

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS - - REPUBLICA DE GUATEMALA
CENTRO - AMERICA

Consideraciones sobre las Formas Clínicas del
Linfogranuloma Vénereo, observadas en el
Hospital de Profilaxia Sexual de esta Capital.

T E S I S

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad
de Ciencias Médicas
de la Universidad de San Carlos de Guatemala
por

ROBERTO GANDARA LACAPE

EX-INTERNO DEL HOSPITAL GENERAL DE GUATEMALA

En el Acto

de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Octubre de 1947

PLAN DE ESTA TESIS

PRIMERA PARTE.

EL LINFOGRANULOMA VENEREO

- Capítulo I Sinonimia.
 Definición.
 Historia.
- Capítulo II Epidemiología.
- Capítulo III Etiología.
- Capítulo IV Patogenia.
- Capítulo V Anatomía-patológica.
- Capítulo VI Sintomatología.
- Capítulo VII Evolución.
- Capítulo VIII Diagnóstico.
- Capítulo IX Pronóstico.
- Capítulo X Tratamiento.

SEGUNDA PARTE:

FORMAS CLINICAS OBSERVADAS EN EL HOSPITAL DE PROFILAXIA SEXUAL

- Capítulo XI Formas clínicas.
- Capítulo XII Tratamiento.
- Capítulo XIII Consideraciones sobre los casos observados.
- Capítulo XIV Observaciones clínicas.
- Capítulo XV Conclusiones.
- Bibliografía.

PRIMERA PARTE

EL LINFOGRANULOMA VENEREO

CAPITULO I

SINONIMIA

Desde la época en que fué descrita como entidad clínica por Durano, Nicolás y Favre en 1913, numerosas son las denominaciones que se le han otorgado, tomando en cuenta unas, el nombre de los autores que se han dedicado a su estudio; otras, el aspecto anatómo-patológico o las localizaciones que presenta en el curso de su evolución.

Hoy día podemos reconocer como más frecuentes las denominaciones de ENFERMEDAD DE NICOLAS FAVRE y de LINFOGRANULOMA VENEREO. La primera, aceptada por los autores de habla francesa y la mayoría de latinoamericanos, la segunda por los autores anglo-sajones. Al respecto el doctor Enrique Juan Lima, de Buenos Aires, en el estudio que de tal entidad hace, reconoce que la denominación de Enfermedad de Nicolás-Favre "evita una caracterización anatómo-patológica aún en discusión, rinde homenaje a los autores que le dieron individualidad y le quita el aspecto de afección local para darle el que le corresponde, vale decir, el de infección generalizada". Nosotros hemos adoptado el de linfogranuloma venéreo, término oficial de la American Medical Association, por indicar claramente cuáles son los tejidos de la economía humana atacados, como también el medio de contagio habitual, sin restarle el carácter de infección generalizada, que hoy día se le reconoce.

Lamentamos no se haya llegado a un acuerdo respecto a la terminología que ha de prevalecer internacionalmente, porque en la actualidad, la confusión es frecuente, sobre todo entre granuloma venéreo, término que nosotros los latinoamericanos empleamos para designar la afección producida por los cuerpos de Donovan (en Estados Unidos se le llama granuloma inguinal) y el linfogranuloma inguinal, o enfermedad de Nicolás-Favre, (en Estados Unidos linfogranuloma venéreo).

Entre las otras denominaciones de la literatura médica citaremos:

Linfogranulomatosis inguinal sub-aguda,
" inguinal benigna,
" venérea,

Poradenitis inguinal sub-aguda,

" inguinal,

" supurada benigna,

" nostra,

" tropical,

Linfoadenitis inguinal sub-aguda,

" inguinal granulomatosa sub-aguda.

Poradenolinfitis, Linfopatía venérea, Cuarta enfermedad venérea,
Sexta enfermedad venérea, Linfopatía venérea.

DEFINICION

El linfogranuloma venéreo es una enfermedad humana, infecto-contagiosa, de origen venéreo, provocada por un virus filtrable, y susceptible de transmitirse a ciertas especies animales. Se caracteriza por la aparición en el punto de inoculación de una pequeña lesión, fugaz, que a menudo pasa desapercibida, seguida de la infección del territorio linfático correspondiente, y de una reacción inflamatoria del tejido conjuntivo subjacente. En todos los casos suele acompañarse de manifestaciones generales.

HISTORIA

Sin entrar en detalles históricos que nos apartarian del objeto de nuestro trabajo, nos permitimos recordar, que el linfogranuloma venéreo, es una enfermedad probablemente tan antigua como la humanidad.

Desde los más remotos tiempos, el linfogranuloma, la sífilis y otras enfermedades venéreas, confundidos unos con otros, cubiertos por el espeso manto de la ignorancia y del temor han azotado al hombre. Pareciera que los poetas, los historiadores y aún los médicos de antaño tuviesen miedo, al referirse a los males venéreos, de incomodar a los Dioses que habían acordado a los hombres la dicha del amor, acusándolos de haber mezclado a semejante ambrosía un veneno eterno. Los antiguos no querían que Esculapio, el inventor y Dios de la medicina, entrase en lucha abierta con Venus, al tratar de cohibir las venganzas y los castigos de la Diosa. Las enfermedades de los órganos sexuales, poco conocidas, y menos estudiadas, en Roma y en Grecia, se escondían, se trataban en la sombra, acudiendo a los brujos y a las vendedoras de filtros.

San Agustín, en su libro La Ciudad de Dios, refiere como el pro-cónsul Gneius Manlius, después de derrotar a Antiochus el Grande, rey de Siria, trajo consigo bailarinas, tocadoras de flauta, cortesanas, pederastas y otros-auxiliares de orgías desconocidas hasta entonces en la República. Los primeros frutos fueron evidentemente las "enfermedades sin nombre". "Entonces, dice el santo, lechos incrustados de oro, alfombras preciosas aparecieron, entonces llevaron las artistas a los festines, y con ellas, muchas perversidades licenciosas".

Todas esas artistas provenían de Tiro de Babilonia, de las ciudades de Siria, en donde desde tiempos inmemorables, las fuentes de la vida estaban atacadas por enfermedades espantosas, fruto de la impudicidad.

Por otra parte, los Israelitas, en los Libros de Moisés, en los Salmos de David, acusaban a los egipcios de haberles contaminado semejantes padecimientos. Los médicos árabes de Occidente, observado-

res acuciosos, describieron también con lujo de detalle las enfermedades de los órganos genitales y del ano, que designaban bajo los nombres de chancros ulcerosos, úlceras, vegetaciones venéreas, supuraciones de la uretra y abscesos inguinales. Sabían que todos esos males eran contagiosos y se comunicaban con ocasión de un coito impuro...

Durante la Edad Media, la misma confusión reinó sobre las enfermedades venéreas, conocidas como el "terrible mal venéreo". Sus manifestaciones eran interpretadas por los fanáticos como castigo de Dios, convirtiendo al que las sufría en un ser maldito, despreciable, indigno de la sociedad. Transformado en anatema, el mal venéreo siguió oculto, ignorado, pero desarrollándose libremente, devastando insaciablemente el género humano.

Durante el siglo XVI, extendió sus garras, implacable, al mundo occidental. En aquel entonces, los ejércitos napolitanos, atacados por el rey de Francia, pidieron auxilio al de España, quien les envió refuerzos bajo el mando de don Gonzalo Hernández de Córdoba, y junto con ellos, se movilizó el nefasto mal venéreo. Los soldados españoles no tardaron en contaminar a las Napolitanas y por contra-golpe a los ejércitos de Carlos VIII. De regreso en Francia, éstos a su vez sembraron el contagio... Y, así se fué extendiendo, como una mancha de aceite, a través de los Países Bajos, Inglaterra, Alemania, Europa entera, y luego, Africa y Persia. De los numerosos trabajos que la pandemia suscitó se concluye que en esa época, ya se empezaba a individualizar la sífilis, del mal venéreo. Mas, entre las descripciones de Joseph Grumpech y de Hulrich Hutten, atacados por el mal, de Torella, del mismo Fracastor, quien escribió la triste historia del pastor Syphilus, encontramos descripciones de bubones inguinales, atribuidos a la lúes, pero que nos parecen corresponder a lesiones linfogranulomatosas.

Los viejos clínicos del siglo XVII también nos describen los bubones escrofulosos o estrumosos de la ingle, no sífilíticos, llegando a sospechar su origen venéreo. Los médicos navales, que visitaron los puertos orientales o tropicales, conocían los bubones climáticos atribuyéndoles el mismo origen.

En Italia, los ginecólogos y venereólogos conocían las rectitis estenosantes y los síndromes conexos, así como su origen venéreo. Morgagni en sus cartas "De sedibus et causis morborum" prescribía tratamiento antiveneréico para ciertas formas de escirro del recto; Dionis en 1740, habla de la existencia, en Roma, de un hospital para tratar los enfermos de fungus maligno arraigado en el recto, a los cuales, según sus propias palabras, "on n'épargne ni le fer, ni le feu".

La resistencia de ciertos bubones al tratamiento mercurial hizo sospechar de médicos franceses e ingleses que no fuesen manifestaciones sífilíticas. Así lo aseguraba Wallace, en el Treatise on venereal disease and its variety, en Londres en 1833. Por su lado Chassaignac, en 1859, confirma tales conceptos en el Tratado de la supuración y del drenaje quirúrgico. En 1875 Fournier describió magistralmente la relación entre el síndrome anorectal y la elefantiasis en su tratado "Lésions tertiaires de l'anus et du rectum".

En 1894, el profesor Trousseau, en sus Clínicas del Hotel-Dieu puso en relieve el carácter "colonial" de la afección en estos términos:

"He observado a menudo una afección ganglionar en jóvenes criollos y, principalmente entre los criollos de las Islas de la Reunión y Mauricio. No sabría decir si se debe a una mera casualidad el haber observado esta forma particular de adenitis sólo en jóvenes proceden-

tes de las colonias que acabo de mencionar, mientras que no la he visto una sola vez en personas nacidas en las Antillas francesas o inglesas. En la adolescencia, y más entre los varones, vemos los ganglios profundos y superficiales de las ingles, hincharse, a veces sólo de un lado, otras de los dos a la vez. Esta enfermedad viene por paroxismos durante uno, dos o tres meses separados por intervalos de varios meses".

En 1913 Durand, Nicolás y Favre, en un comunicado a la Société médicale des Hopitaux de París, describieron e individualizaron la entidad nosológica que nos interesa y que en su honor lleva el nombre de Enfermedad de Durand, Nicolás y Favre. Numerosos son los estudios que desde ese entonces se han hecho sobre el linfogranuloma venéreo, como lo atestigua la profusa literatura médica al respecto.

Entre nosotros, y de acuerdo con del Valle, creemos poder destacar tres etapas en la historia del linfogranuloma venéreo: 1a. etapa de 1917 a 1931, iniciándose con la tesis del doctor Alejandro Alonso. "Contribución al estudio del estíomeno de la vulva" quien basándose en el estudio de tres casos de la 3a. S. de C. de M. niega la existencia del estíomeno pidiendo se recurra al microscopio para lograr un diagnóstico cierto.

De 1923 en adelante, se encuentran en los archivos de la sala Wunderlich del Hospital General, casos diagnosticados como "Elefantiasis de los grandes labios por obstrucción linfática, estíomeno vulvar, sífiloma ano-rectal etc.", correspondiendo todos ellos, clínicamente al linfogranuloma.

2a. etapa de 1931 a 1936, periodo en que el diagnóstico de la enfermedad de Nicolás-Favre, es puramente clínico. Los casos están registrados en los diferentes servicios de cirugía del Hospital General.

3a. etapa de 1936 a nuestros días o sea el periodo en que el diagnóstico clínico se confirma con el biológico. Las reacciones de Frei eran efectuadas por el doctor Wunderlich con antígeno importado y en la sala del Doctor Arturo Lazo con antígenos preparados por el Doctor Rafael Morales.

Me permito hacer mención especial de las tesis de los doctores Bernardo del Valle "Contribución al estudio de la enfermedad de Durand Nicolás Favre en Guatemala" con referencia de 19 casos; y Guillermo Morán "Enfermedad de Nicolás-Favre, síndrome de estenosis rectal" con apoyo en 4 casos. Como también de los trabajos del doctor Arturo Lazo presentados en el IV congreso médico Centro-Americano y las conferencias dictadas por el doctor Oscar H. Espada en el seno de la Juventud Médica, y desde la cátedra de Patología Tropical de nuestra Facultad. Actualmente, en el Hospital de Profilaxia Sexual de esta capital los doctores Luis F. Galich, Juan Funes y sus colaboradores, están efectuando estudios del linfogranuloma cuyos resultados presentarán en el próximo congreso antivenéreo.

CAPITULO II

EPIDEMIOLOGIA

Distribución geográfica: El linfogranuloma venéreo es una afección universal, tan universal como la sífilis y la gonococcia, siendo más frecuente en las zonas tropicales y subtropicales. Actualmente la incidencia es mayor en contraste con las demás enfermedades venéreas;

nosotros creemos que ese aumento se deba, en primer lugar, a que el linfogranuloma es actualmente más conocido clínicamente, y que los medios biológicos de diagnóstico permiten denunciar su existencia con más frecuencia. Por otra parte, siendo una entidad clínica recientemente definida, su conocimiento no se ha divulgado suficientemente, permitiéndole pasar a menudo desapercibida o ignorada, arraigándose con mayor tenacidad a lo largo de las grandes vías de comunicación del globo, y, particularmente en las regiones costeras.

Raza: Todas las razas son susceptibles al linfogranuloma. Sin embargo los trabajos estadísticos efectuados en los Estados Unidos por Harm y Mathewson en 1937, Sulkin y Fletcher en 1941, tienden a demostrar una mayor incidencia en las razas de color. En la clínica de la Universidad de Georgia, en una serie de 197 casos se registraron 13 blancos para 184 negros, o sea una proporción de 1:16.

Profesión: Los marineros contraen la enfermedad con mayor frecuencia. En la estadística tomada por el departamento de marina y del ejército de los EE. UU., en el lapso comprendido entre 1937 a 1941, la relación entre los casos revelados en el ejército y la marina es de 1:3.

Por otra parte, universalmente, las prostitutas son las que mayor incidencia de infección manifiestan.

Sexo: Está generalmente admitido que el hombre contrae la enfermedad con mayor frecuencia. Para Midana y Nicolau, en la Argentina, las infecciones masculinas representan el 75% contra un 25% de las femeninas. Pero tal proporción es más aparente que real, y sin duda, se debe a mayor dificultad diagnóstica en la mujer. Nosotros estamos convencidos que la incidencia será otra, al efectuarse estudios estadísticos formales. Nos permitimos reproducir el cuadro referente a la edad y el sexo en la incidencia del linfogranuloma venéreo en 197 casos consecutivos tratados en las clínicas de la Universidad de Georgia.

EDAD	HOMBRE	MUJER
0 — 10	0	2
11 — 20	19	16
21 — 30	44	59
31 — 40	10	28
41 — 50	5	9
51 — 60	1	4
Total	79	118

Contagio: Siendo el linfogranuloma una afección venérea, se comprende que la inmensa mayoría de los casos provengan de relaciones sexuales normales o anormales, y que una pequeña proporción, solamente, sea debida a contagios accidentales. El simple contacto de una mucosa con un objeto contaminado es suficiente para asegurar la infección, hecho demostrado experimentalmente por Levaditi, Mollaret y Reinie en 1935, al administrar un enema rectal con cánula contaminada a un chimpancé, provocándole la infección consiguiente.

En vista de la gran facilidad de contagio se comprende que todos los tipos de lesiones, como el microchancro, las linfangitis, las ulceraciones crónicas, el estriomeno, las rectitis y anorectitis, sean infectan-

tes, sin menospreciar la posibilidad que existe, aún durante el período de incubación, según lo demuestran los casos presentados por Sézary. Si las lesiones cerradas (adenitis) no son contagiosas; y, al abrirse, lo son poco, en razón de su visibilidad, y del dolor que imposibilita toda relación sexual, es necesario insistir en el hecho de que, en esos casos, el flujo vaginal o la secreción uretral permanecen contagiosos. Las uretritis, tanto en el hombre como en la mujer, y, en general, toda lesión inicial de los órganos genitales externos, en razón de su trivialidad, indolencia y dificultad de observación exagerada en la mujer por la complejidad de su aparato sexual, son fuentes de contagio habitual; siendo, sin embargo, en la mujer, el estriomeno, el que da mayor cantidad de contaminaciones. La abundante secreción que acompaña a las lesiones ano-rectales es un factor favorable, tanto en los que acostumbra prácticas sexuales normales como anormales, por la posibilidad de fistulización recto-vaginal. Según Quiroga, Lima y Zuccarini, el 30% de los pederastas habituales explorados en Buenos Aires, presentan una reacción de Frei positiva, otro 5% la tienen dudosa.

En 1935, Hasimoto y Kyoama examinaron en la Clínica de Niigata, 140 personas sospechosas de linfogranuloma venéreo. Entre esos sujetos habían dos prostitutas, sin tumefacción linfóidea externa, pero con ulceraciones de la mucosa del cuello uterino y del recto (Frei positivo). El antígeno preparado con las secreciones vaginales y rectales, se reveló específico, y una de esas portadoras de gérmenes transmitió la enfermedad a un individuo sano, apareciendo el Frei positivo 20 días después del coito infectante. Resultados en todo acordes a los anteriores han sido relatados por Caminopetros concluyendo en la presencia del virus linfogranulomatoso, sobre todo sobre la mucosa uretral y en las secreciones vaginales.

En 1936, Levaditi, demostró experimentalmente que en ausencia de lesión abierta alguna, la contaminación podía verificarse por el flujo vaginal. En su trabajo "La maladie de Nicolas et Favre" refiere haber aislado una sepa de virus linfogranulomatoso típico del producto de raspado vaginal, en una enferma con adenopatía inguinal aparecida 15 días después de relaciones sexuales.

Bloom, reportó en el New York State Journal Medicine, en 1938, la contaminación de la totalidad de la población de una isla de Grecia causada por la introducción a tal lugar de una prostituta infectada.

En 1942, Kirsner, Rodaniche y Palmer aseguran en el American Journal Digest Diseases, que aún durante el período de curación clínica, han podido revelar la persistencia del virus con poder infectante.

CAPITULO III

ETIOLOGIA

La especificidad etiológica, hoy día inecontestable, del linfogranuloma, ha sido determinada por dos clases de pruebas, las unas pertenecientes al dominio de la inmunología, las otras al de la experimentación sobre animales receptivos, como el mono, el ratón y el cobayo.

La prueba inmunológica princeps fué el descubrimiento de la intradermoreacción de Frei (1925), reacción eminentemente específica cuyo valor diagnóstico está fuera de dudas y su utilización de práctica corriente.

La prueba experimental fué dada por Hellerstrom y Wassen, investigadores daneses, miembros del Statens bakteriologiska laboratorium, dirigido por Kling. El 5 de agosto de 1930, en una de las sesiones del VII congreso internacional de dermatología y sifilología celebrado en Copenhague, comunicaron que "cuando se inocula al *Macacus rhesus* a al *macacus cynomolgus* con pus de ganglios de sujetos atacados de enfermedad de Nicolas-Favre, se obtienen alteraciones neuráxicas provocadas por el agente patógeno de la linfogranulomatosis inguinal. El material de inoculación provenía de cinco casos de adenitis inguinal de tres semanas de evolución aproximadamente. Los resultados fueron constantemente positivos".

Toda la etiología de la enfermedad está condensada en estas líneas. En cuanto a la razón que hizo escoger a los sabios suecos la vía intra-cerebral para conferir al mono la infección parece ser, en primer lugar, la identidad entre los caracteres citológicos de las lesiones constatadas en el hombre y en el mono; y luego, el hecho que los extractos de cerebro de tales simios se comportaban como el antígeno de Frei humano.

Después de estos trabajos, numerosas cepas de virus linfogranulomatoso han sido aisladas, las unas provenientes de ganglios poradénicos, las otras de anorectitis úlcero-vegetantes, o de simples portadores de gérmenes. Entre esas cepas, la llamada de Kam, está conservada en el Instituto Pasteur y en el Instituto Fournier de París, utilizándose en la preparación del antígeno de Frei simio.

Los monos receptores del virus linfogranulomatoso son entre otros: *Macacus cynomolgus*, *macacus sinicus*, *cercopithecus fulliginosus*, *cynocephalus babuin*, siendo el *macacus rhesus* el que se revela menos sensible.

Después de la inoculación intra-cerebral se observan dos formas evolutivas: la meningo-encefalitis sintomática, síndrome esencialmente meníngeo que termina por la muerte. La meningoencefalitis clínicamente inaparente.

El conejo, por inoculación intracraneana, presenta una meningo-encefalitis típica.

El cobayo, puede ser directamente inoculado en los ganglios inguinales, provocando una adenitis.

En el ratón, la inoculación intracraneana evoluciona sea como una meningoencefalitis pura, sea de una manera oculta, por así decirlo, que se traduce por deformidades de la caja craneana.

Principales caracteres del virus linfogranulomatoso

1.—Filtrabilidad y Ultrafiltrabilidad.

El agente patógeno del linfogranuloma venéreo es un ultragermen filtrable y ultrafiltrable. Su filtrabilidad a través de los filtros Berkefeld V y Chamberland L2 y L3 ha sido puesta en evidencia por Levaditi, Ravaut y otros.

En cuanto a la ultrafiltrabilidad fué demostrada, utilizando el método Elford (membranas de Gradacol provistas de porosidades medidas). Las dimensiones obtenidas son:

Miyagawa: 120 a 180 micromicras.

Broom, Findlay 125 a 175 micromicras.

Levaditi, Krassnoff 100 a 140 micromicras.

2.—Acción de los agentes físicos y químicos.

El virus linfogranulomatoso es particularmente lábil. Pierde su actividad patógena por calentamiento:

30 minutos a 60 grados: Levaditi.

Las temperaturas bajas lo afectan igualmente:

Conservación 10 días a 2 o 3 grados: Levaditi.

" 3 meses al estado de congelación: Findlay.

La pérdida de la virulencia en inmersión en glicerina diluida y cerrada, in vitro, es de gran importancia, por conservarla los otros ultragérmenes neurótropos en condiciones similares: Levaditi, Nauck, Malamos.

3.—Morfología, ciclo evolutivo y naturaleza del ultravirus. Una vez sentada la especificidad etiológica del linfogranuloma venéreo, se procedió a la investigación microscópica de su agente patógeno. De 1924 a 1935, Gamna, Gay Prieto, Findlay y otros señalan la existencia de corpúsculos coloreables en las preparaciones procedentes del cobayo, de ganglios o de cultivos celulares, in vitro. En 1936, Miyagawa, Mitamura, Yagi, Nakaiyama Okanishi, Watanabe y Sato descubrieron la visibilidad del agente patógeno del linfogranuloma venéreo. Fué la primera vez, que en frottes procedentes del pus de 20 poradémicos, se decelaban por medio de coloraciones adecuadas (Giemsa) gránulo-corpúsculos finos, redondeados, libres o incluidos en el citoplasma de ciertos elementos celulares. Los investigadores japoneses son terminantes al identificar los corpúsculos como el agente etiológico de la enfermedad.

Recibida al principio con reserva, esta afirmación fué comprobada y ampliada por los investigadores europeos quienes llamaron la atención sobre la existencia de un ciclo evolutivo en el desarrollo de los gránulo-corpúsculos, descubriéndolos no solamente sobre los frottes, sino también en la intimidad de los tejidos, incluso en los elementos celulares contaminados.

Así es como en 1937, Nauck y Malamos, relatan en la Sociedad Médica de Hamburgo haber encontrado en frottes de cerebros de animales infectados granulocorpúsculos 30 veces en 81 ratones, 3 en 5 monos.

Mauro, ese mismo año, describe el polimorfismo de los corpúsculos de Miyagawa, sobre frottes de pus poradénico: formas elipsoideas, baciliformes, lanceoladas, y agrega que son susceptibles de teñirse por la plata (método de Fontana-Tribondeau). Constatación recientemente confirmada por Favre y Schoen en 1940. Además Mauro fué el primero en hacer un acercamiento entre el virus linfogranulomatoso y las Rickettsias del tífus exantemático y en afirmar la posibilidad de encontrar los corpúsculos en la sangre de los linfogranulomatosos.

En 1938, Coutts y sus colaboradores investigan la presencia de los cuerpos de Miyagawa en las lesiones iniciales y secundarias. Ese mismo año, en la clínica de Gruts, en Bonn, se encuentran los cuerpos de Miyagawa, en cortes de cerebro de ratones infectados; investigación confirmada en 1940 por Schoen, quien recogiendo las observaciones de Levaditi, respecto a la afinidad de los virus neurótropos para los elementos celulares en mitosis, y particularmente para las células neoplásicas busca los granulocorpúsculos en neoplasmas de ratones previamente infectados, encontrándolos en las células sarcomatosas. Esto viene a confirmar la afinidad para el sistema retículo-endotelial del virus linfogranulomatoso señalada por Levaditi.

Por medio de la técnica empleada por Schoen, en el laboratorio de Levaditi, fué posible establecer el siguiente ciclo evolutivo:

1.—Al principio de la infección neuráxica (3° al 10° día) los corpúsculos de Miyagawa aparecen numerosos, voluminosos, la mayoría incluidos en las células citoplasmáticas.

2.—A medida que la meningo-encefalitis entra en su fase crónica los elementos corpusculares, generalmente, menos numerosos, son más finos y su afinidad tinctórea disminuye.

3.—En el período asintomático, no se logran ver los granulo-corpúsculos, persistiendo la virulencia del neuroeje.

Todo esto parece indicar la existencia de un verdadero ciclo evolutivo comprendiendo en su principio fases perfectamente visibles, y más tarde, fases infra-microscópicas, dotadas de poder morbígeno acentuado.

4.—Naturaleza para-rickettsiana de los granulo-corpúsculos. La idea de Mauro, enunciada en 1937, de parentesco entre la rickettsia y el cuerpo de Miyagawa, fué recogida por Caminopetros un año más tarde proponiendo el nombre de *Rickettsia lymphogranulomatosa*, y por Brumpt en 1939, al examinar preparaciones del propio Miyagawa, creando la *Rickettsia Miyagawanella lymphogranulomatosa* nov. sp.

En la actualidad, aún no se ha definido la clasificación zoológica de los corpúsculos de Miyagawa. Y, de acuerdo con los trabajos efectuados por Levaditi en París citaremos, a continuación, las conclusiones de sus investigaciones. Tomó corpúsculos de Miyagawa y rickettsias de tifus exantemático histórico, adoptado al ratón por Giroud, sometiéndolos a un estudio morfológico y tintóreo:

"Tanto desde el punto de vista morfológico como por sus afinidades tintóreas en función de la fijación, analogías pero también diferencias aparecen entre las rickettsias y los granulo-corpúsculos de Miyagawa. Toda identificación entre esos dos órdenes de formaciones es por lo tanto, en estos momentos, prohibida. Sin embargo, la hipótesis según la cual *Rickettsia* y corpúsculo pertenecerían al mismo grupo de las rickettsiosis no podría ser eliminado a priori. En efecto, el comportamiento de estos gérmenes hacia los agentes químicos y físicos y ciertos resultados concordantes, dados por el examen de sus afinidades tintóreas, hacen esta hipótesis por lo menos plausible. Con el fin de marcar las diferencias entre las rickettsias propiamente dichas y los granulo-corpúsculos proponemos la denominación de:

PARA-RICKETTSIA-MIYAGAWAE

para designar tales granulo-corpúsculos.

5.—Medios de cultivo del virus linfogranulomatoso.

a) Membrana corio-alantoidea. Técnica de Goodpasture-Borrel. Inoculación del virus en la membrana corioalantoidea de un huevo de gallina fecundado, incubado de 8 a 10 días.

b) Cultivos en presencia de células embrionarias vivas.

En el medio de Li y Rivers (tejido embrionario adicionado de cuatro partes de líquido de Tyrode).

Malamos emplea células corneanas de conejo.

c) Yema de huevo.—Técnica de Cox, para el cultivo de rickettsias. Todos estos métodos resultan virulentos y denotan la presencia de corpúsculos de Miyagawa.

CAPITULO IV

PATOGENIA

Ante todo recordaremos las dos concepciones que tratan de explicar el origen de las enfermedades producidas por ultravirus. La primera, que considera al organismo mismo como la fuente primera de tales entidades clínicas, es la teoría endógena. Wollman la puso en boga, inspirándose en la teoría mendeliana de los soportes materiales o genes, con caracteres hereditarios, y que, en el medio celular, gozan de cierta autonomía. Morgan demostró la posibilidad de obtener variaciones o mutaciones por ciertos cambios en las propiedades de los genes.

"Admitamos un instante, propone Wollman, que los genes, en ciertos casos, presenten una constitución físico-química relativamente simple, y que sean por eso mismo, lo suficientemente estables para poder conservarse en el medio ambiente extracelular. Tales caracteres pueden ser transmitidos, no sólo de células-madres a células-hijas, sino también, por el medio exterior, de células así atacadas a células normales de la misma especie, o de especies vecinas. Consideremos una variación como la que determina la "viciación nutritiva hereditaria" (bacteriofagia de Bordet y Ciuca). Ligada a un carácter de factores estables, o genes, estos serán, por el hecho mismo de la lisis, puestos en libertad en el medio exterior. Se conservarán en él, en estado inerte, hasta encontrarse en presencia de células apropiadas. Penetrando en ellas les conferirán los caracteres de los cuales son portadores, es decir la tendencia a la lisis, y así en lo sucesivo".

En el terreno de los ultravirus la teoría de Wollman puede, en pocas palabras, resumirse así:

Por ciertas circunstancias fortuitas, y tal vez algo misteriosas, los genes cromosómicos de un sistema celular determinado, sufren una mutación que confiere a las células un estado patológico, lítico o neofornativo, finalizando en la liberación de los genes morbosos. Estos, pueden una vez libres, contaminar otros organismos receptores, de donde ocurre la propagación de la enfermedad que aparece teniendo así un origen endógeno. En apoyo de tal teoría pueden invocarse los trabajos de Caspersson en 1941, y de Straub en 1943, demostrando la identidad de constitución físico-química de los cromosomos genes, y de los ultra-virus: la misma estructura nucleo-proteídica, las mismas rayas de absorción en luz ultravioleta. Pero a pesar de ello, la teoría endógena, tiene ciertos argumentos en contra que obligan en la actualidad a rechazarla.

1º—El fenómeno de la autogénesis bacteriofágica, punto de partida de la supuesta mutación destinada a volverse transmisible no ha sido nunca confirmada.

2º—Parece poco probable, que partes integrantes del complejo núcleo-protoplasma celular, como los genes, puedan una vez liberados, persistir indefinidamente en el medio exterior conservando su potencial patógeno y sus propiedades antígenas.

3º—Los antígenos microbianos difieren radicalmente de los antígenos bacteriofagos.

4º—Gratia demostró que las virosis vegetales no son transmisibles de un modo hereditario.

5°—El microscopio electrónico ha venido a demostrar la disposición compleja de los elementos constitutivos de los bacteriófagos, formas análogas a los bacilos tetánicos o a los espermatozoides (parte globulosa provista de un filamento terminal) careciendo los cuerpos elementales de los ultravirus de toda estructura precisa.

Por lo tanto admitiremos, de acuerdo con la doctrina pasteuriana el origen de las enfermedades provocadas por los virus como extraño al organismo, o en otros términos: el agente patógeno proviene del medio ambiente o lo más a menudo de una planta, de un animal previamente contaminado.

Naturaleza y génesis del ultravirus. Tres, y solo tres, son las nociones que sirven en la actualidad de base a la determinación de la génesis y naturaleza de los ultravirus.

a) Los ultravirus son incapaces de multiplicarse *in vitro* a expensas de los principios inertes que entran en la constitución de nuestros medios usuales.

b) Los nucleoproteidos-virus, de los cuales los ultravirus realizan la síntesis al contaminar las células receptoras, son diferentes físic-químicamente hablando; de los nucleoproteidos que participan en la constitución de las células sanas.

c) Esta diferencia es tal, que el organismo infectado reacciona hacia el virus, elaborando anticuerpos rigurosamente electivos. Las reacciones de aglutinación, la actividad virulenta, tan constante y específica, lo prueban ampliamente.

Así pues, los virus nos aparecen como los agentes esenciales de la fabricación de los nucleoproteidos específicos patógenos y antigénicos, nucleoproteidos de los cuales desencadenan la síntesis, utilizando por su propia cuenta, ciertos representantes de la larga cadena que une los elementos más sencillos a las gruesas moléculas núcleo-citoplasmáticas. Los virus intervienen así, en el anabolismo celular para desviarlo de su ritmo normal.

Stanley, en 1940, opina al respecto: "Se puede considerar la infección como la introducción de algunas moléculas de un virus-proteido en el huésped receptor. Estas pocas moléculas parecen tener la facultad de dirigir el metabolismo del huésped, de modo que éste fabrique no ya proteínas normales, sino una gran cantidad de virus-proteido... Se puede considerar entonces, la enfermedad como una ruptura del metabolismo normal, con producción de virus-proteido".

Según Levaditi, el ultravirus sería en última instancia, a la vez el agente provocador y el centro regulador de un metabolismo celular específicamente desviado. Boivin a su vez, afirma que los ultravirus son parásitos absolutamente obligados, que no pueden multiplicarse sino en el seno de células vivas, y que bajo ningún concepto están equipados para llevar vida libre (enzimas, metabolismo propio). Las células del huésped han de proveer todas las materias orgánicas, y la energía necesaria a la edificación de las núcleo-proteido-virus, limitándose probablemente las moléculas de virus a cierta acción directriz, de naturaleza catalítica, sobre la construcción de nuevas moléculas de virus.

Agentes provocadores y centros reguladores, los ultravirus desvían específicamente el anabolismo nucleoproteídico, orientándolo hacia nuevas arquitecturas moleculares, de las cuales ellos forman el modelo.

En cuanto a admitir la vida en los ultravirus, sólo se podría hacerlo, acordándoles una vida más sencilla, más primitiva, más rudimentaria que la de los microorganismos perfectos e independientes.

CAPITULO V

ANATOMIA-PATOLOGICA

El virus se introduce en el organismo a través de una ligera erosión de la piel o de la mucosa, o aún mismo del tejido intacto; en el hombre es generalmente a nivel del prepucio o del glande; en la mujer, a nivel de la vagina o del cuello uterino; en la mayoría de los casos la lesión primaria asienta en la proximidad del clitoris, de la horquilla o de los labios. La aparición de una lesión primaria a nivel de la mucosa labial o del ano se explica por prácticas sexuales anormales.

La lesión inicial es el resultado de una pequeña reacción local. La epidermis se engruesa levemente a consecuencia de la infiltración de células plasmáticas, linfocitos y polinúcleares, que provocan la aparición de un nódulo, una pápula o una simple vesícula. Al pasar el virus a lo largo de los vasos linfáticos invade el territorio ganglionar correspondiente: en el hombre, los ganglios inguinales; en la mujer están interesados, cuando la lesión inicial asienta en la parte anterior de la vulva. Al ubicarse a nivel de la vagina los linfáticos de la pared anal y de la porción terminal del recto son los atacados, provocando el reflujo de la infección a los ganglios del piso pelviano, incluyendo a los perirectales y retroperitoneales. De ahí que la porción terminal de la pared rectal y el ano se engruesen causando, ulteriormente, su estenosis.

En los ganglios aparecen formaciones punctiformes constituidas por células gigantes y células reticulo-endoteliales gigantes. El centro se necrosa; en un estado más avanzado el área necrótica se rodea de una capa de células epitelioides y células gigantes, con granulo-copúsculos esparcidos en los monocitos y en las células plasmáticas, adoptando aspectos piriforme, de anillo o de media luna. Alrededor del ganglio interesado se establece una periadenitis. En ciertos casos la necrosis da lugar a un absceso de forma estelar. Abriéndose al exterior, se infecta secundariamente, ofreciendo el aspecto fistulizado crónico, en panal, característico.

La obstrucción de la circulación linfática determina en el territorio bloqueado una elefantiasis típica.

CAPITULO VI

SINTOMATOLOGIA

Incubación. El período es de 3 a 5 días, prolongándose a veces hasta tres semanas.

Lesión inicial. Se caracteriza por su fugacidad, exceptuando aquellas lesiones que presentan un carácter subagudo o crónico desde un principio. Desaparece habitualmente a los 7 u 8 días. Debido al polimorfismo, otro de los caracteres fundamentales de la lesión inicial, se han propuesto una serie de clasificaciones. En el presente trabajo adoptamos la de Midana.

Siendo suficientemente sugestivas las denominaciones de las lesiones iniciales en ella indicadas, omitiremos describirlas, detalladamente, reservándonos la oportunidad de hacerlo en la segunda parte, para todas aquellas formas que hemos tenido la ocasión de observar

en el curso de los exámenes practicados a las pacientes recluidas en el hospital de profilaxia sexual. En la misma forma obraremos al tratar de las formas clínicas.

CLASIFICACION DE LAS LESIONES INICIALES SEGUN MIDANA.

I Forma decapitada vale decir, sin lesión inicial reconocible.

II Lesión genital	Tipo	herpetiforme
	"	chancroso
	"	sifiloide
	"	nodular
	"	infiltración difusa (forma cutánea)
	"	balanopostitis erosiva
	"	vulvovaginitis
	"	ulceración crónica
	"	uretritis linfogranulomatosa.
	Formas anómalas	Edema uretral perimeático (Chevalier). Pseudoneoplasias (Sézary y Bowers).
III Lesión extragenital	Formas asociadas	Con sífilis Con chancro blando Con sífilis y chancro blando
	Dedos:	accidental o en cirujanos (Kollin Hellerstrom)
	Boca	Lengua (Buschke, Cuth, Courts) Piso (David, Vernon, Loring) Paladar y faringe (Bergstrand) Encías (Curth) Estomatitis (Midana)
	Recto	Rectitis
	Ano	Anitis
	Ojos	Conjuntivitis tipo Parinaud.

Formas clínicas

El doctor Arthur W. Grace, de New-York, ha hecho recientemente una clasificación de las diferentes formas clínicas del linfogranuloma venéreo, que nosotros hemos adoptado. Esta comprende:

I Forma genital

Lesiones erosivas del pene
Lesiones erosivas de la vulva y de la vagina
Estiomeno
Elefantiasis de los órganos genitales externos
Uretritis abacteriana.

II Forma inguinal

Adenitis inguinal supurada o ño.

III Forma pelviana

Enfermedad inflamatoria de los tejidos pélvicos.

IV Forma anorectal

- ▲ Edema perianal, con ulceración e hipertrófia
- Fistula del ano
- Abceso perianal
- Estenosis anal y rectal.

V Forma colónica

Colitis ulcerativa.

VI Formas extragenitales

Las manifestaciones dependen del sitio de la infección y sus síntomas están supeditados a los territorios linfáticos afectados.

VII Manifestaciones en otros sistemas

Ojos Trastornos circulatorios del fondo
Edema peripapilar
Conjuntivitis
Huesos y articulaciones
Sistema nervioso: Meningoencefalitis y meningitis
Piel: Linfogranulomatides, fotosensibilidad
Otras localizaciones erráticas: vías respiratorias superiores. Tracto gastro-intestinal. Aparato génito-urinario.
Sistema muscular.

Manifestaciones generales

Sumamente variables de un enfermo a otro, los síntomas generales del linfogranuloma raras veces faltan durante la época de invasión de los ganglios linfáticos.

Vamos a referirlos aunque brevemente, porque, a falta de conmemorativos o en los casos de lesiones inaparentes, como ocurre frecuentemente en las mujeres, estos signos llevan al médico a los diagnósticos más variados y como consecuencia lógica, a las conductas terapéuticas más desacertadas. Recordamos siempre, el curioso caso relatado por Pacheco Luna de un error diagnóstico que llevó al paciente a la mesa de operaciones, y luego, en un verdadero *via-crucis*, de clínica en clínica de los médicos más famosos de Europa, quienes propusieron los tratamientos más desacertados, hasta que meses más tarde, Ravaut sentó el diagnóstico de linfogranuloma venéreo, instaurando el tratamiento adecuado.

El cuadro clínico puede presentarse como una enfermedad febril, de carácter variable, desde las febrículas, hasta las formas hipertérmicas, persistentes, con pequeñas remisiones matinales. Acompañan a la

fiebre, una adinamia, más o menos marcada, cefaleas, inapetencia, pérdida de peso, náuseas y vómitos que pueden llevar a la postración. Comúnmente, el paciente refiere dolores musculares y síntomas articulares: dolores reumátiformes activos o pasivos, con o sin hipertermia local y flogosis.

Al examen físico:

Alteraciones oculares: aparecen casi desde los comienzos de la afección. Han sido señaladas por Malbrán y Lima en un 82% y por Chaigneau en un 60% de los casos. Se caracterizan por: hiperhemia papilar, edema peripapilar, ingurgitación, tortuosidad y dilatación de las venas retinianas con coloración rojo oscuro de la corriente venosa.

Alteraciones hepato-esplénicas: examinando el paciente durante el estado agudo febril, se observa un aumento moderado del hígado y del bazo.

Alteraciones cutáneas que acompañan el estado infeccioso general: Han sido observadas formas de eritema nudoso o polimorfo, como consecuencia de un estado alérgico resultante de la presencia del virus en la corriente hemática.

Alteraciones del líquido cefalo-raquídeo: hiperproteinemia, aumento de los cloruros y de la glucosa, con desaparición de la amilasa (Midana y Vercellino).

Alteraciones hemáticas: anemia discreta, con monocitosis, y en el periodo de adenitis abierta, leucocitosis con desviación a la izquierda del hemograma de Schilling. En los casos de manifestaciones alérgicas acentuadas, eosinofilia.

William y Gutman reportan hiperproteinemia con aumento de las globulinas y disminución de las albúminas. Aumento del colesterol y disminución de los lípidos.

CAPITULO VII

EVOLUCION

La enfermedad puede presentarse tan discretamente que pasa desapercibida para el paciente; en otros casos adquiere un curso crónico que dura años, con lesiones que incapacitan y debilitan al paciente al punto de convertirlo en una carga social.

W. Coutts, Napier, miembro del Real Colegio de Médicos de Londres, y otros han comparado la evolución del linfogranuloma con aquella de la sífilis y consideran tres períodos:

1°—Período: se extiende desde el momento del contagio hasta la aparición de la sintomatología ganglionar.

2°—Período: inflamación de los ganglios linfáticos correspondientes. La adenitis se caracteriza por su dureza, dolor e inflamación, pudiendo ser uni o bilateral.

3°—Período: lo forma la aparición de úlceras crónicas, las fistulizaciones y las estrecheces. En la mujer, en este período, hay ocasionalmente, formación de una verdadera cloaca rectovaginal. Chestermann de 6 enfermas examinadas, encontró 3 con fistulas anovaginales.

La muerte sobreviene por infecciones secundarias.

CAPITULO VIII

DIAGNOSTICO

• Por medio de un interrogatorio bien llevado pueden ser revelados los síntomas y signos que ponen sobre la vía del diagnóstico; insistiendo sobre los antecedentes venéreos. El exámen, en numerosos casos permite al médico establecer el diagnóstico clínico correcto. Y, en especial en la forma inguinal, ha de ser buscado el signo del surco (sign of the groove) considerado por Greenblatt, como patognomónico. Este signo, consiste en la formación de un surco debido al abultamiento ganglionar por encima y por debajo del pliegue inguinal.

Inútil es decir que los síndromes elefantíacos, inguinales o estenosantes harán sospechar la posibilidad del linfogranuloma. Ahora bien, la clave del diagnóstico la dan los tests biológicos específicos de la enfermedad y que se basan en los fenómenos inmunitarios que aparecen en el curso de la misma.

El estado alérgico, así desarrollado, puede hacerse evidente:

1.—Por la reacción inflamatoria local provocada por la inyección intradérmica de un antígeno.

2.—Por los fenómenos generales subsiguientes a su inyección intravenosa.

3.—Por los fenómenos focales que generalmente siguen a su introducción parenteral.

En la práctica se utilizan:

a) La Intradermoreacción de Frei, consistente en la inyección intradérmica de 0.1 a 0.2 c. c. de antígeno. El antígeno es de procedencia animal o humano.

b) En 1940, Rake, Mc. Kee y Schaeffer prepararon el antígeno con base en cultivos de virus realizados en el saco vitelino del embrión de pollo. Siguiendo este método la Squibb ha lanzado al mercado el test diagnóstico llamado Lygranum ST, y la Léderlé el Frei antígeno. La lectura del resultado de las intradermoreacciones debe realizarse después de las 48 horas, siendo su momento óptimo entre el 3° y 4° días; las reacciones precoces que no perduran carecen por completo de significación diagnóstica. Con el antígeno de saco vitelínico, una pápula de 6 m. m. de diámetro o mayor indica una reacción positiva, siempre que la pápula producida por el antígeno control no exceda de 5 m. m. de diámetro. La respuesta típica se distingue por el endurecimiento central que presenta la pápula.

c) La hemoreacción de Ravaut se basa en la aparición de un estado febril que aparece en los linfogranulomatosos y no en los individuos sanos, a consecuencia de la inyección intravenosa de antígeno. El estado febril presenta su acmé a las 12 horas, y se acompaña de manifestaciones generales.

d) La reacción de Gaté y Papacostas, basada en la gelificación del suero en presencia de formol, no rindió los resultados esperados. En noviembre de 1945, en un comunicado al American journal of syphilis, gonorrhea and venereal diseases, Frank C. Combes, Orlando Canizares y Simeón Landy de New York, han nuevamente ensayado esta reacción abandonada en 1920, adjudicándole la denominación nueva de: Formol-Gel test.

e) La reacción de fijación del complemento está llamada a rendir valiosos servicios en el diagnóstico del linfogranuloma. Los resultados obtenidos revelan, en esta reacción, niveles más bajos de inmunidad que los que da la intradermoreacción. Persiste positiva mayor tiempo, ofrece un 98% de positividad en los linfogranulomatosos, y un 95% de negatividad en los sanos.

f) Biopsia: como medio coadyuvante de diagnóstico, puede practicarse la biopsia, investigando la presencia de granulocorpúsculos, de Miyagawa.

g) Inoculación a los animales de laboratorio, puede también ser empleada en casos dudosos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Sífilis, se descartará en las lesiones ulcerativas, por el examen en campo obscuro y por las reacciones específicas biológicas.

Gonorrrea, siempre habrá de sospecharse la posibilidad del linfogranuloma en toda uretritis, aún cuando se compruebe la presencia del gonococo de Neisser, en vista de la relativa frecuencia con que hemos encontrado en nuestras observaciones la coexistencia de estas dos afecciones.

Chancro blando la investigación del báculo de Ducrey descartará la sospecha del chancroide, así como los tests intradérmicos.

Granuloma inguinale en las biopsias habrá de investigarse la presencia de los cuerpos de Donovan (*Klebsiella granulomatosis*). No despreciar el hecho de que las lesiones del granuloma inguinal se localizan, de preferencia en superficies húmedas y calientes, siendo posible la autoinoculación.

Hérpes genital la erupción es generalmente precedida por una sensación de calor, raramente de dolor. Su aspecto vesicular, que puede transformarse en una exulceración de bordes irregulares húmeda es típica. Recordar que, el herpes "llora". En última instancia las reacciones biológicas darán el diagnóstico.

Fusospiroquetosis se caracteriza por su aspecto fagedénico, rápidamente destructivo.

Neoplasias malignas el estudio histopatológico las descarta.

Tuberculosis la inoculación a los animales de laboratorio es necesaria.

Filariosis en las elefantiasis ha de investigarse la microfilaria.

Tularemia, Enfermedad de Hodgkin y adenitis regionales se descartan por las pruebas de aglutinación y los estudios histopatológicos.

Actinomicosis se diferencia por el aspecto del pus con granos en los que se encuentran, al estudio microscópico, los actinomicos. Debe practicarse el cultivo en los medios de Sabouraud.

En el siguiente cuadro resumimos las entidades clínicas con las cuales ha de hacerse más frecuentemente el diagnóstico diferencial en las diversas formas clínicas que presenta el linfogranuloma.

<i>Forma ulcerativa</i>	<i>Sindr. inguinal</i>	<i>Sindr. anorectal</i>	<i>Sindr. genital</i>	<i>Sindr. uretral</i>
sífilis	sífilis	Neoplasia	filariasis	gonococcia
hérpes	granuloma inguinale	hemorroides	craurosis	chancre
chancre blando	T. B.C.	proctitis a gonococos	fibroma	uretritis banal
granuloma inguinal	Chancre blando		neoplasia	
gonococcia	Enfermedad de Hodkin	Esquistosomiasis rectal	esquistosomiasis urógenital	
fusoespiroquetosis	Tularemia			
Neoplasias malignas	actinomicosis adenitis regionales	poliposis		

CAPITULO IX

PRONOSTICO

En la actualidad es siempre reservado.

May consideraba que "todo porádénico tiene hipotecado su recto". La multiplicidad de las lesiones secundarias que pueden aparecer en el curso de los años, entre las cuales se cuentan las estenosis, las meningo-encefalitis, las neoplasias, las lesiones oculares, ensombrecen el pronóstico. Conservando, a pesar de la curación clínica, el virus linfogranulomatoso su poder patógeno, todo enfermo está a la merced de una recaída.

CAPITULO X

TRATAMIENTO

Numerosos son los medios terapéuticos preconizados: cada cual tiene en su haber éxitos; pero, generalmente, al ser aplicados en otros casos, han fracasado, y hasta la fecha, ninguno ha resistido la prueba de los años, vale decir que desgraciadamente, el linfogranuloma venéreo pertenece al grupo de enfermedades contra las cuales el hombre no ha podido encontrar aún un tratamiento específico.

Haremos una enumeración rápida de los distintos procedimientos utilizados en la actualidad, indicando la conducta a seguir en las formas clínicas de esta infección, teniendo en cuenta que existe, en una proporción de casos, por cierto no despreciable, tendencia a la curación

espontánea, tanto durante el período inicial como en el curso de las manifestaciones ganglionares. El clínico no ha de olvidar tampoco, que en los casos felices sólo se puede considerar la curación clínica, por haber sido demostrado en el curso del presente trabajo, que la infección no desaparece mientras persiste la reacción de Frei positiva.

Sumariamente dividiremos los medios terapéuticos en la siguiente forma:

I.—Medios exclusivamente quirúrgicos.

II.—Medios quirúrgicos combinados con inyecciones modificadoras:

solución de lugol
líquido de Calot
glicerina

III.—Medios físicos

rayos X
diatermocoagulación
rayos ultravioletas

IV.—Tratamientos biológicos no específicos

tuberculina
autohemoterapia
lactoterapia
proteinoterapia
vacunas no específicas.

V.—Tratamiento biológicos específicos

molido ganglionar
pus ganglionar
antígeno de Frei
Lygranum
suero de convaleciente
suero específico de Levaditi
aceite de Chalmooogra.

VI.—Procedimientos quimioterápicos

sales de mercurio
bismuto
arsenicales
clohidrato de emetina
yodo
sales de oro
sulfato de cobre amoniacal endovenoso
salicilato de sodio
sales de antimonio
derivados de la sulfamida

A continuación referimos los medios más usados y que han demostrado mayor eficacia.

YODO. Usado por todas las vías se requieren dosis elevadas.

Vía oral: tintura de yodo XXX gotas al día, aumentando X gotas diarias.

Hasta CL gotas.

Solución de lugol XL a VL gotas diarias.

Solución de yoduro de potasio.

Vía parenteral: soluciones de yoduro de sodio al 10% 10 c. c. Tienen el inconveniente de provocar la esclerosis venosa, por lo que su empleo es muy limitado.

ANTIMONIO. Se usa bajo diversas formas, siendo su acción de eficacia variable.

Tártaro emético (tartrato doble de antimonio y potasio).

En sol al 1% se inyecta cada 4 días, empezando por 5 c. c. en dosis progresivas hasta 10 c. c.; prosiguiendo mientras lo soporte el sujeto. Contraindicado en las lesiones renales.

Tartrato doble de antimonio y sodio: usado en la misma forma que el anterior, con la ventaja de ser menos tóxico el sodio por vía endovenosa.

Sales de antimonio trivalentes: antomosán, fuadina (vía intramuscular).

Sales de antimonio pentavalentes: stibosán y neostibosán (vía intramuscular). Tienen la ventaja de ser mejor toleradas.

SULFANILAMIDOS Y DERIVADOS

Ya en 1935, Lavaditi y Vaisman hicieron estudios experimentales sobre la acción terapéutica del rubiazol en el mono.

En 1937 Rosenthal, Wooley y Bauer obtuvieron resultados halagadores en el ratón, con el prontosil. Un año más tarde, Lavaditi los confirmó utilizando el rubiasol II. Baer, comunicaba, a la sociedad de microbiología de Berlín, en esa misma época, el éxito de la p-amino-fenilsulfamida, sobre la linfogranulomatosis del ratón.

Por otra parte, un estudio comparativo efectuado con el ulirón, el cuerpo 111 y el 138 de A. Girard, demostró que sólo los dos primeros tenían acción efectiva sobre el virus linfogranulomatoso. Un año más tarde, en 1939, Vaisman y Reinié demostraron ser el cuerpo 38 de Girard, el más efectivo de todos los derivados sulfamidos.

Todos esos estudios experimentales apoyaban los resultados obtenidos en el hombre por Gjurić, Montel y Nguyen-van-Tho. Numerosos informes sobre el uso de las sulfonamidas en el tratamiento del linfogranuloma venéreo se han publicado desde entonces.

En estos últimos años, Grace y Suskind del New York Hospital y del Cornell University Medical College emplearon la sulfanilamida en la siguiente forma:

0,3 a 0,6 gramo tres veces diarias, aumentando progresivamente hasta 0,6 y 0,9 gramo tres veces diarias. Siendo la tolerancia del paciente a la droga la que establece en cada caso particular la dosificación exacta. La administración de la sulfanilamida se prosigue durante 6 semanas, suspendiéndola luego por espacio de 1 a 2 semanas. En esa forma se efectúa el tratamiento hasta la curación. Sin embargo, cuando ocurren cambios en la fórmula sanguínea, la duración de los períodos de descanso puede ser prolongada. Para la forma inguinal, el promedio de la duración del tratamiento fué de 4 semanas; en la forma anorectal de 29 semanas.

En la actualidad el sulfatiazol y la sulfadiazina se emplean con ventaja, tanto por su menor toxicidad como por su efecto para el tratamiento.

En las formas de principio, Grace y Suskind han sugerido el siguiente esquema de tratamiento:

1,5 gramos por vía oral tres veces al día durante 3 semanas
1,0 gramos por vía oral tres veces al día durante 3 semanas

Se deja un periodo de descanso de tres semanas; y luego, se vuelve a repetir el tratamiento en la misma forma.

En las formas inguinales, generalmente, se obtiene la curación después de un segundo periodo de cinco semanas.

Desde 1944 el doctor Guillermo Morán, en el Primer Servicio de Cirugía de Hombres del Hospital General de Guatemala, ha obtenido resultados muy halagadores en el tratamiento de las estenosis rectales usando una técnica original mediante inyecciones intersticiales de preparados sulfonamídicos al mismo tiempo que dilataciones rectales con bujías de Hégár. El promedio del tiempo de curación clínica es de 10 semanas.

En las formas ganglionares, aún supuradas, la misma técnica de inyecciones intersticiales permite obtener la curación clínica en 5 semanas.

Ultimamente, el Doctor L. Alemán Pérez, empleando una técnica similar, (inyecciones sin dilatación) ha reportado éxitos obtenidos en el Hospital Morelos, de México, en el tratamiento de las formas ganglionares y rectales.

PENICILINA

En la actualidad, aún al estado de experimentación, Parker y Diefendorf parecen no haber obtenido ningún resultado positivo, según lo relatan en su comunicado "Effect of Penicillin on certain Viruses". Por otra parte, Heilman y Herrel, de la Mayo Clinic, han demostrado la sensibilidad in vivo del virus de la psittacosis a la penicilina. Greiff y Pinkerton, en sus experimentos, han observado la acción inhibidora de la penicilina sobre la multiplicación de una cepa múrida de *Typhus rickettsiae* en el saco de la yema de huevo de gallina fecundo, aparentemente gracias a la penetración de la penicilina dentro de las células.

Si tomamos en cuenta las semejanzas biológicas entre el virus de la psittacosis y el del linfogranuloma por una parte, y el parentesco entre este último y la rickettsia, como también la manera de actuar de los virus y de la penicilina con respecto a las células vivas, es de esperar que puedan obtenerse resultados halagadores en el tratamiento del linfogranuloma venéreo por medio de la penicilina.

ANTIGENO DE FREI

Grace, Prats, Bercovitz, Costelloy y Cohen, Brandt y Greenblatt han atestiguado el valor del antígeno de Frei para el tratamiento del linfogranuloma venéreo en seres humanos. Gray y Bardes de la Universidad de Louisville han efectuado experimentos tanto con el método intradérmico como subcutáneo obteniendo resultados halagadores. La administración del antígeno por esas vías son efectuadas, dos o tres veces a la semana, notándose la mejoría al cabo de un periodo de dos a tres semanas.

Grace, empleando de preferencia la vía subcutánea y endovenosa a la dosis de 0,3 c. c. de Lygranum cada tercer día hasta completar 12 inyecciones concluye que "sólo una pequeña proporción de casos responden bien a ese método terapéutico".

SEGUNDA PARTE

FORMAS CLINICAS OBSERVADAS EN EL HOSPITAL DE PROFILAXIA SEXUAL

CAPITULO XI

FORMAS CLINICAS

En el Hospital de Profilaxia Sexual de esta ciudad, hemos tenido la oportunidad de observar desde el mes de Julio de 1946 a la fecha un total de 67 casos entre las recluidas en la sala N° 2, todas prostitutas. Tuvimos la oportunidad de ver 10 casos más entre las pacientes de la Consulta Externa de Ginecología adscrita a ese centro hospitalario.

Todos los casos indicados, diagnosticados clínicamente, han sido confirmados por el test biológico de Frei, ejecutado con Lygranum ST de la Squibb; y, como lo indicaremos en su oportunidad, el tratamiento adoptado en las hospitalizadas, ha sido la sulfonamidoterapia.

En el siguiente cuadro se aprecian las formas clínicas observadas:

FORMAS CLINICAS DE LESION INICIAL DEL L. V. OBSERVADAS EN EL HOSPITAL DE P. S. DE GUATEMALA

Exulceraciones vulvares	13
Exulceraciones vaginales	6
Hérpes vulvar	2
Microchancro vulvar y exulceración del surco genitocrural concomitante	4

FORMAS CLINICAS DEL LINFOGRANULOMA VENEREO OBSERVADAS EN EL HOSPITAL DE P. S. DE GUATEMALA EN EL PERIODO DE ESTADO

1. Forma genital		
	ulceración vulvar	14
	" vaginal	15
a) ulceración	" vulvo-vaginal	2
	placas mucosas vulvovaginales .	1
	vegetaciones vulvovaginales ...	1
b) Elefantiasis de los genitales externos		1
c) Cervicitis erosiva		1
d) Estiomeno con linforroides		3

2. Forma inguinal
 - a) Ulceración vulvo-vaginal con adenitis inguinal 2
3. Forma ano-rectal
 - a) Ulceración anal 2

Las formas observadas en las pacientes del hospital de profilaxia sexual, son en su mayoría exulcerativas y ulcerativas; sus localizaciones se indican en el siguiente cuadro:

Frecuencia de las localizaciones de las lesiones exulcerativas iniciales en los casos de L. V. observadas en el H. de P. S.

1. Vulvares		
exulceración periuretral	.....	2
" clítoris	.....	1
" horquilla	.....	5
" labios mayores	.....	3
" vulvar	.....	3
2. Vaginales		
exulceración del piso vaginal	.....	4
" paredes vaginales	.....	4
3. Región inguino-crural		
exulceración del surco genito-crural	.....	4

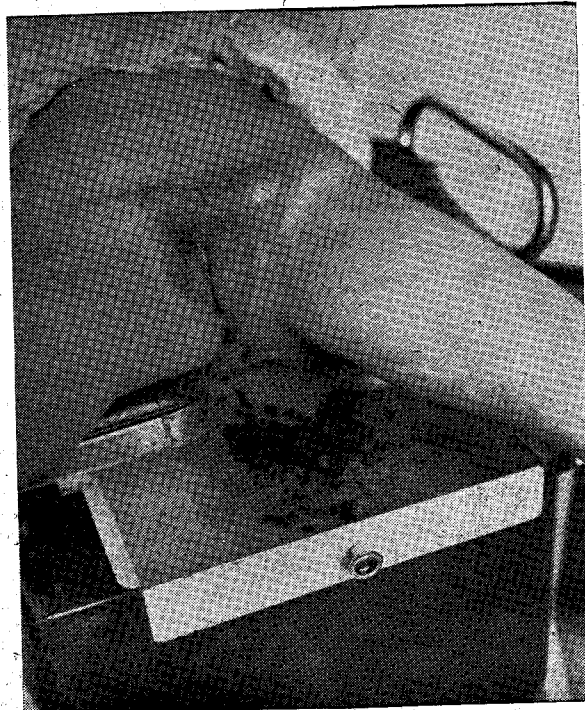
Frecuencia de las localizaciones de las lesiones ulcerativas en los casos de L. V. observadas en el H. de P. S.

1. Vulvares		
ulceración del vestíbulo	.....	2
" labio mayor	.....	3
" labio menor	.....	3
" vulvar	.....	2
" horquilla	.....	3
" periuretral	.....	7
2. Vaginales		
ulceración de las paredes	.....	14
" del introito vaginal	.....	1
3. Cuello uterino		
cervicitis erosiva	.....	3
4. Anal		
margen del ano	.....	2

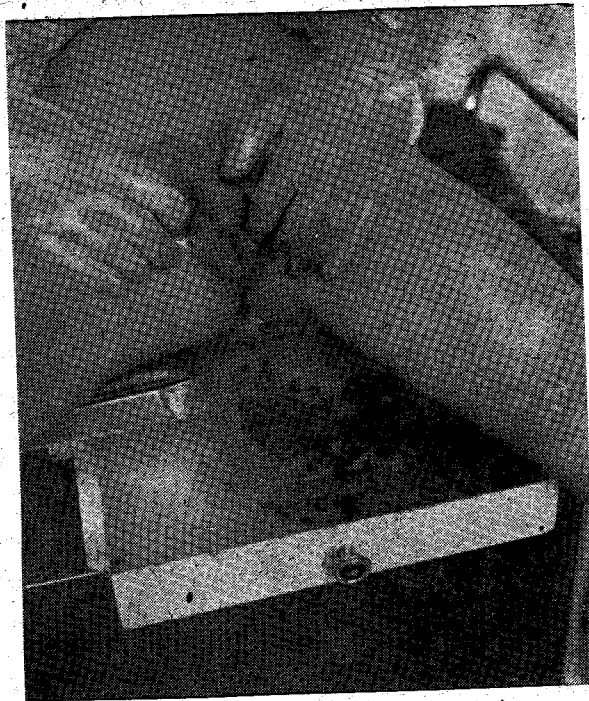
Nota.—Se hace notar que en ciertos casos se observó la concomitancia de localizaciones diversas de las lesiones exulcerativas o ulcerativas.

Formas clínicas de Linfogranuloma venéreo observadas en la Consulta Externa de Ginecología adscrita al H. de P. S. de abril de 1946 a agosto de 1947:

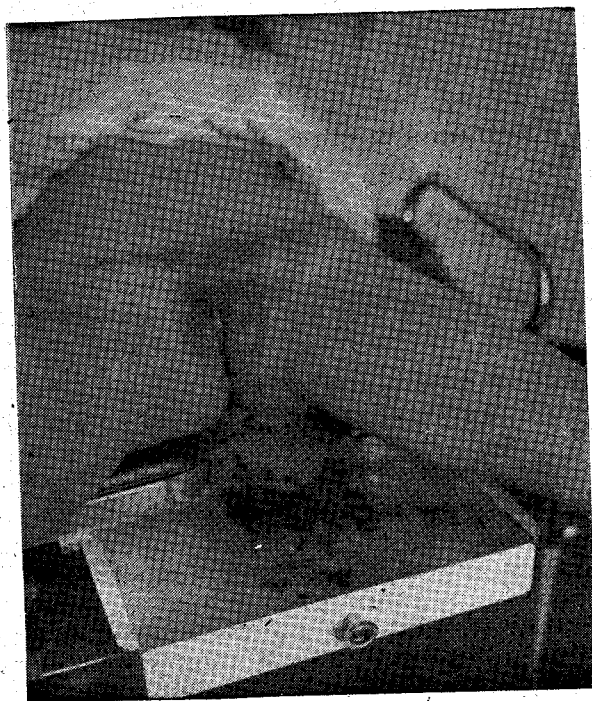
Ulceración vulvar	1
Ulceración vaginal	2
Adenitis inguinal	2
Elefantiasis de los genitales externos	2
Atresia vaginal	2
Manchas violáceas de la mucosa vulvo-vaginal	1



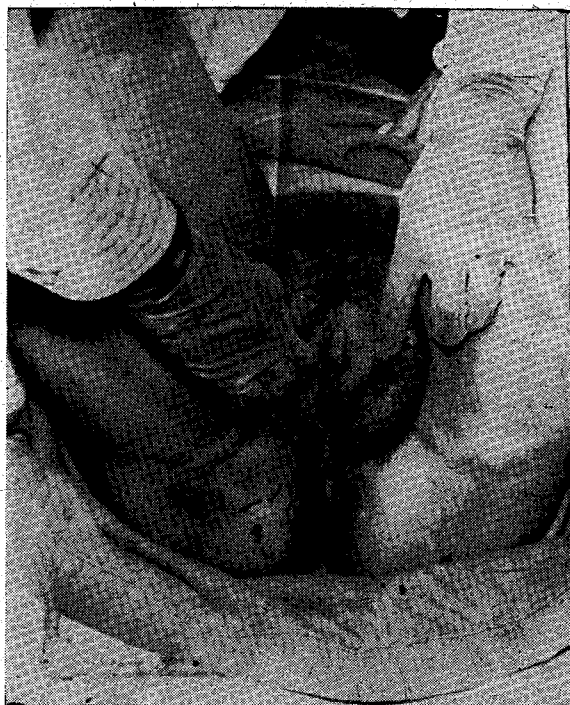
Elefantiasis de los genitales externos, con adenopatía inguinal bilateral. Signo del surco. Nótese la colocación violácea de los genitales.



Úlceración vulvar extensa, con atresia vaginal en un estriomeno.



Aspecto elefantiasico de los genitales externos y de los ganglios inguinales en el estriomeno del caso anterior



Estiomeno. — Nótese la elephantiasis de los genitales externos la ulceración vulvar, los linforroides. — En este caso existe también estenosis de la vagina que no permite la introducción del dedo explorador.

Hérpes vulvar aparece como una pequeña erosión superficial, de forma más o menos circular, con un diámetro de medio centímetro aproximadamente: de color rojo vivo circundada por un halo violáceo, ligeramente exudativo. Al tacto, no es dolorosa, y su base no presenta induración alguna.

Puede notarse la presencia de varias erosiones en el mismo sujeto; por lo general desaparece en pocos días, no dejando cicatriz. Insistimos en que, en esta forma herpetiforme, no existe el collar epitelial del herpes verdadero, como tampoco se nota el contorno policíclico. También es de notar la falta de secreción abundante.

Exulceración vulvar y vaginal. Es una excoriación del epitelio, de bordes netos, de fondo rojo vivo, no indurado, sin reacción de vecindad, indolora, cuya falta de secreción es notoria. Permanece algunos días sin tendencia a extenderse, y desaparece, sin dejar cicatriz.

Microchancro pequeña pápula redondeada, de bordes netos, cuyo fondo rojo vivo, está desprovisto de secreción: no hay induración, ni infiltración. En los casos en que tuvimos la ocasión de observar el microchancro coexistía con una exulceración del surco genito-crural derecho o izquierdo, banal. No le damos importancia al hecho por creer que esas erosiones son producidas por el uso de cinchos sanitarios o cualquier otra prenda demasiado ajustados.

Ulceración, cuya localización ha sido ya referida, se presenta de forma circular o lenticular. Sus dimensiones son variables, pudiendo alcanzar en algunos casos la casi totalidad de la mucosa vulvar o vaginal. De bordes netos, tallados a pique, se nota en el fondo una pseudo-membrana amarillenta que puede quitarse con facilidad, provocando a veces, una secreción sanguinolenta que desaparece a los pocos momentos.

La úlcera del linfogranuloma venéreo es ocasionalmente dolorosa, sobretodo en las de grandes dimensiones, no tiene tendencia a sangrar espontáneamente, y no presenta induración, ni infiltración. Hemos observado la coexistencia de un cambio en el aspecto de la mucosa que reviste una coloración violácea por partes.

Al cicatrizar, la úlcera deja en la mucosa un tinte blanquecino y, por lo general, no provoca enteritis cicatricial notoria. Creemos que a este grupo pueden ser asimilados los casos referidos como úlcera crónica de la vulva o de úlcera balística, conocida también como síndrome de Clément Simón.

Elefantiasis de los genitales externos. Es una forma rara entre las pacientes observadas por nosotros, en que está comprometido preferentemente el capuchón y los labios mayores; al examinar una paciente que presentó este cuadro probablemente la lesión ulcerativa de principio había ya cicatrizado, y notamos la coloración violácea de la piel de los labios y de las regiones circunvecinas. Uno de los labios mayores está, habitualmente, más aumentado de volumen dando la impresión de un edema blando. Al deprimir la parte elefantiásica no deja huella el dedo, y a la palpación, es blanda. No despiertan dolor las maniobras efectuadas. La adenitis inguinal es la regla, siendo mayor del lado en que la elefantiasis es más marcada.

Cervicitis erosiva, se presenta con los caracteres habituales de la ulceración del cervix, siendo necesario el Lygranum para despistar la existencia o coexistencia del linfogranuloma venéreo.

Estiomeno con esta denominación hemos agrupado a los casos de elefantiasis genital, con ulceración concomitante, de acuerdo con Stokes. La elefantiasis, con los mismos caracteres ya descritos en la forma anterior, interesa los labios mayores y secundariamente los menores. El clitoris, también interesado, puede ver su tamaño aumentado hasta diez veces y más, siendo asiento de una ulceración secundaria.

En los casos observados por nosotros, la ulceración vulvar o vaginal es extensa de bordes netos, sangra con facilidad al examen, es asiento de una secreción purulenta, probablemente producida por la infección secundaria, la palpación es dolorosa, no hay induración, ni infiltración. La cicatrización se efectúa lentamente, y cuando la curación clínica sobreviene se notó una atresia vaginal, a veces localizada, formando una especie de rodete o de anillo, otras generalizada, impidiendo la introducción del dedo. Es de notar que mientras perdura la ulceración el examen ginecológico se dificulta enormemente por el dolor que acusa la paciente.

Coexiste la adenitis bilateral, más marcada del lado en que la elefantiasis es más notoria, y en todos los casos hemos podido notar el signo del surco inguinal, observando también, la presencia de linforroides.

Forma inguinal

Coexiste con una pequeña ulceración vulvo-vaginal.

La piel de la región inguino-crural aparece violácea, la adenopatía más o menos marcada, revela fácilmente el signo del surco. La palpación es indolora efectuada en masa, dando lugar al signo del estremecimiento ganglionar de Favre. Se comprueba que los ganglios se han fusionado en una sola masa. Debido al proceso de periadenitis, la piel se fija a los planos subjacentes. Cuando el proceso inflamatorio llega a cierto grado, es necesario recurrir a la aspiración para evitar la apertura espontánea y la fistulización consiguiente en panal.

El pus extraído por aspiración es viscoso, filante, blanco o amarillento coagulándose espontáneamente. La citología permite, en casos felices, revelar la presencia de granulocorpusculos de Miyagawa, englobados en polinucleares o monocitos.

Anitis es una lesión ulcerosa cuyos caracteres son semejantes a los de las ulceraciones vulvovaginales ya descritas.

Insistimos en el hecho de que nunca hemos encontrado indicio alguno del síndrome anorectal, estenosante.

CAPITULO XII

Tratamiento

Sistemáticamente se recurre a la sulfonamidoterapia. En cuanto a la dosificación es la propuesta por Grace, la establecida en el Hospital de Profilaxia Sexual.

Ahora bien, por razones económicas, no se puede mantener internadas a las pacientes durante el tratamiento completo. Al cicatrizarse las lesiones vulvovaginales u otras, se les otorga la salida, debiendo proseguir el tratamiento indicado en sus casas. Sometidas obligatoriamente a visita médica trisemanal, el control es relativamente eficaz.

La enfermas atendidas en el servicio del doctor Juan Funes reciben la misma dosis de sulfa indicada en la primera parte de este trabajo; pero, de acuerdo con Lehr, Flippin y Reinhold, administra sulfatiazol y sulfadiazina en partes iguales, previniendo los accidentes debidos a la cristaliuria, sin necesidad de recurrir a los alcalinos.

Por otra parte hacemos notar, que hasta la fecha, no se ha registrado ningún caso de intolerancia al medicamento, ni complicación alguna. En ciertas oportunidades, se ha complementado el tratamiento ya indicado con inyecciones de antígeno endovenoso, usando Lygranum a las dosis de rigor.

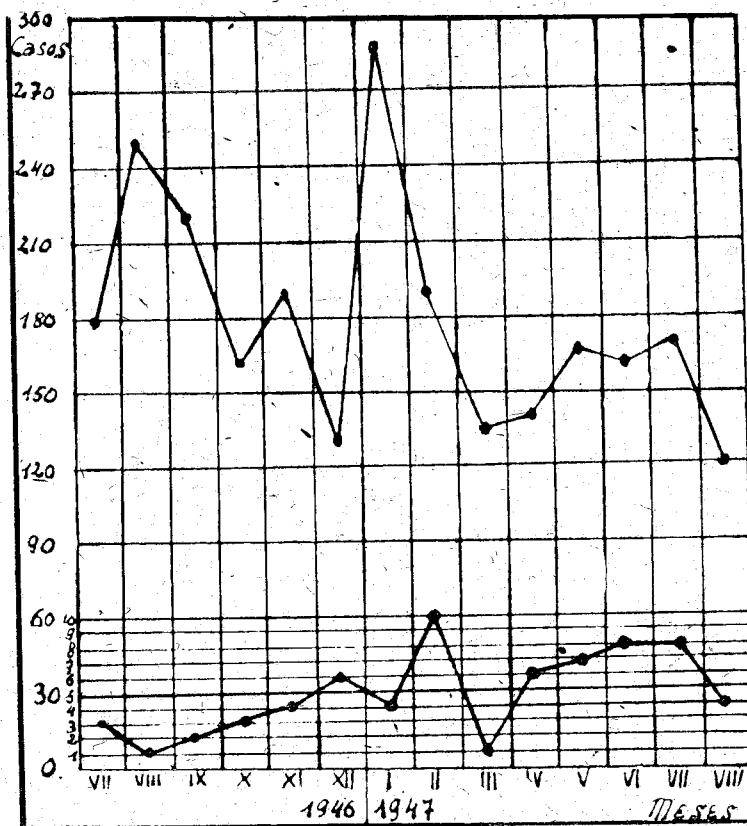
En el siguiente cuadro, puede apreciarse la cantidad de sulfatiazol que ha sido necesaria administrar para lograr la mejoría (entiéndase la cicatrización de las lesiones abiertas) como también el tiempo de hospitalización requerido en cada uno de los casos tratados.

Nº	Edad	Test.	Enf. con- comitante	Ingresos anteriores	Forma clí- nica	Evolu- ción	Mejo- ría	Sulfa. (en gra- mos)
1	27	L	—	—	U. Vulv.	1 mes	21	94,5
2	22	L	—	—	"	1 mes	28	105,5
3	21	L	—	gono	adenitis	2 meses	41	154,5
4	19	L	—	—	U. Vulv.	3 sem.	33	130,5
5	22	L	gono	—	Exulc. vag.	5 días	13	58,5
6	17	L	—	—	Exulc. ge- nito-cr.	8 días	7	31,5
7	20	L	—	—	Estiomeno	6 meses	105	220,5
8	21	L	gono	gono	U. vag.	1 mes	10	45
9	27	L	—	gono	U. Vulv.	1 mes	10	45
10	27	L	—	gono	Exulc. vul.	8 días	52	157,5
11	16	L	—	—	U. Vulv.	2 meses	13	58,5
12	18	L	—	—	U. vag.	1 mes	20	90
13	18	L	—	—	U. vulv.	1 mes	20	90
14	19	L	—	sífilis	U. vag.	15 días	29	118
15	50	L	—	—	Estiomeno	5 años	37	142,5
16	17	L	gono	—	Exulc. vul.	8 días	16	72
17	18	L	gono	—	U. vag.	3 sem.	22	97,5
18	16	L	gono	gono	Ex. vag.	3 días	18	81
19	19	L	gono	gono	U. vag.	3 meses	31	124,5
20	19	L	—	gono	U. vulv.	1 mes	34	133,5
21	17	L	—	gono	"	4 meses	17	76,5
22	17	L	—	gono	"	1 mes	16	72
23	18	L	—	gono	"	3 meses	36	139,5
24	27	L	—	gono	Exulc. vul.	5 días	54	157,5
25	18	L	—	gono	U. vag.	6 meses	11	49,5
26	17	L	—	gono	"	1 mes	6	27
27	18	L	—	gono	U. vulv.	1 año	27	112,5
28	18	L	—	gono	U. ano	7 meses	26	109,5
29	18	L	—	gono	Hérpes vul.	15 días	18	81
30	23	L	—	—	placas muc.	7 meses	29	115,5
31	19	L	—	—	U. vag.	2 meses	6	27
32	33	L	—	gono	Exulc. vag.	4 días	14	63
33	17	L	—	—	Exulc. ano	10 días	34	133,5
34	18	L	—	—	Exulc. vul.	6 días	33	130,5
35	—	L	—	gono	Exulc. vul.	5 días	12	53
36	17	L	—	gono	U. vag.	2 meses	21	94,5
37	22	L	—	—	U. ano	7 días	31	124,5
38	17	L	—	—	Exulc. vul.	5 días	30	121,5
39	25	L	—	—	Elefantia- sis genit.			en Con-
40	22	L	—	—	ext.	3 meses	Trat.	Ext.
41	21	L	—	gono	Exulc. vag.	4 días	11	49,5
42	18	L	—	gono-sífilis	"	3 días	15	67,5
43	17	L	sífilis	gono	Exulc. vul.	5 días	20	91
44	20	L	sífilis	Linf. ven.	veg. vulv.	18 meses	27	112,5
45	18	L	—	gono	Exulc. vul.	2 días	15	67,5
46	18	L	—	gono	"	6 días	26	109,5
47	28	L	sífilis	—	Estiomeno	9 meses	17	76,5
48	17	L	—	gono	U. vag.	3 meses	17	76,5
49	19	L	—	Linf. ven.	"	2 meses	16	72
50	18	L	—	gono	"	2 meses	19	85,5
51	19	L	gono	gono	U. vulv.	4 meses	13	58,5
52	20	L	—	gono	U. vag.	5 meses	4	18
53	17	L	—	gono	U. genito			
54	19	L	—	gono	crur.	4 meses	9	40,5
55	18	L	—	gono	Exulc. vul.	4 días	11	49,5
56	18	L	—	gono	" vag.	3 días	15	67,5
57	25	L	—	gono	" vul.	4 días	14	63
58	20	L	—	gono	"	4 días	13	59,5
59	17	L	—	gono	U. vulv.	2 meses	9	40,5
60	18	L	—	gono	Exulc. vul.	3 días	13	58,5
					U. vul.	1 mes	14	63
					Exulc. vul.	4 días	9	40,

CAPITULO XIII

CONSIDERACIONES SOBRE LOS CASOS OBSERVADOS.

Frecuencia Nos ha llamado sobremanera la atención, la frecuencia con que se encuentra el linfogranuloma venéreo, en las prostitutas de la capital, que son las que hemos tenido la ocasión de examinar. En relación a los ingresos mensuales durante el lapso que hemos empleado en efectuar nuestro estudio, la proporción fluctúa entre el 5, 3% y el 0, 5%. En el siguiente esquema se puede apreciar la proporción entre el total de ingresos y los casos de linfogranuloma.



Relación entre los ingresos mensuales al H. de P. S. y los casos de L. V. observados.

En la consulta externa de Ginecología, adscrita al Hospital de Profilaxia Sexual, en el lapso comprendido del mes de abril de 1946 a agosto de 1947 fueron examinadas 536 pacientes, habiéndose diagnosticado entre ellas 10 casos de linfogranuloma, o sea el 1,87%. Recordamos que a esa consulta acuden personas de todas las profesiones. Por otra parte, en el segundo semestre de 1946, en los diferentes hospitales de la capital fueron diagnosticados 11 casos de linfogranuloma venéreo sobre un total de ingresos de 13950 pacientes o sea el 0,078%; durante la misma época el porcentaje de casos de linfogranuloma venéreo en el hospital de profilaxia fué de 1,77%.

En el cuadro adjunto se aprecia detalladamente la frecuencia de los casos de linfogranuloma en relación con los ingresos:

Frecuencia de L. V. durante el 2o. semestre de 1946 en los diferentes Hospitales de la Capital, en relación con los ingresos.

	Hospital General		H. San José		H. San Vicente	Total de los 3 Hospitales	H. de P. S.	
	Mujeres	Hombres	L.V.	Ingresos	L.V.	Ingresos	L.V.	Ingresos
Julio	2	967	—	1237	—	84	3	179
Agosto	—	811	—	1107	—	79	1	247
Septiembre	1	936	—	1150	—	88	2	220
Octubre	1	1129	2	2050	1	65	3	169
Noviembre	—	916	—	1144	—	40	4	189
Diciembre	—	821	—	1065	—	39	6	
Total	4	5580	2	7753	1	375	19	1133

En cuanto a la proporción de casos diagnosticados en los demás centros hospitalarios de la República, con relación a los ingresos, no intentamos sacarla por considerar que los datos obtenidos no corresponderían a la realidad. En efecto, en los años 1945 y 1946, las estadísticas oficiales del Ministerio de Asistencia Social arrojan apenas un total de 28 casos de linfogranuloma en todos los Hospitales del territorio nacional, según está comprobado en el cuadro adjunto.

A este respecto nos permitimos hacer notar que en el Departamento de Estadística no se han podido obtener los datos relacionados con los hospitales de Quiriguá y Militar de esta capital, a pesar de haberse pedido con insistencia; hecho que lamentamos porque a ellos han de ingresar indudablemente casos de linfogranuloma venéreo en cierta cantidad: al primero por su proximidad a Puerto Barrios y Livingston; al segundo por ser las tropas elementos que mantienen contacto frecuente con las prostitutas.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Cuadro que demuestra el número de casos de las siguientes enfermedades: Linfogranuloma Inguinal o Venéreo, Enf. de Nicolás y Favre y Bubón Climático, Habido en los Hosp. de la Rep., años 1945-1946
 Depto. de Estadística, Guatemala, C. A.

HOSPITAL:	Enfermedad	Procedencia	AÑO	MES	Est. Civ.	Sexo	Raza	Edad	Cur.	Mej.	No Mej.	Muért
General	de Nicolás y Favre	Guatemala	1945	Abril	S	F	L	32	—	X	—	—
"	"	"	1945	Junio	S	F	L	27	—	—	X	—
"	"	Morales	1945	Octubre	S	M	L	25	X	—	—	—
"	"	Belice	1945	Octubre	V	F	L	28	—	X	—	—
"	"	Guatemala	1945	Noviembre	S	M	L	45	—	X	—	—
"	"	Puerto Barrios	1945	Noviembre	S	M	I	33	X	—	—	—
"	"	Mazatenango	1945	Diciembre	S	F	L	28	—	X	—	—
"	"	Río Grande	1946	Enero	S	M	L	47	—	X	—	—
"	"	Guatemala	1946	Octubre	S	F	L	42	—	X	—	—
"	"	"	1946	Octubre	S	M	L	38	X	—	—	—
"	"	"	1946	Octubre	S	M	L	24	—	X	—	—
"	"	Zacapa	1946	Octubre	S	M	L	20	—	—	X	—
"	"	Guatemala	1946	Noviembre	C	F	L	40	—	X	—	—
"	Linfogranuloma	"	1946	Julio	S	M	L	23	X	—	—	—
"	"	"	1946	Julio	S	M	L	18	—	X	—	—
"	"	"	1946	Septiembre	S	M	L	56	—	—	X	—
San José	"	"	1946	Marzo	S	F	L	35	—	—	—	X
"	"	"	1946	Abril	S	M	L	46	—	—	—	X
"	"	Zacapa	1946	Octubre	S	F	L	30	—	—	—	X
"	"	Puerto San José	1946	Octubre	S	F	L	48	—	X	—	—
San Vicente	"	Puerto Barrios	1945	Diciembre	S	M	L	46	—	X	—	—
"	"	Guatemala	1946	Octubre	S	M	L	56	—	X	—	—
Quezaltenango	Nicolás y Favre	San Martín Sac.	1946	Junio	S	M	L	25	X	—	—	—
Retalhuleu	Linfogranuloma	Retalhuleu	1945	Agosto	C	F	I	55	X	—	—	—
"	"	"	1946	Diciembre	S	M	I	26	X	—	—	—
Totonicapán	Bubón Inguinal	Totonicapán	1945	Octubre	C	M	I	19	X	—	—	—
"	"	"	1945	Octubre	C	M	I	19	X	—	—	—
"	"	"	1946	Julio	S	M	L	27	X	—	—	—
TOTAL:									10	12	3	3

NOTA: Los demás Hospitales de la República no figuran en este cuadro por no encontrarse en ellos ningún caso de las enfermedades apuntadas.

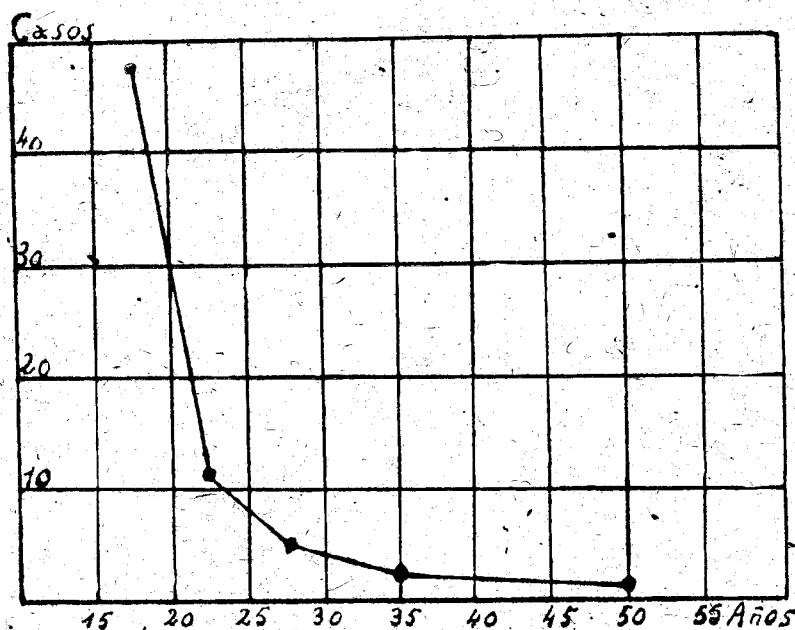
Así pues, creemos poder afirmar que, en la actualidad, buen número de casos de linfogranuloma venéreo pasan desapercibidos en los centros hospitalarios de la República, y, sin lugar a duda, en clientela privada, tomando en cuenta que las prostitutas son grandes diseminadoras de la enfermedad.

Raza Todas las enfermas vistas por nosotros son de raza indohispana. Entre los casos reportados por asistencia social durante los años 1945 y 46, el 78% pertenecen a la raza indohispana, el 22% a la raza indígena. No podemos, por ahora, conocer la incidencia de la enfermedad en la raza negra establecida en las zonas de Puerto Barrios y Livingston, por la falta de estadística de los centros hospitalarios de esas regiones, principalmente del hospital de Quirigua.

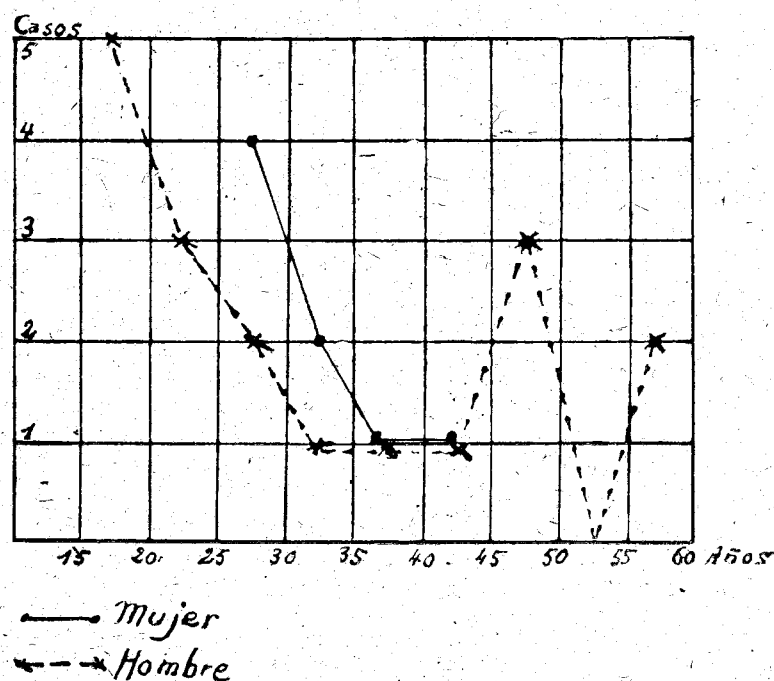
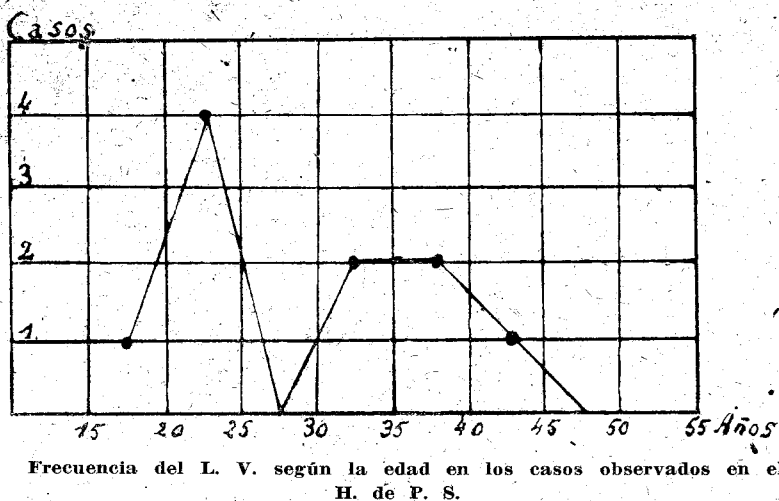
Edad En los cuadros siguientes se nota, de acuerdo con lo registrado en los demás países, que la edad de mayor frecuencia del linfogranuloma venéreo es la mayor actividad sexual.

En nuestro medio, la prostitución es frecuente desde que aparece la madurez sexual, y así vemos que entre los 15 y los 20 años se registraron 48 de los 67 observados por nosotros, disminuyendo notoriamente a medida que se avanza en edad. Atribuimos esa disminución al diagnóstico precoz, y luego a los tratamientos frecuentes de sulfas, a que las prostitutas están sometidas. Insistiremos sobre este hecho en su oportunidad.

También notamos que en el hombre se ven casos en edades avanzadas, probablemente, por su capacidad sexual más prolongada que la de la mujer.



Frecuencia del L. V. según la edad, en los casos, observados en la consulta externa de Ginecología adscrita al H. de P. S.



Frecuencia del L. V. según la edad, en hombres y mujeres, en los casos registrados en los hospitales de la República de Guatemala, durante 1945-56. Según estadísticas oficiales de Asistencia Social.

Sexo de las estadísticas proporcionadas por el Ministerio de Asistencia Social, reproducidas en este trabajo, concluimos que el 65% de los casos observados en los hospitales de la República son hombres, el 35% restante mujeres. (No se toman en cuenta los casos observados en el hospital de profilaxia sexual por nosotros en este cálculo).

Contagio. Siendo una enfermedad venérea cuyo polimorfismo es notorio, y permaneciendo el virus contagioso aún después de lograda la curación clínica, ha de establecerse una lucha intensa contra el linfogranuloma que parece diseminarse casi impunemente en nuestro medio.

En los hospitales, consultorios gratuitos, dispensarios y centros de enseñanza secundaria y superior debe introducirse rutinariamente la práctica de la reacción de Frei, o la de fijación de complemento ya que la misma sangre utilizada para el Wasserman se utiliza con tal fin. Todos los casos así despistados se tratarán hasta obtener la curación clínica.

En clientela privada, y respetando el secreto profesional, los casos han de ser denunciados para establecer los contactos, yugulando en esa forma la diseminación.

Por su lado, las autoridades sanitarias deben de ejercer vigilancia estrecha sobre la prostitución, por ser las mujeres que a ella se dedican la fuente de mayor contagio.

En Guatemala, como en toda sociedad, se pueden clasificar las prostitutas en tres grupos:

El primero, formado por las prostitutas accidentales: las que en su forma buscan unos centavos para aumentar su presupuesto, una comida o simplemente una distracción. En ese grupo están incluidas las precoces sexuales.

El segundo grupo, integrado por las prostitutas habituales o solapadas que frecuentan cervecerías, refresquerías, centros de diversión, o buscan al cliente en la calle, cuando no en las casas de cita.

El tercer grupo está formado por las prostitutas establecidas en prostíbulos.

Es inútil insistir sobre las dificultades que encuentran las autoridades sanitarias para vigilar las que constituyen los dos primeros grupos, siendo como consecuencia lógica, las más peligrosas en cuanto a la contagiosidad de las enfermedades venéreas. Opinamos que la reacción de Frei debe practicarse a todas aquellas personas que soliciten la tarjeta de sanidad o que estén sometidas a examen médico periódico, y con mayor razón a las mujeres que frecuentan las casas de cita, hospitalizando, hasta obtener la curación clínica, a las que resultaren con una reacción de Frei positiva.

No está de más insistir sobre la propaganda constante dirigida al público por una parte, y a los profesionales por otra, proporcionando a estos últimos todas las adquisiciones obtenidas sobre el linfogranuloma venéreo.

Formas Clínicas De acuerdo con los doctores Luis F. Galich y Juan Funes, atribuimos la ausencia de estenosis ano-rectales, y de otras formas crónicas de la enfermedad, en las prostitutas de esta capital, con predominio de las formas ulcerativas de relativa benignidad, 80% de los casos, al hecho que las pacientes que acuden al hospital de profilaxia sexual, por su misma profesión, son víctimas frecuentemente de gonococia, tratada en este centro con sulfas, en la actualidad el método de elección para el tratamiento del linfogranuloma. Al respecto recordamos que, de las 67 pacientes observadas por nosotros, 42 tiene antecedentes gonocócicos repetidos o sea el 62, 7%.

Tratamiento. Recomendamos la sulfonamidoterapia utilizando la terapéutica combinada en partes iguales y a las dosis indicadas de sulfatiazol y sulfadiazina preconizada por Funes en Guatemala y Lehr en Estados Unidos.

Nos permitimos sugerir al Honorable Colegio Médico que haga las gestiones pertinentes para evitar que enfermos sean explotados por charlatanes, que halagán a los atacados de enfermedades venéreas, con tratamientos, sin base científica a veces, insuficientes otras, y cuyo fin es la explotación del paciente. Esto puede ser tanto más grave en el caso del tratamiento del linfogranuloma venéreo, cuanto que las lesiones abiertas desaparecen precozmente, persistiendo la afección.

Las autoridades sanitarias han de hacer efectiva la prohibición de la venta libre de los derivados sulfonamidos, evitando así tratamientos empíricos mal encausados, y al obligar el control facultativo, prevenir la difusión de la enfermedad.

CAPITULO XIV

Observaciones clínicas del H. de P. S.

Observación No. 1. — No... cama 19 M. C. R. 27 años Tiquisate. — *Ingresó* 10 de julio 1946. — Lygranum positivo. Neisser neg. Sífilis neg. — *Ingresos anteriores:* No... *Examen clínico* Ulceraciones del vestibulo. — Secreción purulenta. — *Tratamiento* sulfa *Diagnóstico:* L. V. — *Salida:* 31 Julio 1946. *Estado:* Mejorada. — Dr. Galich.

Observación: No. 2. — No... cama 13. H. L. M. — 22. años. — Capital. — *Ingresó:* 3 de julio del 46. — Lygranum positivo Neisser neg. — Sífilis. — *Ingresos:* anteriores: mayo 46. jonococcia. — *Examen clínico:* Ulceración del vestibulo peritunal. — *Tratamiento:* sulfa. — *Diagnóstico:* L. V. — *Estado:* Mejorada. — *Salida:* 1 de agosto de 1946. — Dr. Mendía.

Observación: No. 3. — No... cama 5 M. A. G. 21 años. — Capital. — *Ingresó* 3 Julio 1946. — Lygranum positivo el 5 Julio 46. Neisser neg. — Sífilis neg. — *Ingresos anteriores,* no — *Examen clínico,* Bubón inguinal izquierdo del tamaño de una pepita de jocote, enrojecido periadentitis muy dolorosa. Pequeñas ulceraciones de tamaño de un grano de arroz de bordes netos, en la vulva y labio mayor izquierdo. — *Tratamiento,* sulfa. — *Diagnóstico* L. V. — *Estado* mejorada. — *Salida* 17 Julio 46. Dr. Galich.

Observación: No. 4 — No. 26 G. C. — 19 años. — Capital *ingresó* el 4 de septiembre 46. — Lygranum positivo, Neisser neg. — Sífilis neg. — *Ingresos anteriores,* no. — *Examen clínico* Exulceraciones en el piso vaginal. — *Tratamiento:* sulfa. — *Diagnóstico:* L. V. — *Estado:* Mejorada. — *Salida:* 17 sept. 46. — Dr. Mendía.

Observación: No. 5. — No. 72. — P. S. S. 22 años. — Capital *Ingresó:* el 10 de septiembre de 1946. — Lygranum, positivo Neisser positivo Sífilis ne. — *Ingresos:* anteriores no. — *Examen clínico:* Exulceraciones en el surco genito-crural izquierdo. — *Tratamiento:* sulfa. — *Diagnóstico:* L. V. — *Estado:* Mejorada. — *Salida:* 17 de septiembre de 1946. — Dr. Mendía.

Observación: No. 6 No. 181 F. L. H. 17 años. — Capital ingresó el 19 de agosto 46. — Lygranum positivo. — Neisser neg. — Sifilis neg. — Ingresos anteriores sí. — Examen clínico ulceración vulvar de bordes irregulares y de fondo sucio, otra más pequeña en el izquierdo. Adenitis, pequeña, inguinal, bilateral dolorosa. — Tratamiento, sulfa. — Diagnóstico L. V. — Estado mejorada. — Salida 21 de septiembre de 1946. — Dr. Galich.

Observación: No. 7. No. 250. A. M. T. G. 20 años. — Capital Ingresó 2 de octubre de 1946. — Lygranum positivo Neisser neg. Sifilis neg. — Ingresos: anteriores: no. — Examen clínico. — Edema de los grandes labios con induración: ulceraciones extensas de la horquilla con fondo granuloso; atresia vaginal; ulceración vaginal; piel del perineo endurecida, granulosa; linforroides. — Tratamiento, sulfa. — Diagnóstico L. V. — Estado mejorada. — Salida 14 de enero de 1947. — Dr. Galich.

Observación: No. 8. No. 384. G. C. 21 años. — Capital Ingresó: el 28 de octubre de 1946. — Lygranum positivo Neisser positivo Sifilis neg. — Ingresos anteriores sí. — Examen clínico: Ulceración vaginal indolora, que no sangra, no excavada, dureza en la periferie. — Tratamiento penicilina y sulfa. — Diagnóstico L. V. y Gonococcia. — Estado mejorada y curada. — Salida 7 de noviembre de 1946. — Dr. Mendía.

Observación: No. 9 No. 450 A. G. A. 27 años. — Capital Ingresó 10 de noviembre de 1946. — Lygranum positivo Neisser negativo Sifilis negativo. — Ingresos anteriores sí. — Examen clínico: Ulceración periuretral. — Tratamiento sulfa. — Diagnóstico L. V. — Estado curada. — Salida 22 de noviembre 46. — Dr. Mendía.

Observación: No. 10 No. 473 M. W. 27 años Capital. — Ingresó: 11 de Octubre del 46. — Lygranum positivo Neisser neg. — sifilis neg. — Ingresos: anteriores sí. — Examen clínico exculceraciones en la horquilla, sangra con facilidad, no dolorosa, con fondo esfacelado. Cervicitis erosiva. — Tratamiento: sulfa. — Diagnóstico: L. V. — Estado: Mejorada. — Salida: 2 de diciembre de 1946. — Dr. Mendía.

Observación: No. 11 No. 531 M. R. E. 16 años. — Capital ingresó 19 de noviembre de 1946. — Lygranum positivo Neisser negativo Sifilis neg. — Ingresos anteriores no. — Examen clínico Ulceración abajo del meato urinario, fagedencia, sangra con facilidad, es indolora. — Tratamiento sulfa. — Diagnóstico L. V. — Estado mejorada. — Salida 2 de diciembre de 1946. — Dr. Mendía.

Observación: No. 12 No. 532 M. J. L. V. 18 años. — Capital Ingresó el 20 de noviembre de 1946. — Lygranum positivo Neisser neg. Sifilis neg. — Ingresos anteriores no. — Examen clínico: Ulceración vaginal. Tratamiento sulfa. — Diagnóstico L. V. — Estado mejorada. — Salida 10 de diciembre de 1946. — Dr. Mendía.

Observación: No. 13 No. 599 A. A. R. 18 años. — Capital Ingresó 30 de noviembre de 1946. — Lygranum positivo Neisser neg. — Sifilis neg.

— *Ingresos* anteriores no. — *Examen clínico*: Ulceración en el vestíbulo, indolora, sangra con facilidad. — *Tratamiento* sulfa. — *Diagnóstico* L. V. — *Estado* mejorada. — *Salida* 20 de diciembre de 1946. — Dr. Mendía.

Observación: No. 14 No. 657 A. A. G. 19 años. — Capital *Ingresó* el 10 de diciembre de 1946. — Lygranum positivo Neisser neg. — Sifilis neg. — *Ingresos* anteriores Julio del 46 lues. — *Examen clínico*: ulceración vaginal dolorosa, sangra con facilidad. — *Tratamiento* sulfa. — *Diagnóstico* L. V. — *Estado* mejorada. — *Salida* 8 de enero de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 15 No. 665 V. B. 50 años. — Capital *Ingresó* 11 de diciembre de 1946. — Lygranum positivo Neisser neg. — Sifilis neg. — *Ingresos* anteriores: no. — *Examen clínico*: Elefantiasis de la vulva, ulceración de bordes duros en horquilla que sangra con facilidad estrecheces fibrosas de la vagina: linforroides. — *Tratamiento*: Sulfa. — *Diagnóstico*: L. V. síndrome genital. — *Estado* mejorada. — *Salida* 17 de enero de 1947. — Dr. Galich.

Observación: No. 16 No. 704 O. C. A. 17 años. — capital *Ingresó*: 18 de diciembre de 1946. — Lygranum positivo Neisser positivo Sifilis neg. — *Ingresos*: anteriores no. — *Examen clínico*: Exulceración vaginal, vulvovaginitis aguda. — *Tratamiento*: sulfa. — *Diagnóstico*: L. V. — gonococcia. — *Estado*: mejora y curada. — *Salida* 3 de febrero del 47. — Dr. Mendía.

Observación: No. 17 No. 744 M. E. H. C. 18 años. — Capital 24 de diciembre de 1946. — Lygranum positivo Neisser positivo — Sifilis negativo. — *Ingresos*: anteriores no. — *Examen clínico*: Ulceración vaginal izquierda indolora, sangra con facilidad, consistencia dura. — *Tratamiento*: sulfa. — *Diagnóstico* L. V. — gonococcia. — *Estado*: mejorada y curada *Salida*: 15 de enero de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 18 No. 777 M. R. E. 16 años. — Capital *Ingresó*: 30 de diciembre de 1946. — Lygranum positivo Neisser positivo. — sifilis neg. — *Ingresos* anteriores sí. — *Examen clínico*: Exulceración vaginal indolora, sangra con facilidad. — *Tratamiento*: penicilina sulfa. — *Diagnóstico* L. V. — y gonococcia. — *Estado* mejorada y curada. — *Salida* 17 de enero de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 19. — No. 778 M. C. M. — 19 años. — Capital *Ingresó*: el 30 de diciembre del 46. — Lygranum positivo Neisser positivo, sifilis neg. — *Ingresos* anteriores: si gonococcia *Examen clínico*: Ulceración vaginal. — *Tratamiento*: Sulfa y Penicilina. — *Diagnóstico*: L. V. gonococcia. — *Estado*: Mejorada y curada. — *Salida*: el 30 de enero de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 20. — No. 797 M. V. M. — 19 años. — capital *Ingresó*: el 3 de enero de 1947. — Lygranum positivo Neisser y sifilis neg. — *Ingresos* anteriores si. — *Examen clínico*: Ulceración en labio mayor izquierdo, sangra con facilidad es dolorosa. — *Tratamiento* sulfa. — *Diagnóstico* L. V. — *Estado* mejorada. — *Salida* 6 de febrero de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 21. — No. 865 M. Ch. — de 17 años. — capital. — *Ingresó:* 10 de enero de 1947. — Lygranum positivo. — Neisser neg. — Sifilis neg. — *Ingresos* anteriores si: gonococcia. — *Examen clínico:* Ulceración genital periuretral. — *Tratamiento:* sulfa. — *Diagnóstico* L. V. — *Estado* mejorada. — *Salida* 27 de enero de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 22. — No. 968 O. M. M. — 17 años. — Capital *Ingresó* el 23 de enero de 1947. — Lygranum positivo. — Neisser neg. — Sifilis neg. — *Ingresos* anteriores si: gonococcia. — *Examen clínico:* Ulceración en parte media e interna del pequeño labio derecho. — *Tratamiento* sulfa. — *Diagnóstico* L. V. — *Estado* mejorada. — *Salida* 8 de febrero de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 23. — No. 990. — M. E. M. — 18 años. — Capital — *Ingresó* 28 de enero de 1947. — Lygranum positivo. Neisser y sifilis neg. — *Ingresos* anteriores gonococcia. — *Examen clínico:* Ulceración genital periarretral. — *Tratamiento* sulfa. — *Diagnóstico* L. V. — *Estado* mejorada. — *Salida* 5 de marzo de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 24. — No. 1057. — M. W. — de 27 años. — Capital *Ingresó* 7 de febrero de 1947. — Lygranum positivo. — Neisser. — y sifilis neg. — *Ingresos* anteriores si: gonococcia. — *Examen clínico:* Exulceraciones de la vulva y de los labios mayores. — *Tratamiento* sulfa y antígeno de Frei. — *Diagnóstico:* L. V. — *Estado:* mejorada. — *Salida:* 2 de abril de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 25. — No. 1509. — R. G. M. — 18 años. — Capital — *Ingresó* el 7 de febrero de 1947. — Lygranum positivo. — Neisser y sifilis neg. — *Ingresos* anteriores si. — *Examen clínico:* Ulceración vaginal. — *Tratamiento* sulfa. — *Diagnóstico* L. V. — *Estado* mejorada. — *Salida* 18 de febrero de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 26. — No. 1064. — C. R. G. — 17 años. — Capital. — *Ingresó:* el 7 de febrero de 1947. — Lygranum positivo. — Neisser neg. — Sifilis neg. — *Ingresos* anteriores no. — *Examen clínico:* Ulceración vaginal. — *Tratamiento,* sulfa. — *Diagnóstico* L. V. — *Estado* curada. — *Salida* 19 de febrero de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 27. — No. 1065. — M. E. H. — 18 años. — Capital. — *Ingresó* 8 de febrero de 1947. — Lygranum positivo Neisser y sifilis neg. — *Ingresos* anteriores si: gonococcia. — *Examen clínico:* Ulceraciones venéreas periuretrales. — *Tratamiento:* sulfa. — *Estado:* se fué sin terminar el tratamiento. — *Salida:* el 7 de marzo de 1947. — Dr. Martínez.

Observación: No. 28. — No. 1077. — M. L. H. — de 18 años. — Capital. — *Ingresó* el 10 de febrero de 1947. — Lygranum positivo Neisser y sifilis neg. — *Ingresos* anteriores si gonococcia. — *Examen clínico:* Ulceraciones vulvares y perianales, linforroides. — *Tratamiento,* sulfa. — *Diagnóstico* L. V. — *Estado* mejorada. — *Salida* 8 de marzo se fugó. — Dr. Martínez.

Observación: No. 29. — No. 1132. — A. M. — 18 años. — Capital. — *Ingresó* el 17 de febrero de 1947. — Lygranum positivo Neisser neg. — *Sífilis* neg. — *Ingresos* anteriores si: gonococcia. — *Examen clínico:* Hérpes vulvar. — *Tratamiento* sulfa. — *Diagnóstico:* L. V. — *Estado* mejorada. — *Salida:* 7 de marzo de 1947. — Dr. Martínez.

Observación: No. 30. — No. 1132.a. — M. E. M. — 23 años. — Capital. — *Ingresó* el 19 de febrero de 1947. — Lygranum positivo Neisser neg. — *Sífilis* neg. — *Ingresos* anteriores no. — *Examen clínico:* Placas mucosas en los dos lados de la vagina y en la horquilla. — *Tratamiento:* sulfa. — *Diagnóstico* L. V. — *Tratamiento* mejorada. — *Salida* 20 de marzo de 1947. — Dr. Martínez.

Observación: No. 31. — No. 1133. — A. A. G. — de 19 años. — Capital. — *Ingresó:* el 19 de febrero de 1947. — Lygranum positivo Neisser y sífilis neg. — *Ingresos* anteriores: gonococcia. — *Examen clínico:* Ulceración vaginal. — *Diagnóstico* L. V. — *Tratamiento* sulfa. — *Estado* mejorada. — *Salida:* 25 de febrero de 1947. — Dr. Martínez.

Observación: No. 32. — 1149. — A. H. — 33 años. — Capital. — *Ingresó* 21 de febrero de 1947. — Lygranum positivo Neisser y sífilis neg. — *Ingresos* anteriores: no. — *Examen clínico:* Exulceración vaginal y labio izquierdo. — *Tratamiento:* sulfa. — *Diagnóstico* L. V. — *Estado:* mejorada. — *Salida:* 7 de marzo de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 33. — No. 1178. — M. O. M. — de 17 años. — Capital. — *Ingresó:* 26 de febrero de 1947. — Lygranum positivo Neisser y sífilis neg. — *Ingresos* anteriores no. — *Examen clínico:* Exulceración situada en la línea que une la región anal con el vestíbulo de la vagina no dolorosa, no sangra. — *Tratamiento* sulfa. — *Diagnóstico* L. V. — *Estado:* mejorada. — *Salida:* 1 de abril de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 34. — No. 1310. — V. C. — de 18 años. — Capital. — *Ingresó* el 22 de marzo de 1947. — Lygranum positivo Neisser y sífilis neg. — *Ingresos* anteriores: gonococcia. — *Examen clínico:* Exulceración en el labio mayor derecho. — *Tratamiento* sulfa. — *Diagnóstico* L. V. — *Estado:* Mejorada. — *Salida:* 24 de abril de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 35. — No. 1367. — M. A. R. — de 18 años. — Capital. — *Ingresó* el 9 de abril de 1947. — Lygranum positivo Neisser y sífilis neg. — *Ingresos* anteriores: gonococcia. — *Examen clínico:* Exulceración vulvar. — *Tratamiento* de Sulfa. — *Diagnóstico* L. V. — *Salida:* 21 de abril de 1947. — *Estado:* Mejorada. — Dr. Mendía.

Observación: No. 36. — No. 1368. — C. M. — de 17 años. — Capital. — *Ingresó* el 9 de abril de 1947. — Lygranum positivo Neisser y sífilis neg. — *Ingresos* anteriores no. — *Examen clínico:* Ulceración vaginal. — *Tratamiento* sulfa. — *Diagnóstico* L. V. — *Estado:* Mejorada. — *Salida:* 30 de abril de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 37. — No. 1395. — M. R. L. — 22 años. — Capital. — *Ingresó* el 14 de abril de 1947. — Lygranum positivo Neisser y Sifilis neg. — *Ingresos* anteriores: no. — *Examen clínico:* Exulceración en la margen del ano. Cuello aumentado de tamaño de consistencia suave que sangra fácilmente. — *Tratamiento:* sulfa. Lygranum endovenoso. — *Diagnóstico:* L. V. — *Tratamiento:* Mejorada debe regresar semanalmente a control. — *Estado:* Mejorada. — *Salida:* 15 de mayor de 1947. — Dr. Funes.

Observación: No. 38. — No. 1402. — M. A. M. — 17 años. — Capital. — *Ingresó* el 15 de abril de 1947. — Lygranum positivo Neisser y Sifilis neg. — *Ingresos* anteriores gonococcia. — *Examen clínico:* Exulceración de la horquilla. — *Tratamiento* sulfa. — *Diagnóstico* L. V. — *Estado:* Mejorada. — *Salida:* 15 de mayor de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 39. — No. 1430. — M. I. G. S. — de 25 años. — Capital. — *Ingresó* el 21 de abril de 1947. — Lygranum positivo Neisser y sifilis neg. — *Ingresos* anteriores no: — *Examen clínico:* Engrosamiento moderado del labio menor y mayor derechos. Adenopatía inguinal bilateral. Ulceración de forma irregular y cubierta por una película grisacea en el introito vaginal. Cervicitis erosiva. — *Tratamiento* sulfa. — y Lygranum endovenoso. — *Diagnóstico:* L. V. — *Estado:* Mejorada. — proseguirá rx. en el dispensario. — *Salida:* 24 de abril de 1947. — Dr. Funes.

Observación: No. 40. — No. 1432. — A. A. — 22 años. — Capital. — *Ingresó* el 22 de abril de 1947. — Lygranum positivo. — *Ingresos:* anteriores gonococcia. — *Examen clínico:* Exulceración de la pared vaginal izquierda sangra con facilidad poco dolorosa. — *Tratamiento:* sulfa. — *Diagnóstico:* L. V. — *Estado:* Mejorada. — *Salida:* 3 de mayo de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 41. — No. 1491. — M. M. — 21 años. — Capital. — *Ingresó* el 3 de mayo de 1947. — Lygranum positivo Neisser y Sifilis neg. — *Ingresos* anteriores gonococcia y Sifilis. — *Examen clínico:* Exulceración vaginal. — *Tratamiento:* sulfa. — *Diagnóstico:* L. V. — *Estado:* Mejorada. — *Salida:* 20 de mayo de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 42. — No. 1505. — M. A. R. — de 18 años. — Capital. — *Ingresó* 6 de mayo de 1947. — Lygranum positivo Neisser neg. — Sifilis positivo. — *Ingresos* anteriores gonococcia. — *Examen clínico:* Exulceración en horquilla. — *Tratamiento:* sulfathiazol. — *Diagnóstico:* L. V. — y lues latente. — *Estado:* Mejorada. — *Salida:* — 26 de mayo de 1947. Dr. — Mendía.

Observación: No. 43. — No. 1505a. — J. O. M. — de 17 años. — Capital. — *Ingresó:* el 6 de mayo de 1947. — Lygranum positivo Neisser neg. — Sifilis positiva. — *Ingresos:* anteriores por linogranuloma venéreo. — *Examen clínico:* Sifilides papulosas de los grandes labios vegetaciones venéreas vulvovaginales. — *Tratamiento:* sulfa. — *Diagnóstico:* L. V. — lues latente. — *Estado:* Mejorada. — *Salida:* 2 de junio de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 44. — No. 1530. — M. I. — de 17 años. — Capital. — *Ingresó:* el 8 de mayo de 1947. — Lygranum positivo Neisser y Sifilis neg. — *Ingresos:* anteriores gonococcia. — *Examen clínico:* Exulceración en los grandes labios. — *Tratamiento:* sulfa. — *Diagnóstico:* L. V. — *Estado:* Mejorada. — *Salida:* 23 de mayo de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 45. — No. 1539. — M. H. L. — de 18 años. — Capital. — *Ingresó:* el 10 de mayo de 1947. — Lygranum positivo Neisser y Sifilis neg. — *Ingresos* anteriores: gonococcia. — *Examen clínico:* Exulceración horquilla, indolora. — *Tratamiento:* sulfa. — *Diagnóstico:* L. V. — *Estado:* Mejorada. — *Salida:* 5 de junio de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 46. — No. 1589. — J. M. A. — de 18 años. — Capital. — *Ingresó:* el 20 de mayo de 1947. — Lygranum positivo Neisser neg. — sifilis positivo. — *Ingresos* anteriores: no. — *Examen clínico:* Edema de los grandes labios. Adenitis inguinal supurada bilateral. Sarcop-tiosis. — *Tratamiento:* sulfa combinada con penicilina D. D. T. — *Diagnóstico:* L. V. — sifilis. — *Estado:* Mejorada. — *Salida:* 6 de junio de 1947. — Dr. Funes.

Observación: No. 47. — No. 1672. — M. C. R. — de 28 años. — Capital. — *Ingresó:* el 27 de mayo de 1947. — Lygranum positivo Neisser y sifilis neg. *Ingresos* anteriores gonococcia. — *Examen clínico:* Ulceración vaginal. — *Tratamiento:* de sulfa. — *Diagnóstico:* L. V. — *Estado:* Mejorada. — *Salida:* 14 de junio de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 48. — No. 1763. — M. C. N. — de 17 años. — Capital. — *Ingresó:* 10 de junio de 1947. — Lygranum positivo Neisser y sifilis neg. — *Ingresos* anteriores sí; por Ulceración genital. — *Examen clínico:* Ulceraciones vaginales múltiples. — *Tratamiento:* sulfa. — *Diagnóstico:* L. V. — *Estado:* Mejorada. — *Salida:* 26 de junio de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 49. — No. 1793. — R. G. M. — de 19 años. — Capital. — *Ingresó:* 16 de junio de 1947. — Lygranum positivo Neisser y sifilis neg. — *Ingresos* anteriores sí: gonococcia. — *Examen clínico:* Ulceración vaginal. — *Tratamiento:* sulfa. — *Estado:* Mejorada. — *Diagnóstico:* L. V. — *Salida:* 5 de julio de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 50. — No. 1811. — C. M. L. — de 18 años. — Capital. — *Ingresó* el 19 de junio de 1947. — Lygranum positivo Neisser y sifilis neg. — *Ingresos* anteriores sí: gonococcia. — *Examen clínico:* Ulceración perianetral. *Tratamiento:* sulfa. — *Diagnóstico* L. V. — *Estado:* Mejorada. — *Salida:* 2 de julio de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 51. — No. 1815. — D. E. C. — de 19 años. Capital. — *Ingresó:* 20 de junio de 1947. — Lygranum positivo Neisser positivo Sifilis neg. *Ingresos* anteriores sí: gonococcia. — *Examen clínico:* Ulceración vaginal. — *Tratamiento:* antisépticos locales, sulfa. — *Diagnóstico:* L. V. — gonococcia. — *Tratamiento:* Mejorada y curada. — *Salida:* 24 de junio de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 52. — No. 831. — A. S. — de 20 años. — Capital. — *Ingresó:* 23 de junio de 1947. — Lygranum positivo Neisser neg. — Sífilis neg. — *Ingresos anteriores:* sí: gonococcia. — *Examen clínico:* Ulceración en surco genitocrural der. microchancro vulvar. — *Tratamiento:* Sulfa. — *Diagnóstico:* L. V. — *Estado:* Mejorada. — *Salida:* 2 de julio de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 53. — No. 1843. — M. O. M. — de 17 años. — Capital. — *Ingresó:* 24 de junio de 1947. — Lygranum positivo Neisser y Sífilis neg. — *Ingresos anteriores:* gonococcia. — *Examen clínico:* Exulceración genital a nivel de la horquilla. — *Tratamiento:* sulfa. — *Diagnóstico:* L. V. — *Estado:* Mejorada. — *Salida:* 5 de julio de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 54. — No. 1856. — M. C. M. — de 19 años. — Capital. — *Ingresó:* el 27 de junio de 1947. — Lygranum positivo Neisser y Sífilis neg. — *Ingresos anteriores:* gonococcia. — *Examen clínico:* Ulceración vaginal. — *Tratamiento:* Sulfa. — *Diagnóstico:* L. V. — *Estado:* Mejorada. — *Salida:* 12 de julio de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 55. — No. 1863. — L. R. — de 18 años. — Capital. — *Ingresó:* 28 de junio de 1947. — Lygranum positivo Neisser y Sífilis neg. — *Ingresos anteriores:* no. — *Examen clínico:* labio derecho mayor con exulceración indolora chancro. — *Tratamiento:* sulfa. — *Diagnóstico:* L. V. — *Estado:* Mejorada. — *Salida:* 12 de julio de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 56. — No. 1883. — M. C. — 18 años. — Capital. — *Ingresó:* 3 de julio de 1947. — Lygranum positivo Neisser neg. y sífilis neg. — *Ingresos anteriores:* sí gonococcia. — *Examen clínico:* Exulceración vulvar y en el surco genito-crural izquierdo. — *Diagnóstico:* L. V. — *Tratamiento:* Sulfa. — *Estado:* Mejorada. — *Salida:* 16 de julio de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 57. — No. 1945. — A. C. — de 25 años. — Capital. — *Ingresó:* el 15 de julio de 1947. — Lygranum positivo Neisser y sífilis neg. — *Ingresos anteriores:* sí gonococcia. — *Examen clínico:* Ulceración en labio menor izquierdo y en introito vaginal. — *Tratamiento:* sulfa. — *Diagnóstico:* L. V. — *Estado:* Mejorada. — *Salida:* 24 de julio de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 58. — No. 1986. — A. S. — 20 años. — Capital. — *Ingresó:* el 22 de julio de 1947. — Lygranum positivo Neisser y Sífilis neg. — *Ingresos anteriores:* gonococcia. — *Examen clínico:* exulceración en la pared vaginal izquierda. — *Tratamiento:* sulfa. — *Diagnóstico:* L. V. — *Estado:* mejorada. — *Salida:* 5 de agosto de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 59. — No. 1891. — A. A. R. — de 17 años. — Capital. — *Ingresó:* el 5 de julio de 1947. — Lygranum positivo Neisser y Sífilis neg. — *Ingresos anteriores:* no. — *Examen clínico:* Ulceración en la horquilla que sangra con facilidad. — *Tratamiento:* sulfa. — *Diagnóstico:* L. V. — *Estado:* mejorada. — *Salida:* el 19 de julio de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 60. — No. 1993. — A. M. M. — de 18 años. — Capital. — *Ingresó:* el 23 de julio de 1947. — Lygranum positivo, Neisser y Sífilis neg. — *Ingresos anteriores:* gonococcia. — *Examen clínico:* Exulceración arriba del clítoris. — *Tratamiento:* sulfa. — *Diagnóstico:* L. V. — *Estado:* mejorada. — *Salida:* 10. de agosto de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 61. — No. 2002. — E. Q. — de 36 años. — Capital. — *Ingresó:* el 25 de julio de 1947. — Lygranum positivo, Neisser y Sífilis neg. — *Ingresos anteriores:* no. — *Examen clínico:* ulceración en la horquilla. — *Tratamiento:* sulfa. — *Diagnóstico:* L. V. — *Estado:* mejorada. — *Salida:* el 5 de agosto de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 62. — No. 2019. — C. M. — de 17 años. — Capital. — *Ingresó:* el 29 de julio de 1947. — Lygranum positivo, Neisser y Sífilis neg. — *Ingresos anteriores:* si gonococcia. — *Examen clínico:* herpes vulvar. — *Tratamiento:* sulfa. — *Diagnóstico:* L. V. — *Estado:* mejorada. — *Salida:* 8 de agosto de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 63. — No. 2020. — A. C. O. — de 19 años. — Capital. — *Ingresó:* el 30 de julio de 1947. — Lygranum positivo, Neisser positivo y Sífilis neg. — *Ingresos anteriores:* gonococcia. — *Examen clínico:* Exulceración de la pared vaginal izquierda y perimeato urinario. — *Cervicitis erosiva* II. — *Tratamiento:* sulfa y penicilina. — *Diagnóstico:* L. V. — y gonococcia. — *Estado:* mejorada y curada. — *Salida:* 12 de agosto de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 64. — No. 2036. — C. M. — de 18 años. — Capital. — *Ingresó:* el 4 de agosto de 1947. — Lygranum positivo, Neisser y Sífilis neg. — *Ingresos anteriores:* Bartolinitis aguda. — *Examen clínico:* Exulceración del meato urinario y en el labio menor derecho. — *Tratamiento:* sulfa. — *Diagnóstico:* L. V. — *Estado:* mejorada. — *Salida:* 18 de agosto de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 65. — No. 2043. — J. M. P. — de 20 años. — Capital. — *Ingresó:* el 5 de agosto de 1947. — Lygranum positivo Neisser y sífilis neg. — *Ingresos anteriores:* gonococcia. — *Examen clínico:* Ulceración indolora horquilla sangra con facilidad. — *Tratamiento:* Sulfa. — *Diagnóstico:* L. V. — *Estado:* Mejorada. — *Salida:* 12 de agosto de 1947. — Dr. Mendía.

Observación: No. 66. — No. 2112. — V. R. — de 21 años. — Capital. — *Ingresó:* el 23 de agosto de 1947. — Lygranum positivo Neisser y sífilis neg. — *Ingresos:* anteriores si gonococcia. — *Examen clínico:* Exulceración vulvar. — *Tratamiento:* sulfa. — *Diagnóstico:* L. V. — *Estado:* en tratamiento Dr. Mendía.

Observación: No. 67. — No. 2120. — J. I. de 17 años. — Capital. — *Ingresó:* el 23 de agosto de 1947. — Lygranum positivo Neisser y sífilis neg. — *Ingresos anteriores:* s: gonococcia. — *Examen clínico:* Exulceración en el surco genito-crural der. — *Tratamiento:* sulfa. — *Diagnóstico:* L. V. — *Estado:* en tratamiento. — Dr. Mendía.

Observación: No. 1. — No. 911. — Consulta ginecología. — J. L. — 17 años. — Capital. — *Ingresó:* 18 de diciembre de 1946. — Mucosa vaginal enrojecida, secreción purulenta moderada, pared vaginal sangra fácilmente y anexos normales. Adenitis inguinal derecha. — Frei positivo. — *Diagnóstico:* L. V. — Se hospitaliza. — Dr. L. F. Galich.

Observación: No. 2. — No. 865. — Consulta ginecología. — J. R. — 38 años. — Zacapa. — *Ingresó* 28 de octubre de 1946. — G. Ext. — Ulcera lisa, fondo blando. — V. y C. — Ulceración vaginal izquierda en la vecindad de la uretra. — Cervicitis erosiva I. — Frei positivo. — *Diagnóstico:* L. V. — Se hospitaliza. — Dr. L. F. Galich.

Observación: No. 3. — No. 604. — Consulta ginecología. — M. A. — 44 años. — de la Capital. — *Ingresó:* 29 de mayo de 1946. — G. Ext. — Mucosa enrojecida. — Vagina y cuello Edema de la mucosa vaginal y caruncular. — Frei positivo. — *Diagnóstico:* L. V. — Se hospitaliza. — Dr. Luis F. Galich.

Observación: No. 4. — No. 601. — Consulta ginecología. — A. M. T. G. — de la Capital. — 21 años. — *Ingresó:* 24 de mayo de 1946. — G. Ext. — Labios mayores edematizados. Piel macerada. — Vagina y Cuello enrojecidos edematizados. — Frei Positivo. — *Diagnóstico:* L. V. — Se hospitaliza. — Dr. L. F. Galich.

Observación: No. 5. — No. 598. — Consulta ginecología. — O. R. — de 23 años. — Capital. — *Ingresó:* el 22 de mayo de 1946. — Genitales externos ulceraciones en el vestibulo, micro poliadentitis inguinal. — Vagina y cuello enrojecidos, flujo abundante. — Frei positivo. — *Diagnóstico:* L. V. — Se hospitaliza. — Dr. L. F. Galich.

Observación: No. 6. — No. 560. — Consulta ginecología. — Capital. — A. R. — de 37 años. — *Ingresó:* 30 de abril de 1946. — Vegetaciones de la mucosa del introito de consistencia dura y formando un manguito, en el fondo de la parte superior del surco se abre el meato urinario y en todo la circunferencia hay erosiones. — Mucosa vaginal y cervix enrojecidos. — Reacción de Frei positiva Neisser y sífilis neg. — *Diagnóstico:* L. V. — Se Hospitaliza. — Dr. Galich.

Observación: No. 7. — No. 555. — Consulta Ginecología. — A. H. — 30 años. — de la Capital. — G. Ext. — Flujo espumoso, brida circular a la mitad de la vagina cuello con erosiones grado L. II. — Frei positivo. — Neisser y sífilis neg. — *Diagnóstico:* L. V. — *Tratamiento:* infiltración de cibazol alrededor de la lesión. — Dr. L. F. Galich.

Observación: No. 8. — No. 999. — Consulta Ginecología. — T. R. — de la Capital. — 23 años. — *Ingresó:* 13 de mayo de 1947. — Frei positivo Neisser y sífilis neg. — Genitales externos manchas rojas y violáceas. — Vagina y cuello, manchas violáceas y punteadas. Cuello blando. — *Diagnóstico:* L. V. — Se hospitaliza. — Dr. L. F. Galich.

Observación: No. 9. — No. 955. — N. I. G. de 25 años — Consulta de Ginecología. — Capital. — *Ingresó:* 4 de mayo de 1946. — Frei positivo Neisser y sífilis neg. — Genitales externos Ninfa derecha edematosa, Ulceración vegetante de fondo sucio. — Vagina y cuello Cervitis extensa, secreción purulenta. — *Diagnóstico:* L. V. — Se hospitaliza. — Dr. L. Galich.

Observación No. 10. — No. 1053. — Consulta Ginecología. — A. K. — 30 años examinada 16 de julio de 1947. — Frei positivo *Examen clínico:* Ulcera tórpida en fondo de saco derecho cuello con cervicitis erosiva grande. — *Diagnóstico:* L. V. — Se hospitaliza. — Dr. L. Galich. — Son auténticas: Dr. L. F. Galich. — Dr. Juan Funes.

CAPITULO XIV

CONCLUSIONES

1.—El linfogranuloma venéreo es una enfermedad diseminada en nuestro medio, cuya falta de diagnóstico hace imposible en la actualidad, conocer su incidencia real.

2.—El Ministerio de Asistencia Social debe exigir los datos estadísticos de las enfermedades venéreas a todos los centros hospitalarios de la República, para organizar la lucha antivenérea.

3.—Las autoridades médico-militares deben colaborar en esa lucha, proporcionando la incidencia de las enfermedades venéreas en las tropas, denunciando los contactos para lo cual se sugiere establecer la hoja de actividad sexual obligatoria.

4.—La Dirección de Sanidad debe declarar obligatoria la denuncia del linfogranuloma venéreo, según los tratados internacionales vigentes.

5.—En todos los centros hospitalarios, dispensarios, consultorios gratuitos, establecimientos de enseñanza secundaria y universitaria ha de practicarse la prueba de Frei periódicamente.

6.—Sería deseable el prohibir el ejercicio de la prostitución, una vez establecido el diagnóstico de linfogranuloma venéreo, mientras dure el poder patógeno del virus, aun cuando la curación clínica fuese establecida.

7.—El examen prenupcial obligatorio para despistar la sífilis, ha de hacerse extensivo para el linfogranuloma venéreo, practicándose con la misma sangre la prueba de fijación del complemento de las dos entidades clínicas, declarando tal examen de laboratorio obligatorio para ambos sexos.

8.—Se recomienda utilizar todos los medios de propaganda adecuados para divulgar la prevención de la enfermedad.

9.—En todo caso diagnosticado debe exigirse el establecimiento temprano del tratamiento, vigilando la evolución, y proporcionando el Estado, si fuese necesario, los medios terapéuticos.

10.—Son indispensables los estudios epidemiológicos para descubrir las fuentes de infección.

11.—Combatir los charlatanes que engañan con tratamientos fantásticos o inadecuados a los incautos que recurren a ellos.

12.—En las pacientes del Hospital de Profilaxia Sexual de esta ciudad la relativa benignidad con que se presenta el linfogranuloma venéreo se debe a los tratamientos sulfonamídicos a que están sometidas con frecuencia.

13.—El tratamiento de elección, en la actualidad, es la terapéutica combinada de sulfatiazol y sulfadiazina.

Roberto Gándara Lacape.

Vº Bº—Doctor Luis F. Galich.

Imprimase: Doctor Carlos M. Guzmán.

BIBLIOGRAFIA

1930

- 1.—Hellerstrom und Wassen: Meningo-enzephalische Veränderung bei Affen nach intercebraler Impfung mit Lymphogranuloma inguinale.
- 2.—Simón Clément: Lettres a un médecin pratique sur la dermatologie et la vénéréologie.

1931

- 3.—Levaditi, Ravaut et Cachera Les preuves de la nature lymphogranulomateuse de la maladie expérimentale du singe.

1932

- 4.—De Wolf and van Cleve Lymphogranuloma inguinale. J. A. M. A.
- 5.—Findlay. The relationship of climatic bubo and lymphogranuloma inguinale. Lancet.
- 6.—Antman, Pilot. Lymphogranuloma inguinale Arch. of. Derm. and. syph.
- 7.—Pautrier Les formes à suppuration large de la maladie de Nicolas-Favre. Bull. de la soc. fran. de derm.

1933

- 8.—Cole. Lymphogranuloma inguinale the fourth verereal disease. J. A. M. A.
- 9.—Findlay. Experiments on the transmission of the virus of climatic bubo to animals. Trans. Roy. Soc. Trop. Med.
- 10.—Stannus. The sixth venereal disease.
- 11.—Gay Prieto La linfogranulomatosis subaguda benigna.
- 12.—Favre. Notes cliniques de pathologie inguinale.

1935

- 13.—Reichle, Connor, Lymphogranuloma inguinale Arch. derm. and. syph.
- 14.—Miyagawa et al: Studies on virus of lymphogranuloma inguinale. Japanes journ. exp. med.
- 15.—Simon Clément. Nouvelles lettres.
- 16.—Van der Veer Cornia, Lymphopathia venereum and its relation to rectal stricture.

1936

- 17.—Grace and Suskind. Lymphogranuloma inguinale Arch. D. and. S.
- 18.—Nicolas, Favre. Nouvelles pratiques dermatologiques.
- 19.—Broom and Findlay. Experiments on the filtration of climatic bubo virus through "gradacol" membranes Brit. Jour. Exp. Path.
- 20.—Chopra Handbook of tropical therapeutics.

- 21.—Levaditi La maladie de Nicolas-Favre expérimentale.
- 22.—Tasaki Lymphopatia inguinale. Jour. oriental med.

1937

- 23.—Wient. Perlstein. Ulcerative lesions of the skin in lymphogranuloma inguinale. J. A. M. A.
- 24.—Chapman. Hayden. Lymphogranuloma inguinale J. A. M. A.
- 25.—Rosen, Rosenfeld, Krasnov. Lymphog anuloma venereum Arch. D. and S.
- 26.—Tanura Virus of lymphogranuloma venereum. Northwest Med.
- 27.—Piersol Cyclopedia of medicine.

1938

- 28.—Binckley, Love. Mouse brain lymphogranuloma venereum antigen A. D. S.
- 29.—Frei On the skin test in lymphogranuloma ingu nale J. inves. der.
- 30.—Frei Venereal lymphogranuloma. J. A. M. A.
- 31.—Schaffer and Arnold Lymphogranuloma venereum, especially its treatment with sulfanilamide Arch. derm. and. syph.
- 32.—Schropshear. Sulfanilamide treatment of strictures of the rectum caused by lymphogranuloma venereum. Med. Jour.
- 33.—Chesterman. Climatic bubo or lymphogranuloma inguinale in african native. Tran. Roy. soc. trop. med.
- 38.—Del Valle. Contribución al estudio de la enfermedad de Nicolás Favre y Durand en Guatemala. Tesis.
- 39.—Hanschell. Climatic bubo or lymphogranuloma inguinale. Trans. Roy. soc. trop. med.

1939

- 40.—Earl. Lymphopathia verereum treated with M. and. B. Lancet.
- 41.—Arias, Cruz. La enfermedad de Nicolás-Favre.
- 42.—Sutton and Sutton Diseases of the skin.

1940

- 43.—May Poradenolinitis.
- 44.—Pautrier, Glassen, Sanzenberg. Volumineuses adénopathies inguinales avec poliadénites se présentent cliniquement comme une maladie de Nicolas Favre, mais avec suppuration rapide en masse.
- 45.—Nelson. Virus and rickettsial diseases. Harvard symposium.
- 46.—Mc. Kee, Rake. Complement fixation test in lymphogranuloma venereum Soc. exp. biol. and. med.

1941

- 47.—Sulkin, Fletcher, Huber and Reh. Frei's test for lymphogranuloma venereum J. A. M. A.
- 48.—Bona, Tome. Sífilis del sistema linfático.
- 49.—Molta. Boletín médico, núm. esp. sobre Lucha antivenérea.
- 50.—Rake Shaeffer, Jones Mc. Kee. Soluble antigen in lymphogranuloma venereum Proc. soc. exp. biol. and. med.
- 51.—Grace and Suskind The new chemotherapy of venereal diseases.

1942

- 52.—Arias, Treviño. La infiltración de sulfathiazol sódico en las lesiones inguinales y rectales de la enfermedad de Nicolás-Favre.
- 53.—Arias. Formas clínicas de la enfermedad de Nicolás-Favre.
- 54.—Rodaniche. Sulfaguanidine and sulfonamide treatment for lymphogranuloma venereum Jour. inf. dis.
- 55.—Journal royal army med. corps.
- 56.—U. S. A. Public health service. The principles of venereal diseases control.

1943

- 57.—Rodaniche. The fate of the virus of lymphogranuloma venereum in infected mice receiving sulfonamide therapy. Jour. inf. dis.
- 58.—Squibb. Lymphogranuloma venereum. a monography.

1944

- 59.—Cardini Terapéutica clínica.
- 60.—Stokes. Modern clinical syphilology.

1945

- 61.—Becker Obermeyer. Dermatología y sifilología modernas.
- 62.—Strong. Stitt's diagnosis and treatment of tropical diseases.
- 63.—Year book of general therapeutic.
- 64.—Levaditi. Précis de virologie médicale.
- 65.—Saunders Co. Medical clinic of North America.
- 66.—Lehr. Inhibition of drug precipitation in the urinary tract by use of sulfonamide mixture.
- 67.—Mouras. Fistulas prépuçiales de origen linfogranulomatosa.
- 68.—Morán. La enfermedad de Nicolás-Favre. Síndrome de estenosis rectal.

1946

- 69.—Napier The principles and practice of tropical medicine.
- 70.—Merèdith. Hygiene.
- 71.—Year book of dermatology and syphilology.
- 72.—Lehr The prevention of renal complication by the therapeutic employment of sulfonamide mixture.
- 73.—Flippin. Rheinhold. An evaluation of sulfonamide mixtures and various adjuvants for control of sulfonamide crystalluria.
- 74.—Heyman. Clinical and laboratory differentiation between chancroid and lymphogranuloma venereum.
- 75.—Perin Duperrat Lafontaine Reaction de Frei systématique chez les prostituées.
- 76.—Revisión de los conocimientos actuales sobre la penicilina. Recopilada por el personal de la Sección de Investigación Científica de Abbott Laboratories.

PROPOSICIONES

Anatomía descriptiva	Vulva
Anatomía topográfica	Región inguinal
Anatomía patológica	Del linfogranuloma venéreo
Patología general	Leyes de Mendel
Bacteriología	Gonococo de Neisser
Biología	Los ultravirus
Clinica quirúrgica	Examen ginecológico
Clinica médica	Explotación del hígado
Física médica	Ultramicroscopio
Fisiología	Ciclo menstrual
Higiene	Lucha antivenérea
Histología	Tejido conjuntivo
Medicina legal y Toxicología	Aborto criminal
Obstetricia	Embarazo gemelar
Patología médica	Cirrosis hepática
Patología quirúrgica	Linfogranuloma venéreo
Patología tropical	Paludismo
Pediatría	Estenosis pilórica hipertrófica
Técnica quirúrgica	Apendicectomía
Química biológica	Glucosuria
Química inorgánica	Cloruro de sodio
Química orgánica	Sulfanilamida
Terapéutica	Sulfanilamida y derivados.