentemente para algunos — sustituida por una uretritis. Han sido señaladas lesiones de tipo herpetiforme. (1).

La lesión primaria puede encontrarse asociada a otras enfermedades venéreas: blenorragia, chancro blando, sífilis.

(1) Muy excepcionalmente el chancro inicial sigue a la adenitis, quizás como lo quiere Nicolás, porque el virus más adenotropo que dermatropo hace sentir primero su acción patógena sobre el tejido linfático que sobre los tejidos dermo-epidérmicos.

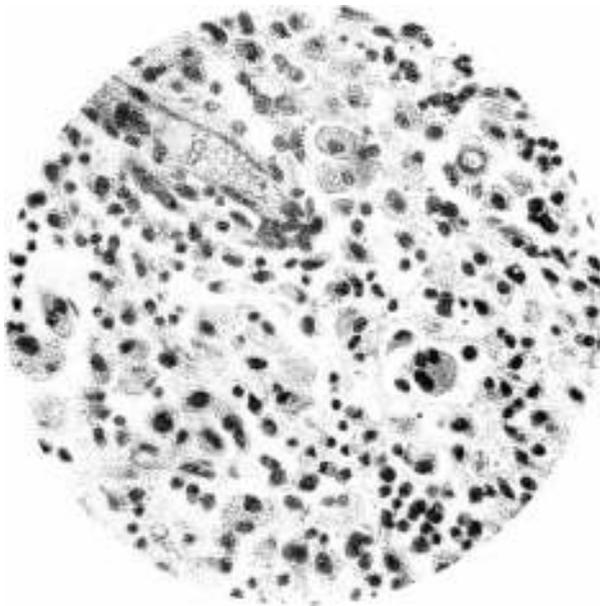
No es fácil calcular el tiempo entre el contacto infectante y el momento en que aparece la tumefacción ganglionar; ha sido calculado por Helleström, que lo estima entre 10 y 30 días.

Mientras evoluciona la adenopatía los síntomas generales concomitantes son variables. Es frecuente un estado febril que puede ser continuo, tomar el tipo de la fiebre ondulante, presentar empujes en el momento en que nuevos ganglios son invadidos por el proceso patológico.

Leucocitosis moderada con mononucleosis más o menos marcada: anorexia, malestar general.

LOCALIZACION ANORRECTAL

Trabajos relativamente recientes han mostrado que la linfogranulomatosis puede evolucionar sin manifestación inguinal. Teniendo siem-



No. 5-Elementos del tejido peri-ganglionar donde predomina un gran polimorfismo celular.

pre una puerta de entrada venérea puede acompañarse de una adenopatía que la clínica no acusa en sus comienzos y que más tarde ha de traducirse por las complicaciones a que esa adenopatía da lugar. Nos referimos a la localización anorrectal de la enfermedad.

Las intradermo-reacciones aplicadas a enfermos con estenosis rec-

tal, precedida en muchos de ellos de fístulas anales y de deposiciones dolorosas y purulentas, han permitido demostrar la importancia de la linfogranulomatosis como elemento etiológico en las estenosis rectales.

En ciertos enfermos, estenosados rectales, con abscesos y fístulas, en los que por exclusión de etiología blenorragica y sifilitica se aceptaba la etiología bacilar, la ausencia del bacilo de Koch y de inoculación positiva al cobayo debe hacer pensar en la etiología linfogranulomatosa, máxime con un Frei positivo.

Se han señalado casos de estenosis rectal de origen linfogranulomatoso en celulitis difusa extendida a toda la pequeña pelvis, con Frei positivo.

Este síndrome anorrectal de la enfermedad de Nicolás Favre, por invasión de los ganglios del meso-recto, ha sido señalado casi exclusivamente en mujeres, mientras que la localización inguinal se considera casi exclusiva del hombre. Este hecho se ha explicado por diferencias anatómicas de drenaje linfático. En hombres se han señalado algunos casos de estenosis rectal por infiltración linfogranulomatosa de los ganglios del meso-recto, aparentemente explicados por hábitos de pederastía.

La aplicación de la reacción de Frei a muchos enfermos cuya afección era etiquetada de sifiloma-ano-rectal de Fournier, esthiomène, síndrome genito-ano-rectal de Gersild, ha permitido mostrar que el virus linfogranulomatoso era frecuentemente en causa. Sênèque admite que la enfermedad de Nicolás y Favre puede ser el origen de las formas siguientes:

- a) Estenosis pura limitada al recto;
- b) Estenosis con lesiones elefantíasicas (edemas de intensidades variables);
- c) Estenosis con abscesos y fístulas;
- d) Estenosis rectal con celulitis extendida a toda la pequeña pelvis en la mujer (lesiones de perimetritis y de perisalpingitis);
- e) Probablemente son también de naturaleza linfogranulomatosa ciertas lesiones genitales de la mujer que se acompañan de un empastamiento difuso de la pequeña pelvis, sin estenosis rectal.

Estudiando la patogenia de la linfogranulomatosis en las estenosis inflamatorias del recto se ha señalado la estasis linfática (Gersild) — que parece manifiesta en los casos en que la estenosis se acompaña de estados elefantíasicos, — el ataque primitivo de los ganglios ilíacos externos con invasión retrógrada de los ganglios del meso-recto, e

ataque primitivo de los ganglios del meso-recto, la celulitis linfogranulomatosa.

Esta noción de la celulitis aparece como de gran importancia; ya se sabía que la localización inguinal no era exclusiva y que otros territorios ganglionares pueden ser invadidos, habiéndose señalado casos de localizaciones cervicales y axilares — caso de un cirujano, señalado por Nicolás y Favre, que extirpando una adenopatía inguinal linfogranulomatosa se hiere un dedo, presentando después una adenopatía axilar linfogranulomatosa. Hoy parece evidente la existencia de lesiones de celulitis de origen linfogranulomatosa, que explicaría la estenosis rectal (Nicolás - Favre, Massia y Lebeuf, Barthels y Biberstein).

Esta celulitis explicaría ciertos hechos (Sénèque): las dificultades operatorias cuando se ha tentado la amplia exeresis de la lesión rectal: — planos de clivaje desaparecidos e infiltración celular peri-rectal; — las recidivas a distancia cuando la extirpación no va mucho más allá de las lesiones — siembras operatorias abriendo las vías linfáticas; — el rol eficaz de la diatermia cuando las lesiones de celulitis predominan y la esclerosis no es completa.

DIAGNOSTICO

Las dificultades diagnósticas pueden ser muy grandes. Ya hemos mencionado las formas extra-ganglionares a las que debemos agregar la forma cutánea inflamatoria señalada por Paul Chevalier.

En las formas ganglionares el polimorfismo de la afección puede hacer el diagnóstico difícil. Las dificultades no existen cuando la enfermedad se presenta en su forma típica, de diagnóstico bastante fácil. Pero sí existen, en los primeros momentos de la afección, cuando los ganglios de firmeza elástica no adhieren a la piel; en los casos en que la supuración se produce en masa con formación de una cavidad única; en las formas asociadas (chancro blando, sífilis). En la mayoría de las formas atípicas de la enfermedad y en las formas asociadas el diagnóstico debe ser ayudado con la intradermo-reacción de Frei, prueba biológica de gran valor. Es una intradermo-reacción, estudiada por Frei en 1925, que utiliza como antígeno el pus extraído de un ganglio supurado que no se ha abierto espontáneamente al exterior, diluido en suero fisiológico y esterilizado por tyndalísación. Se inyecta en el dermis dos o tres décimos de centímetro cúbico del pus diluido y estéril, formándose una bolita de edema. Hay siempre, en todos los sujetos, una coloración rosada que contornea la bola edematosa, reacción pre-

coz y pasajera, explicada por las albúminas extrañas que contiene el líquido inyectado y sin ningún valor como reacción específica.

En los enfermos con poradeno-linfitis da a las 24 o 48 horas una pápula de tamaño variable, infiltrada y persistente; dura varios días dando lugar a veces a una ligera descamación y pudiendo dejar una zona pigmentada que luego desaparece.

En enfermos con linfogranuloma puede ser positiva ya entre los diez y quince días de enfermedad; en otros, recién al mes o mismo a los dos meses del comienzo de la afección. Puede, por otra parte, durar positiva muchos años, como si el enfermo permaneciera con una alergia cutánea linfogranulomatosa.

Desde el punto de vista de su valor semiológico la reacción de Frei aparece prácticamente como una reacción casi patognomónica. Da constantemente resultado positivo en los casos de Nicolás y Favre; da resultado siempre negativo en los casos de bubón chancreloso casi siempre acompañados de una reacción de Ito-Reenstierna positiva; da resultado siempre negativo en los específicos primarios y secundarios, en los psoriásicos, etc. En los casos en que ha habido un Nicolás-Favre anterior y en los casos asociados, formas estas últimas perfectamente estudiadas hoy, la reacción de Frei da resultado positivo. De ahí que en los casos difíciles no sea el Frei la única reacción biológica que se deba emplear, sino que también deben ser empleadas las otras reacciones biológicas que pueden revelar una forma asociada: Frei positivo e Ito-Reenstierna positiva en la asociación linfogranuloma-bubón chancreloso. La aplicación sistemática de la reacción de Frei a todos los casos de estenosis rectal, a ciertos casos de elefantiasis perineal y genital, permitirá en muchos de ellos revelar el virus linfogranulomatoso como agente causal.

EL VIRUS LINFOGRANULOMATOSO

Hellerström y Wassen inoculando por vía intracerebral a monos, con jugo de ganglios de enfermos atacados por la enfermedad de Nicolás y Favre, desarrollan lesiones de meningo-encefalitis, cuya especificidad aparece demostrada para los autores suecos por los dos hechos siguientes: 1º) La inoculación intraprepucial en el mono del cerebro virulento da una adenopatía inguinal con los caracteres anatómo-patológicos de la enfermedad humana; 2º) El antígeno preparado con los centros nerviosos, el líquido cefalo-raquídeo y los ganglios de los monos infectados da un Frei positivo en el hombre atacado de enfermedad de Nicolás y Favre.

Tomando estos hechos como punto de partida de sus investigaciones experimentales sobre la etiología y la patogenia de la enfermedad de Nicolás y Favre. Levaditi, Ravaut, Lepine y Mille. Schoen, llegan a las siguientes conclusiones: conforme a la idea expresada por Hellerström y Wassen el agente etiológico de la enfermedad es un virus filtrante específico. Ese virus, que resiste a la congelación prolongada, es destruido por la glicerina y el calor a 60°. Inoculado a ciertos monos por vía intracerebral produce en ellos una meningo-encefalitis a menudo mortal. Por vía intraganglionar o intraprepucial determina en el mono una adenopatía con los caracteres clínicos y anatómo-patológicos de la enfermedad humana. De los animales de laboratorio sólo el ratón ha presentado una cierta receptividad al virus linfogranulomatoso. Los monos que resisten la inoculación positiva y los hombres con Nicolás y Favre presentan en su suero sustancias virulentas.

Se afirma así cada vez más la especificidad nosológica de la enfermedad de Nicolás y Favre.

TRATAMIENTO

La falta de una indicación específica explica las numerosas terapéuticas propuestas.

Las inyecciones intravenosas de tártaro estibiado al 1 %, empezando por 2 c.cs., haciendo las inyecciones un día sí y un día no, aumentando cada vez 1 c.c. hasta 6 y mismo 8 c.cs., cantidad esta última que se aconseja no pasar.

El yodo, especialmente bajo forma de líquido de Lugol, por boca o por vía endovenosa, vía esta última preferentemente empleada.

Ravaut había preconizado la emetina. Otros han utilizado las sales de oro (crisalhina). Las autovacunas han sido también utilizadas; otros han recurrido a las inyecciones de leche.

El antígeno linfogranulomatoso ha sido aplicado en inyecciones intravenosas por Hellerström.

Se han empleado inyecciones modificadoras (éter yodoformado, vaselina yodoformada). se ha empleado el método de Bier, las inyecciones de suero de carnero preparado con virus linfogranulomatoso.

La electrocoagulación, combinada o no al yodo intravenoso, la radioterapia, la radiumterapia, los rayos ultravioletas, han sido empleados.

El tratamiento por los agentes físicos ha sido formalmente combatido por Nicolau, quien le reprocha la persistencia del coeficiente de

virulencia del pus contenido en el ganglio, el aumento de la supuración y el aumento del proceso de proliferación conjuntiva.

Pinard ha aconsejado últimamente la glicerina inyectada localmente. Teniendo en cuenta que las investigaciones a que ya hemos hecho referencia de Levaditi, Ravaut, Lepine y Mlle. Schoen, sobre virus linfogranulomatoso, han demostrado que las emulsiones cerebrales virulentas de los monos infectados pierden rápidamente su actividad patológica sometidas a la acción de la glicerina pura, se ha pensado que esa acción esterilizante de la glicerina "in vitro" podía también serlo "in vivo", inyectándola localmente.

Si el enfermo es visto en los comienzos de su afección se hace inyección intraganglionar y periganglionar de glicerina esterilizada diariamente o cada dos días. Si los ganglios ya están supurados, se evacúa el pus por punción o mismo por una pequeña incisión y se inyecta diariamente 2 c.cs. de glicerina. La supuración disminuye rápidamente y a medida que curan los ganglios tratados, regresan los ganglios ilíacos. Los resultados serían relativamente bastante rápidos y el método de aplicación muy sencillo.

El tratamiento quirúrgico empleado entre otros por Nicolás, Favre, Hellerström, cuenta actualmente con decididos partidarios. Es considerado por Nicolau como el tratamiento de elección. Se extirpan las masas ganglionares inguinales; la cicatrización se hace rápidamente sin formación de fístulas y se ve regresar después de la exeresis ganglionar inguinal, los ganglios ilíacos.

Algunos aceptan este tratamiento como la mejor solución en las primeras etapas de la afección, pero lo combaten en el período de la supuración y de la fistulización reprochándole la producción de trastornos circulatorios, edema del escroto, elefantiasis de la pierna.

Nuestros dos enfermos fueron sometidos a la exeresis ganglionar, haciendo los dos un post-operatorio excelente y encontrándose perfectamente bien a los cuatro y dos meses de operados, respectivamente.

Osteoartritis tuberculosas de la rodilla. Su tratamiento por el procedimiento del plombaje.

Por el Dr. A. J. COSTA (de Buenos Aires)

(Este trabajo ha sido publicado en el «Boletín de Cirugía» Tomo IV, No. 7, pág. 126.)