

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

Contribución al estudio de la 4.^a enfermedad venérea

Por los dermatólogos **Rómulo Campos Martín**

Jefe del Servicio

Silverio Gallego Calatayud

Médico del Servicio

CONSIDERACIONES MISTÓRICAS Y ETIOLÓGICAS

Ya de antiguo eran conocidas ciertas adenitis inguinales, cuyo aspecto y evolución clínica, alejándose de todas las demás formas de adenitis entonces conocidas, se acercaban a las afecciones ganglionares de naturaleza tuberculosa; y fueron consideradas de esta etiología, a pesar de que no pudieron tubercular el cobaya, por varios cirujanos de finales del siglo pasado y principios de éste, entre los que destacan LEJARS, MARION y GANDY, dándole el nombre de bubón estrumoso.

Posteriormente, TANTON y PIGEON, negaron esta etiología, precisamente fundados en sus 120 inoculaciones negativas al cobaya, atribuyéndola a infecciones piógenas, cuya puerta de entrada serían los genitales, por intermedio de distintas afecciones venéreas; siendo estos autores los primeros en suponer la etiología venérea de estas adenitis. Sin embargo, el capítulo de las adenitis inguinales seguía permaneciendo obscuro, hasta 1913, en que Nicolás FAVRE y DURANT, ocupándose de estas cuestiones, sostuvieron que este especial tipo de adenitis, correspondía a una afección de probable origen venéreo y que llamaron linfogranulomatosis inguinal subaguda.

La escuela de Lyon siguió considerando

esta enfermedad como autónoma y de origen venéreo, describiendo sus caracteres anátomo-patológicos y clínicos y defendiendo su manera de pensar contra todas las críticas.

Posteriormente, una de las más importantes objeciones a esta doctrina era la de MILIAN, quien consideraba estas adenitis como bubones "Duerenianos" anormales (bubones chanceroideos crónicos de GOUQUEROT) cuya puerta de entrada sería un "chanero blando volante" de evolución tan efímera, que pasaría inadvertida.

Actualmente, tras los numerosos trabajos publicados en el extranjero, principalmente por FREI, estableciendo el valor de las diferentes pruebas biológicas (intradermoreacciones de FREI e ITO-REENSTIERN) y las distintas pruebas experimentales, consistentes en inoculaciones en serie al mono por distintas vías, con resultados positivos por HELLERSTRÖM y WASEN, trabajos seguidos y comprobados posteriormente por LEVADITI, RAVEAU, SCHOEN, LEPINE y CACHERA, del Instituto Pasteur de París, quienes además consiguieron la producción de un linfogranuloma venéreo, inoculando en el prepucio de un hombre afecto de P. G. P. el cerebro virulento de un mono inoculado con virus de varios países, y últimamente

las experiencias practicadas por LOEDERIN y LEVADITI en junio de 1932, los que consiguen producir una encefalitis típica en un mono, por la inoculación intracerebral de un fragmento biopsiado del recto de una enferma afecta desde hace cuatro años de rectitis estenosante típica, sin ninguna otra lesión ano-perineo-vulvar, ni ganglionar, ni ningún otro signo clínico ni biológico de sífilis.

Todas estas pruebas biológicas y experimentales, constituyen los fundamentos en que se basan los conocimientos actuales sobre esta cuestión, pudiéndose afirmar que el linfogranuloma venéreo, es una enfermedad de etiología venérea producida por un virus filtrante y específico que se estropea con la glicerina y se conserva a bajas temperaturas, y distinta del tríptico clásico gono-chancero-lúes, motivo por el cual se le llama también cuarta enfermedad venérea.

En España merecen especial mención los interesantes trabajos publicados, primero por COVISA y BEJARANO, y segundo los de GAY PRIETO, entre los que destacan su tesis doctoral y las numerosas publicaciones DE GREGORIO, especialmente sobre la alergia cutánea en el linfogranuloma inguinal y en las formas asociadas.

La enfermedad de Nicolás FAVRE ha sido considerada poco frecuente por todos los autores; sin embargo, NICOLÁS en Lyon en el año 1930 observó una verdadera epidemia. Nosotros en Barcelona, en nuestro Dispensario de la Cruz Roja, donde corrientemente observamos dos o tres casos anuales, hemos tenido ocasión de observar un aumento repentino de enfermos afectados de cuarta enfermedad venérea en el pasado verano del año 1932, hasta el punto de que hemos podido recoger e historiar 20 casos consecutivos, previas las diferentes pruebas biológicas de diagnóstico.

En la mujer es mucho menos frecuente;

según FREI, RAVEAU y HELLERSTRÖM, sería de un 5 a un 20 por 100; para nosotros ha sido de un solo caso entre nuestros 20 y se trataba de un caso de enfermedad conyugal. La poca frecuencia de esta enfermedad en la mujer, nosotros la interpretamos opinando lo mismo que NICOLÁS, como casos de cuarta enfermedad en estado latente; ya que tanto este autor como nosotros no hemos podido comprobar ninguna lesión ano-perineo-vulvar ni ganglionar, en algunos de nuestros casos en que hemos podido explorar la mujer con toda seguridad contagiante de alguno de nuestros enfermos, las que únicamente presentaban la intradermoreacción de FREI positiva y de cuyo asunto nos ocuparemos más a fondo cuando hablemos de la intradermoreacción de FREI en las prostitutas.

Además, hoy se tiende a admitir que la cuarta enfermedad venérea da lugar a síndromes estenosantes del recto, casi exclusivos de la mujer, y cuyo mecanismo de producción sería la infección de los ganglios pararectales de GEROTA, en aquellos casos en que la puerta de entrada estuviese en la parte posterior de la vulva, lugar de predilección para los traumatismos de origen venéreo, dando lugar en períodos tardíos a reetopatías crónicas estenosantes y a síndromes elefantásicos vulvares (sifiloma ano-rectal de FOURNIER y estiomeno).

* * *

Incubación.—Se ha señalado un período de primera incubación para el chancero, y otro período de segunda incubación para la adenitis, en nuestros casos siempre hemos visto el accidente primario acompañado de un mayor o menor grado de adenitis. En aquellos casos en que hemos podido relacionar la aparición de la adenitis con coitos anteriores la incubación ha sido de tres a cuatro semanas.

Aspecto clínico. Es variable, pudiendo adoptar cuatro modalidades, a saber:

1.º Formas normales con puerta de entrada apreciable (chanero linfogranulomatoso), son poco frecuentes; el porcentaje aproximado en nuestros casos ha sido de un 15 por 100.

2.º Formas normales sin puerta de entrada, entre las que incluimos aquellos ca-

cuarta enfermedad con el treponema o con el estreptobacilo o menos frecuentemente con el gonococo.

Evolución. *Formas normales con o sin puertas de entrada.* La cuarta enfermedad venérea puede empezar por un accidente primario (chanero linfogranulomatoso) de poca duración y de poca sintomato-



Fig. 1. — Forma normal de 4.ª enfermedad venérea. Adenitis típica en fase fistulizada y esclerosa.

sos en que el chanero no ha existido o ha pasado inadvertido; son las formas más frecuentes, para nosotros es de un 55 por 100.

3.º Formas anormales, con o sin puerta de entrada, que serían aquellas adenitis cuya evolución y aspecto clínico se aproxima a las adenitis de etiología diferente (Durenianas), relativamente frecuentes según nuestros datos (un 25 por 100) o aquellas otras formas en las que predominan los síntomas generales intensos, formas de comienzo febril, con enflaquecimiento, mal estado general, etc., relativamente raras y que aproximadamente son un 5 por 100.

4.º Formas asociadas a otras hiperplasias ganglionares de etiología diferente, desde luego muy raras, de diagnóstico difícil y de evolución y aspecto clínico tan distinto, según se encuentre asociada la

logía objetiva, por lo que puede pasar inadvertido en algunos casos; nosotros solamente lo hemos observado tres veces, uno de ellos (Historia número 16) bajo el aspecto de un elemento erosivo, no indurado y de pequeñas dimensiones (forma exulcerosa de L. BORY), otro de aspecto papuloso (Historia número 9) y el último de aspecto úlcero gangrenoso, situado en el meato de una mujer (Historia número 13); todos ellos curaron en pocos días sin ningún tratamiento local, empleando únicamente el tratamiento general adecuado.

Además se han descrito la forma nodular y la uretrítica, que nosotros no hemos podido observar en nuestros casos.

Historia n.º 16. — A. M., 22 años, pintor. — Hace un año chancros múltiples que curó tópicamente, ningún otro antecedente venéreo.

Actualmente pequeño elemento, erosivo, redondeado, del surco balano prepucial. Adenitis inguinal izquierda dura, poco inflamatoria, indolora, ligera periadenitis, ganglio ilíaco perceptible.

Investigación del treponema en el campo oscuro, repetida varias veces. Negativa.

Investigación del estreptobacilo de DUCREY, en el chancro y en la lesión de autoinoculación. Negativa.

adenitis de forma aguda y dolorosa (forma anormal de linfogranulomatosis, aspecto de bubón chancroideo). A pesar del aspecto venéreo de las lesiones, la cuarta enfermedad venérea padecida por su marido y a quien nosotros tenemos en tratamiento, nos hizo pensar pudiera tratarse de linfogranuloma inguinal.

Investigación del treponema en el campo oscuro. Negativa.

Investigación del estreptobacilo de DUCREY en



Fig. 2. — Forma anormal de 4.ª enfermedad venérea. Adenitis de aspecto chancroideo

Serología. — W, H y M K; negativas.

Intradermos de FREI con antígeno n.º 12 + + con antígeno n.º 13 + +.

Intradermos de Ito con DMELCOS (de acuerdo con la alergia ligera que producen los chancros blandos sin adenitis) +.

Posteriormente cura sin tratamiento tópico en pocos días el chancro linfogranulomatoso, mientras la adenitis se rodea de periadenitis y siguiendo una marcha tórpida, se hace fluctuante en varios puntos. Continúa siendo perceptible la adenitis ilíaca y el conjunto se hace ligeramente doloroso a la presión.

Historia n.º 13. — J. I., mujer casada, 58 años, sin antecedente venéreo, coitos repetidos con su marido, afecto de cuarta enfermedad venérea.

Aspecto clínico. — Objetivamente presenta una ulceración redondeada cubierta de una membrana de esfacelo del tamaño de una moneda de plata de 50 céntimos situada en el meato. En la ingle izquierda adenitis monoganglionar y peri-

el chancro y en la lesión de auto inoculación. Negativa.

Serología. — W, H y M K; negativas.

Intradermos de FREI con antígeno n.º 10 +, con antígeno n.º 11 + +.

Intradermo de Ito (DMELCOS). Negativa.

Posteriormente el chancro cura en poco tiempo sin tratamiento local, mientras que la adenitis evoluciona tórpidamente adquiriendo poco a poco el aspecto característico de las adenitis linfogranulomatosas.

Formas normales. — El aspecto clínico típico de las adenitis linfogranulomatosas, es en un principio el de una adenitis poliganglionar, dura y rodadera, de tipo sifiloide y como ella indolora. Poco a poco se rodean estos ganglios de una periadenitis discreta, que se hace ligeramente dolorosa y se establecen diferentes puntos de supuración en cada ganglio afecto, que más tar-

de se adhieren a la piel (fase de reblandecimiento) que toma un color violeta (adenitis violeta). Posteriormente y con evolución lenta y tórpida cada uno de estos pequeños abscesos intraganglionares se abre camino al exterior en fases sucesivas, produciendo diferentes trayectos fistulosos (figura primera) y por último y al cabo de mucho tiempo sobreviene la cicatrización dando lugar a una cicatriz irregular y retraída, persistiendo sin embargo un plastrón de tejidos esclerosados (fase de esclerosis).

Los ganglios primordialmente afectados son los inguinales superficiales, enfermando posteriormente los ganglios profundos, que se encuentran debajo de la fascia criviforme y que están en íntimo contacto con el cayado de la safena interna, tomando participación el tejido periganglionar en fases ya más avanzadas.

El aspecto macroscópico de los ganglios linfogranulomatosos ha sido llamado por NICOLÁS en panal de abejas, ya que si practicamos cortes de los mismos, los encontramos materialmente acribillados de pequeños abscesos; no obstante, en un paquete ganglionar se pueden observar todos los períodos de la enfermedad, desde el ganglio sano, pasando por el infarto ganglionar, hasta el ganglio profundamente afectado y difícilmente diferenciable del tejido periganglionar (figura 3).

Una adenopatía que generalmente acompaña a las inguinales es la adenitis ilíaca, que antiguamente se creía patognomónica de cuarta enfermedad venérea. Sin embargo, hoy se ha visto y así hemos comprobado nosotros, que no es constante y puede acompañar a otras hiperplasias ganglionares de la ingle de distinta etiología, siendo esta localización la única forma ganglionar del linfogranuloma venéreo que nunca llega a supurar y que es la que más tarda en desaparecer.

La afección generalmente es poco dolorosa, lo mismo espontáneamente que a la presión, y puede ser uni o bilateral.

Formas anormales. — Contrastando con el aspecto clínico de los bubones linfogranulomatosos típicos, existen formas anormales, cuyo aspecto clínico y evolución puede confundirla al principio con las adenitis luéticas y sobre todo con las chaneroideas.

Nos referimos especialmente a las segundas, adenitis con o sin puerta de entrada, con aspecto clínico análogo al bubón de chanero blando, bubones de evolución aguda, dolorosos desde el principio, monoganglionares, con fuerte reacción de periadenitis, de supuración franca y rápidamente fluctuante, de piel roja y caliente... Aspecto tan característico de bubón chaneroideo (Fig. 2), que justifica el que alguno de nuestros enfermos, antes de ser visto por nosotros, hubiesen sido tratados con Dmelcos sin ningún resultado.

Todavía existen otras formas de linfogranuloma inguinal de aspecto clínico mucho más complejo, que son aquellos formas de adenitis mixtas, casos de asociación real con el gonococo, bacilo de Ducrey y el treponema, que aunque muy raras han sido señaladas e historizadas por HELLERSTRÖM, DE GREGORIO, LOHE, BLUMMERS, GATE y CHARPY, cuyo diagnóstico cierto es, desde luego, más difícil y habrá de hacerse por las intradermorreacciones de alergia (reacciones alérgicas simultánea DE GREGORIO) y después del fracaso relativo de los tratamientos específicos (Neo y Dmelcos).

Hay que hacer constar que la infección puede sobrepasar los límites de la región inguinal, interesando otros ganglios, como por ejemplo los retrorrectales de GEROTA, que pueden dar lugar en períodos tardíos a rectopatías crónicas estenosantes que son casi exclusivas de la mujer. Otras veces se pueden producir hepatomegalias, y, más

constantemente, esplenomegalias, dando lugar algunas veces a verdaderos cuadros septicémicos caracterizados por fenómenos generales (inapetencia, astenia, adelgazamiento) y fiebre generalmente moderada, pero que a veces puede ser de tres a cuatro grados. En uno de nuestros casos (Historia número 20) la enfermedad comenzó con temperaturas de 39,5°, que desaparecieron en cinco o seis días (forma anormal febril). En otro (Historia número 12), el enfermo perdió unos diez kilos de peso en el primer mes de su enfermedad y antes de comenzar ningún tratamiento.

Esta enfermedad produce constantemente modificaciones en el cuadro hemático, dando lugar a moderada hiperleucocitosis y mononucleosis.

Alice KOPPEL, DE GREGORIO y HELLERS-TRÖM, dicen haber observado en el curso de la linfogranulomatosis inguinal, algún caso de eritema nudoso, siendo considerado por este último autor como una forma metastásica de la cuarta enfermedad venérea; nosotros no lo hemos observado en ninguno de nuestros casos.

* * *

Diagnóstico. — *Intradermorreacción de FREI.* Si tenemos en cuenta el gran porcentaje de casos, en los que la cuarta enfermedad venérea evoluciona adoptando formas anormales, no es de extrañar que la mayoría de los autores para establecer el diagnóstico, resten importancia al aspecto clínico, para dársela a las diferentes pruebas biológicas (Intradermos de FREI e ITO-REENSTIERNNA) y a las distintas pruebas de laboratorio, que son las que en realidad lo afirman.

Por todo lo expuesto se deduce, que la conducta a seguir ante una adenitis inguinal de supuesto origen venéreo, será muy diferente según el aspecto clínico. Habrá

adenitis que en un principio por su aspecto sífiloide, pueden ser tributarias de serorreacciones que descarten la sífilis. En otras con aspecto de bubón chancroide, será necesario una intradermorreacción de ITO negativa, junto con la negatividad de la reacción de RIVALIER y la comprobación de la ausencia del DUCREY en la lesión de autoinoculación con el pus de la adenitis, para descartar el bubón Ducreniano.

En aquellas otras adenitis con puerta de entrada, tendremos que esforzarnos en demostrar que no existen en los chanceros, ni el treponema, ni el estreptobacilo de DUCREY, siendo este último más fácil de encontrar en el chanero de autoinoculación.

En todos los casos anteriores, además de las citadas pruebas de laboratorio, que en su negatividad, son de gran valor diagnóstico, será necesario una intradermorreacción de FREI positiva con varios antígenos específicos debidamente comprobados, para que se pueda afirmar que se trata de una adenitis linfogranulomatosa.

La intradermorreacción de FREI es la que se practica inyectando intradérmicamente dos décimas de c.c. de un antígeno específico, que generalmente se fabrica con el pus extraído por punción aséptica, de un absceso ganglionar de un linfogranuloma, el cual se diluye en suero fisiológico al 1 por 5 y se tindaliza a 60° durante una hora dos días consecutivos. Dicho antígeno se debe probar repetidas veces con testigos positivos y negativos, antes de que sus resultados sean tomados en consideración.

La lectura de la intradermo de FREI se debe efectuar al cuarto día, para no dar lugar a que hayan cedido los pseudo-resultados positivos que puede producir la inyección de una proteína extraña. En casos excepcionales los resultados positivos pueden estar retardados, por lo que convendrá repetir la lectura a los 8 días.

Cuando la intradermo es negativa, no existe ninguna reacción por parte de la piel; en los casos positivos los resultados serán más o menos intensos, adoptando formas reaccionales que van desde la pápula dé-

tituto Pasteur de París ya prepara antígenos de cerebro de mono, antígenos que simplificarán extraordinariamente el diagnóstico y tratamiento del linfogranuloma.

Como la cuarta enfermedad venérea con

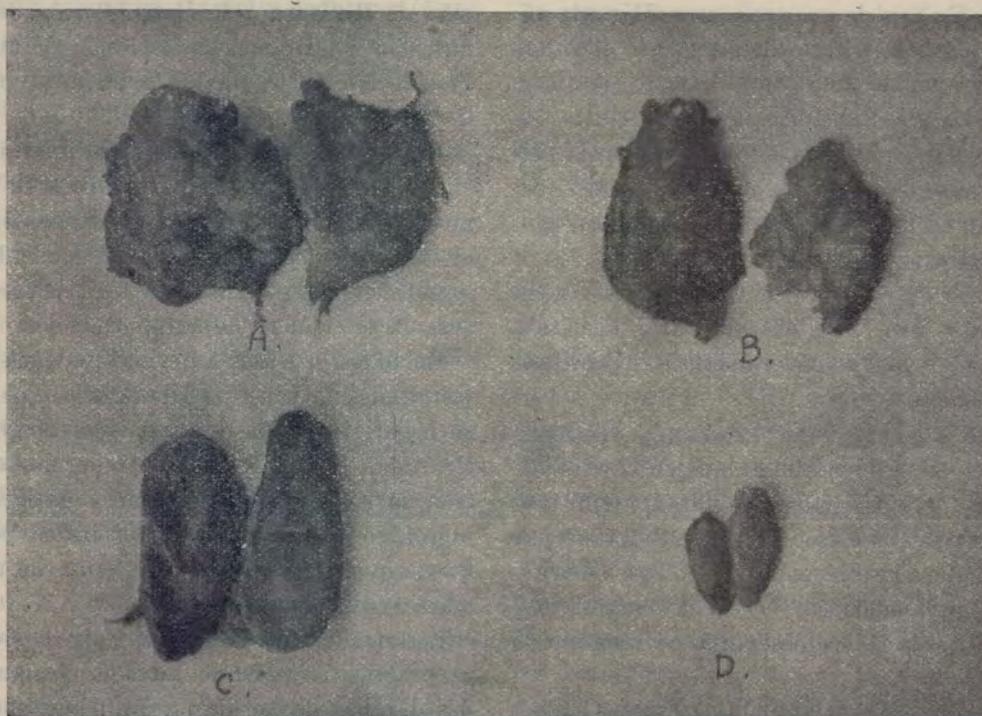


Fig. 3

A. y B. - Cortes de ganglios en los que puede apreciarse múltiples abscesos intraganglionares.
C. - Infarto ganglionar. D. - Ganglio normal

mica, infiltrada y dura, hasta una pápulo-pústula con necrosis y cicatriz consiguiente (figura cuarta). Siendo esta prueba biológica considerada como específica, resulta de inestimable valor para fijar el diagnóstico de la cuarta enfermedad venérea; quizá sea el mayor obstáculo la necesidad hoy en día, de fabricarse uno mismo los antígenos y de probarlos repetidamente con testigos positivos y negativos, antes de poder tener en cuenta sus resultados, pero creemos que en un porvenir no muy lejano se han de comercializar estos preparados, pues el Ins-

lo que corrientemente puede confundirse, es con el bubón chaneroideo, en la práctica se efectúan los dos intradermos de FREI e ITO, pudiendo obtenerse cuatro resultados diferentes, a saber:

1.º Intradermo de FREI positiva e ITO negativa. 2.º FREI e ITO positivas. 3.º FREI e ITO negativas; y 4.º FREI negativo e ITO positiva.

La interpretación de estos resultados sugiere un comentario que vamos a exponer:

En el primer caso; FREI positiva, ITO negativa. Es muy probable que nos encontremos

mos ante una adenitis linfogranulomatosa, siempre que nuestro enfermo no la hubiese padecido anteriormente, pues la alergia cutánea una vez constituida se prolonga durante toda la vida; el interrogatorio y sobre

mo ha padecido anteriormente una de estas dos afecciones.

Tercer caso. FREI e Ito negativas. Si las intradermos las hemos practicado después del período prealérgico de ambas afeccio-

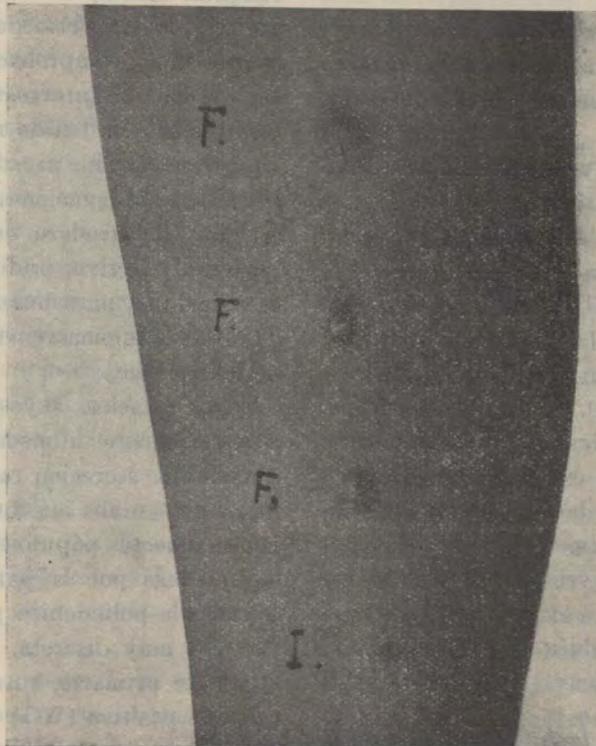


Fig. 4

De arriba a abajo: FREI antg. 14 ++ (papulosa); FREI antg 15 +++ (pápulo-pustulosa); FREI antg. 16 ++ (papulosa) Ito con Dmelcos negativa. Lectura al 4.º día

todo las cicatrices de trayectos fistulosos o los restos de esclerosis en la región inguinal, pueden aclararlo. Ante un caso así la FREI positiva no tendría ningún valor diagnóstico y la Ito negativa querría decir o que la adenitis no era chancroidea, o que la Ito estaba practicada prematuramente, en el período prealérgico.

En el segundo caso. FREI e Ito positivas. Puede tratarse de una adenitis mixta (linfogranuloma chancroideo) o bien el enfer-

mos, debemos dar todo su valor a estos resultados negativos, siempre que el enfermo no haya sido tratado con Dmelcos, que influye haciendo negativa la Ito durante las dos o tres semanas que siguen a su administración.

Cuarto caso. FREI negativa Ito positiva. Practicadas en el período alérgico, inclinarán el diagnóstico a favor del bubón chancroideo.

La interpretación de los anteriores resul-

tados se apoya en los siguientes conocimientos.

1. La constitución de la alergia requiere cierto tiempo para que la FREI se haga positiva; generalmente, es de dos o tres semanas, persistiendo indefinidamente una vez establecida.

2. La Ito tarda en hacerse positiva 6 ó 8 días en los enfermos afectos de chanero y adenitis Ducrenianos y persiste indefinidamente.

3. Los chaneros venéreos (Ducrey) dan Ito débilmente positiva.

4. La lectura de las intradermos de FREI debe hacerse generalmente al cuarto día (excepcionalmente al 6.º ó 8.º día, alergia retardada). La de Ito al 2.º día.

5. Cuando la Ito y la FREI son simultáneamente positivas, se debe pensar en padecimientos anteriores o en formas mixtas.

6. Existen casos excepcionales de anergias transitorias de la FREI de interpretación difícil, generalmente provocadas por otras enfermedades venéreas y simultáneas que se acompañan de gran hiperplasia ganglionar. Existen también reacciones de FREI positivas no específicas.

Causas de error en la interpretación de la intradermorreacción de FREI

En 1931, Sven HELLERSTRÖM observó un enfermo que tenía una reacción de FREI fuertemente positiva, por haber padecido un linfogranuloma inguinal hacía 7 años y que posteriormente contrajo una sífilis florida. Pues bien, durante el tiempo en que los fenómenos cutáneos dominaban el cuadro clínico, la reacción de FREI se hizo negativa, para volverse positiva cuando se yuguló la lúes mediante el tratamiento específico.

Observaciones de este orden han sido hechas también por NICOLÁS, LEBEUF y CHARPY.

Nosotros hemos tenido ocasión de observar uno de estos casos, que demuestran la posibilidad de obtener resultados falsos con la intradermo de FREI en los enfermos afectos simultáneamente de lúes secundaria.

En junio de este verano ingresó en el Hospital Militar de Barcelona un soldado afecto de 4.ª enfermedad venérea, clínicamente típica, comprobada con las intradermorreacciones. Interrogado afirmó formalmente no había tenido nunca más trato sexual que con una prostituta de Barcelona. Hechas las indagaciones consiguientes para dar con el paradero de la muchacha con resultado efectivo, pudimos explorarla con detenimiento, para buscar la manifestación de linfogranuloma venéreo que forzosamente debía tener.

La muchacha, cuyos genitales estaban constantemente húmedos por tener gran cantidad de secreción vaginal mucopurulenta, no presentaba más que gran cantidad de placas mucosas pápulo-exuleerosas, extendidas además por la parte superior de los muslos; la poliadenitis generalizada específica era muy discreta. No se apreciaba el accidente primario, su serología era intensamente positiva (W + + +. H + + +. MT + + +. MK + + +).

Por otra parte su vulva estaba normalmente conformada, sin edema, y el dedo penetraba libremente al tacto rectal; no tenía señales de haber padecido bubones inguinales y negaba también toda sintomatología objetiva. Practicadas las intradermorreacciones se manifestó la FREI con varios antígenos completamente negativa y la Ito-REENSTIERNNA débilmente positiva.

En vista de su sífilis cutánea y mucosa, se la sometió inmediatamente a un tratamiento arsénico-bismútico, desapareciendo al poco tiempo sus manifestaciones secundarias. A los dos meses, aleccionados por la lectura de los trabajos anteriores sobre

anergias, se le repitieron las intradermoreacciones, y mientras la ITO-REENSTIERNA dió idénticos resultados (débilmente positiva), la FREI, efectuada con los mismos antígenos había variado; los resultados eran claramente positivos con todos ellos (+ +).

Este caso no habría caído en el grupo de las anergias de la cuarta enfermedad venérea, si no hubiese sido por la noción segura del previo contagio; pues aunque esta mujer no presentaba ninguna manifestación clínica, que pudiera ser atribuída al linfogranuloma venéreo, no cabe duda que ella tenía la enfermedad de un modo latente, ya que la transmitió a nuestro enfermo.

Nosotros interpretamos este caso como una cuarta enfermedad venérea en estado latente, que en el curso de una sífilis cutánea mucosa, sufre una anergia, que desaparece al blanquearse la enferma de sus lesiones luéticas.

También este caso plantea el problema de que siendo la sífilis capaz de negativizar la reacción de FREI, no lo ha sido respecto la ITO-REENSTIERNA, que sigue siendo débilmente positiva.

Estas anergias no contradicen los resultados obtenidos por DE GREGORIO, que ha observado reacciones de FREI positivas, en enfermos afectos únicamente de sífilis con fuerte hiperplasia ganglionar y serología intensamente positiva (W + + +. H + + +. M + + +. K + + +) rebeldes al tratamiento específico y que no han padecido nunca linfogranuloma venéreo, pues en nuestro caso se trata de una enferma afecta de lúes cutánea mucosa, con poca reacción ganglionar.

La anergia de la cuarta enfermedad venérea, ha sido observada también por CHEVALLIER y BERNARD en el curso de una blenorragia hiperaguda. Y por RAVAUT, LEVADITI y MAISLER en un enfermo simultáneamente afecto de cuarta enfermedad ve-

nérea típica, y una adenitis tuberculosa del cuello, a pesar de que la cuarta enfermedad venérea pudo ser transmitida al mono produciendo una encefalitis característica y de que la inyección endovenosa de antígeno específico (hemorraeción) produjo la elevación de temperatura característica en los enfermos afectos de linfogranuloma. Estos autores explican esta anergia exclusivamente cutánea por la coexistencia con la adenitis fímica.

Diremos igualmente que el tratamiento por la antígenoterapia específica intravenosa de la linfogranulomatosis, no altera los resultados de la intradermo de FREI, ya que ésta continúa siendo positiva: hecho comprobado por varios autores entre ellos NICOLÁS, FAVRE, LEBEUF, HELLERSTRÖM y por nosotros.

Por último se han descrito casos de intradermos de FREI positivas, en enfermos afectos de adenopatías no linfogranulomatosas, entre los que mencionaremos los casos DE GREGORIO, de bubones chancroideos con FREI positiva, tratados y curados con Dmeleos sin dejar rastro de esclerosis, y el caso de NICOLÁS, F. LEBEUF y J. ROUGIER, de una adenitis tuberculosa transmitida al cobaya y con FREI intensamente positiva, si bien lo fué temporalmente ya que al cabo de cierto tiempo volvió a ser negativa. Cabe pensar que estos casos fueron formas asociadas de cuarta enfermedad con otras afecciones ganglionares, o que en algunos casos de fuertes reacciones ganglionares no linfogranulomatosas la intradermo se haga positiva. Sin embargo, la regla general es que las adenitis no linfogranulomatosas den intradermos de FREI negativas, como insiste HELLERSTRÖM en su clásico libro "*A contribution to the knowledge of lymphogranuloma inguinale*", de 1929, en el que cita casos de adenitis sífilíticas, tuberculosas, chancroideas, gonocócicas, pestosas, piógenas, ac-

tinomicóicas, epiteliomatosas y de HODGKING, en las que la intradermo de FREI fué siempre negativa.

* * *

La intradermorreacción de FREI en las prostitutas. Ha sido DE GREGORIO el primero que tuvo la idea de practicar sistemáticamente intradermorreacciones de FREI en

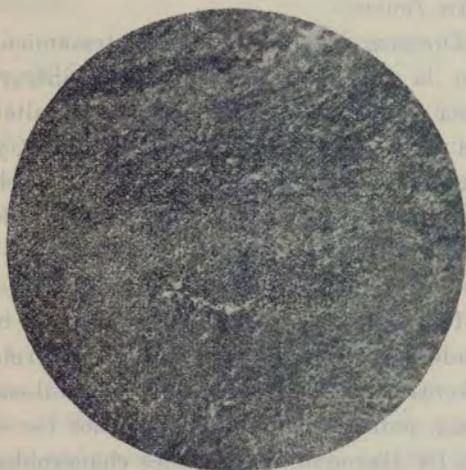


Fig. 5. — Visión de conjunto de un microabsceso de linfogranulomatosis inguinal subaguda. (Rio Hortega; carbonato de plata, lento). Pequeño aumento.

las prostitutas, y sus resultados fueron sorprendentes, dado el gran valor de especificidad que se concede a esta reacción. En efecto, bastantes prostitutas que no tenían lesiones de cuarta enfermedad venérea, ni antecedentes de haberla padecido nunca, presentaban una FREI positiva. Estos resultados fueron confirmados por S. NICOLAU y A. BANCIU, de Bucarest, que habiendo practicado la reacción de FREI a 60 prostitutas, obtuvieron 7 positivas, de las cuales 4 no eran explicable, ni por su estado actual, ni por los antecedentes.

Nosotros hemos investigado esta cuestión en el servicio del doctor J. M.^a PEYRÍ del Dispensario antivenéreo de Barcelona,

quien con la gentileza en él habitual, nos ha dado toda clase de facilidades y nos ha ayudado con consejos fruto de su gran experiencia.

Hemos practicado la intradermorreacción de FREI, con nuestro antígeno número 15, en 40 prostitutas escogidas al azar. Con este antígeno se habían efectuado los controles negativos con especial cuidado: se había en-

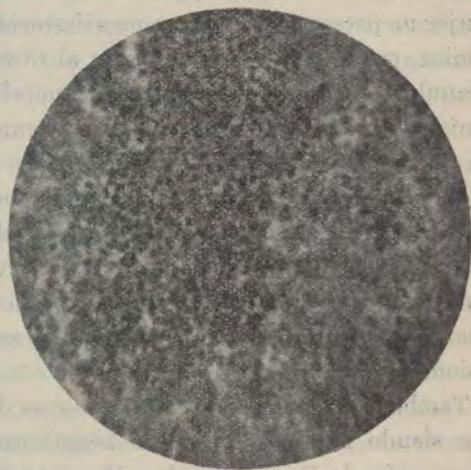


Fig. 6. — El mismo campo de la figura anterior a mediano aumento, en el que se observan los elementos constitutivos del microabsceso (detritus, polinucleares y células epitelioideas que lo engloban).

sayado previamente en 5 muchachos jóvenes afectos de blenorragia, que carecían de otro antecedente venéreo, y en cinco mujeres no prostitutas afectas de distintas dolencias. En todos estos testigos fué practicada la intradermorreacción varias veces y siempre con resultados absolutamente negativos.

Pues bien, practicada la reacción de FREI en las 40 prostitutas con este antígeno de absoluta confianza, se obtuvieron los siguientes resultados: una reacción pápulo vesiculosa (+++); tres papulosas rodeadas de fuerte halo congestivo (++) y cuatro papulosas más o menos intensas (+). Los resultados se leyeron a los 4 ó 6 días

y se despreciaron algunos que fueron positivos a las pocas horas pero que cedieron prontamente, pues se les consideró como resultados no específicos. De estas 8 mujeres con reacción positiva no había ninguna que en la actualidad presentara ninguna lesión (inguino-vulvo-perineo-rectal), que dentro de nuestros actuales conocimientos pudiera ser atribuída a la cuarta enfermedad ve-

puede conceder a la FREI y plantea problemas de patogenia de difícil solución. Se han querido explicar diciendo que esas mujeres habían tenido una forma de linfogranuloma venéreo benigno (casi siempre desconocido por afectar los ganglios pararrectales) que habría pasado inadvertido, o bien que son portadoras del virus de un modo latente, pero que no obstante ha sido capaz de

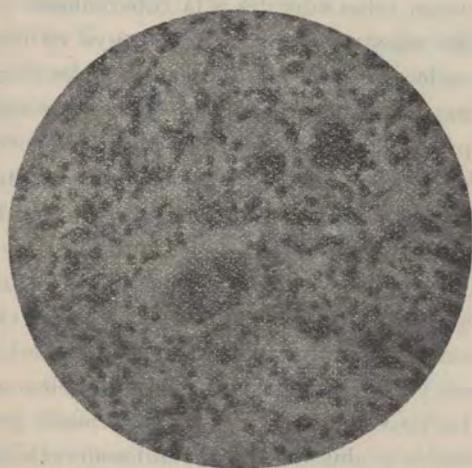


Fig. 7. — Células gigantes de tipo macrófágico, en medio del infiltrado (Rio-Hortega; carbonato de plata, rápido). Medio-aumento

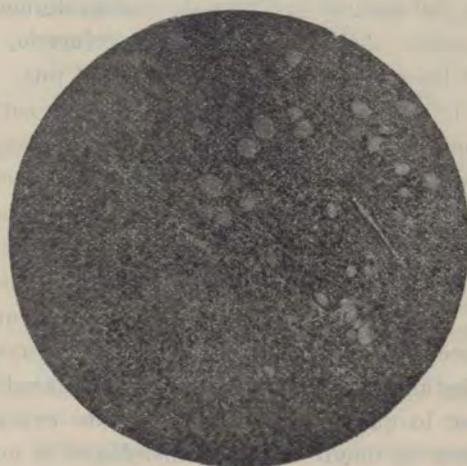


Fig. 8. — Imagen de conjunto a pequeño aumento de la periadenitis, en la que se aprecia el tejido adiposo ahogado por el infiltrado (Hematoxilina-Eosina).

nérea y únicamente dos de ellas tenían antecedentes de haber padecido hacía algunos años adenitis inguinales (en una la FREI era ++, y en la otra +).

Las reacciones serológicas para la sífilis en estas mujeres dieron resultados variables que no permitieron establecer relación de causa a efecto.

Estos resultados (20 por 100 de reacciones positivas) y aunque descartemos el 5 por 100 correspondiente a las dos intradermos positivas obtenidos en aquellas enfermas que anteriormente habían padecido adenitis inguinales, siempre quedan un 15 por 100 que viene a alterar en cierto grado nuestras ideas acerca del valor que se le

determinar la alergia. Además, hace pensar en si estas mujeres clínicamente indemnes de linfogranuloma y con FREI positivo, pueden ser contagiosas, cosa que es absolutamente cierta en uno de nuestros casos. Además, resulta extraño que con el aumento numérico de casos de cuarta enfermedad venérea en los hombres, que ha habido este verano en Barcelona, no se hayan observado prostitutas afectas de linfogranuloma venéreo típico, que habrían sido los focos de contagio. Pues en este verano nosotros no hemos observado más que un caso de linfogranuloma en mujer y se trataba de una mujer contagiada por su marido, afecto de 4.^a enfermedad venérea; y según re-

ferencias que nos proporciona el Dr. José María PEYRÍ, tampoco él ha observado ningún caso en este período de tiempo en su visita de mujeres del Dispensario antivenéreo de Barcelona.

HISTOPATOLOGÍA

En tres apartados sucesivos estudiaremos sucintamente los caracteres histológicos. 1.º los del ganglio enfermo de linfogranuloma venéreo, 2.º los del elemento primario, y 3.º los caracteres microscópicos del pus.

1.º Si se observa al microscopio un corte fino de un ganglio enfermo de linfogranuloma inguinal, ya desde el primer momento llama la atención que se presenten zonas microscópicamente sanas al lado de otras enfermas. Esta particularidad está dada por la misma marcha de la enfermedad, que hace que en tiempos sucesivos se vayan afectando distintas porciones del ganglio, por lo que en un momento dado existen zonas en donde el cuadro histológico es mucho más avanzado que en otras.

Según GAY PRIETO, en cuya tesis doctoral están expuestas magistralmente estas cuestiones histopatológicas, existen tres formaciones para él muy características, son: los pequeños gomas, los microabscesos polimorfos, que pueden ser lenticulares, esterales y fisurarios y los focos de células epitelioides.

Los pequeños gomas están formados por un núcleo caseoso rodeado de grandes células epitelioides.

El microabsceso no es más que un pequeño goma que ha sido invadido por los polinucleares que reabsorben la sustancia caseosa. En los abscesos un poco viejos se observan grandes células multinucleares que recuerdan las células de LANGHAN del folículo tuberculoso. Finalmente, y con una situación inter e intracelular, se observan

también, los corpúsculos llamados de GAMNA por ser considerados por este autor como el parásito específico productor de la enfermedad; hoy estos corpúsculos están considerados como simples restos nucleares.

Los focos de células epitelioides tienen de particular que con gran frecuencia presentan esas grandes células multinucleadas de aspecto tuberculoide, que hicieron que los cirujanos de finales del pasado siglo refirieran estas adenitis a la tuberculosis.

En nuestras preparaciones, cuyo estudio ha sido efectuado por el doctor Carlos CARDENAL, a quien sinceramente damos las más expresivas gracias por su valiosa colaboración, se observan como elementos característicos, microabscesos, gomas y acúmulos de células epitelioides.

Los abscesos y gomas (figuras 5 y 6) están constituidos por una sustancia central caseosa totalmente ocupada por detritus celulares y en muchos sitios por polinucleares.

La pared de los gomas está formada por grandes y abundantes acúmulos de células epitelioides, entre las que se encuentra alguna célula de LANGHAN y mayor número de células multinucleadas de tipo macrofágico (figura 7); más hacia la periferia se encuentran linfocitos y escasas células plasmáticas. No hemos encontrado los corpúsculos de GAMNA.

Según ya digimos, al hablar de aspecto macroscópico de los ganglios enfermos, se encuentran casi siempre rodeados de una reacción periadenítica, que en algunos casos hace que sean difícilmente diferenciables. Microscópicamente este infiltrado de periadenitis invade toda la periferia del ganglio, asentando preferentemente en el tejido adiposo del mismo, como puede observarse en la figura 8, donde se aprecia el tejido adiposo completamente ahogado por el infiltrado que se encuentra constituido, a diferencia del anterior del ganglio,

por linfocitos, bastantes células plasmáticas y escasos fibroblastos.

Este cuadro histológico de aspecto tuberculoide, cuyo esquema acabamos de trazar, fué considerado hace algunos años como específico de linfogranulomatosis inguinal subaguda. Sin embargo, ahora se tiende a considerarlo desprovisto de valor característico, pues realmente se puede comprobar en otros muchos procesos ganglionares como lo demostró HELLERSTRÖM.

2.º El aspecto histológico de la lesión primaria (chanero linfogranulomatoso), es poco característico, y además varía según las distintas formas clínicas admitidas. De todos modos, según L. BORY existen dos formaciones que tienen un gran valor diferencial. Son una infiltración de *plasmazellen* en el dermis y la presencia de microabscesos en este plasmoma.

3.º El pus linfogranulomatoso visto al microscopio, está formado por polinucleares, linfocitos y grandes mononucleares. En él se encuentran y en posición intra y extracelular, los corpúsculos del GAMMA.

En el pus de ganglios fistulizados se encuentra también un grueso diplococo, GRAM positivo, considerado de infección secundaria por RAVAUT y CACHERA.

BIBLIOGRAFIA

1. BORY, L.—Le chancre lymphogranuloma teux. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiliographie*. Vol 26, pág. 451, año 1931.
2. BERNUCCI, F.—I caratteri clinice ed anatomici della linfogranulomatosi inguinale subacuta studiata in rapporto alle linfoadeniti inguinale subacuta di natura diversa. *Giornale Italiano di Dermatologie e Sifilologia*. Vol. 67, pág. 472, año 1926.
3. BENSUADE, R.—Les Rétrécissements du rectum. *Bulletin Médical*, año 46, n.º 24, pág. 421, junio 1932.
4. BERTACCINI, G.—Contributto alla questione della linfogranulomatosi inguinale subacuta. *Giornale Italiano di Dermatologie e Sifilologia*. Vol. 67, pág. 1179, año 1926.
5. COVISA, BEJARANO y GAY PRIETO.—Tres casos de linfogranuloma inguinal. *Actas Dermosifiliográficas*, n.º 1, pág. 26, año 1926.
6. CHEVALIER, P., MORICARD et ELY.—Maladie de Nicolas-Favre conjugale avec aspect typique de la maladie de Nicolas-Favre chez la femme. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiliographie*. Enero, pág. 182, año 1932.
7. CHEVALIER, P., et BERNARD, J.—Les variations de la virulence experimentale de la poradenite inguinale chez l'homme. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiliographie*, n.º 6, pág. 763, junio, 1932.
8. CHEVALIER, P., et BERNARD, J.—Reaction de FREI negative au cours de poradenites certaines. Ulceration vulvaire, adenopathies inguinale. Erythème noueux avec éléments pustuleux. Reaction de FREI positive. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiliographie*, n.º 6, pág. 769, junio, año 1932.
9. CAPELLI, J.—Per la conoscenza della linfogranulomatosi inguinale subacuta. *Giornale Italiano di Dermatologie Sifilologia*. Vol. 67, pág. 506, año 1926.
10. FISCHL.—Lymphogranulomatosi inguinalis, in "Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten" de Jadassohn, Vol. XVI, página 3.
11. GAY PRIETO, J. A.—Contribución al estudio de la linfogranulomatosis inguinal subaguda o úlcera venérea adenógena de NICOLAS y FAVRE. *Actas Dermosifiliográficas*, Volumen 20, pág. 122, año 1927.
12. DE GREGORIO, E.—La alergia cutánea en las enfermedades venéreas. Su comprobación, interpretación y valor diagnóstico. *Actas Dermosifiliográficas*, pág. 307, año 1931.
13. DE GREGORIO, E.—L'alergie cutanéé dans les adenopathies inguinales d'origine vénérienne. *Annales de Dermatologie et de Syphiliographie*. Junio, pág. 539, año 1932.
14. DE GREGORIO, E.—La alergia en las formas mixtas de linfogranulomatosis subaguda. *Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía*, n.º 81, pág. 467, junio 1932.
15. DE GREGORIO, E.—Documentos sobre 32 casos de linfogranuloma inguinal. *Actas Der-*

- mosifiliográficas. Mayo, pág. 481, año 1932.
16. DE GREGORIO, E.—La lymphogranulomatose inguinale subaigue et ses relations avec le syphilome ano-rectal de FOURNIER. *La Presse Medicale*, n.º 75, pág. 1.416, año 1932.
 17. GAMNA.—Sur l'etiologie de la lymphogranulomatose inguinale subaigue. *La Presse Medicale*, n.º 57, año 1924.
 18. GOUGEROT, JOYEUX, BURNIER et BLUM.—Les criteres bacteriologiques du chancre mou. Leur insufisance. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie*, pág. 350, marzo 1930.
 19. GOUGEROT.—Bubons chancrelleux chroniques. *Annales des Maladies Veneriennes*, pág. 459, año 1914.
 20. GATE, J., et MICHEL, P.—Un cas de maladie de NICOLAS-FAVRE, bilaterale avec tres grosses adenopathies iliaques et accident primitif ulcereux atipique. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie*, pág. 228, febrero, año 1929.
 21. GATE, J., CUILLERET, P., et PERRET, G.—Bubon inguinale mixte, chancrelleux et lymphogranulomateux. Intradermo-reaction positive aux deux antigenes. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n.º 3, pág. 361, año 1932.
 22. HELLERSTRÖM, SVEN.—A Contribution to the knowledge of lymphogranuloma ingunale. *Acta Dermato Venereologica*, Supplementum I, Stockholm, año 1929.
 23. HELLERSTRÖM, S.—Strumose bubonen verschiedener Actiologie. *Acta Dermato Venereologica*. Agosto, año 1932.
 24. JERSILD, O.—Les intradermo-reactions dans le chancre mou et dans la lymphogranulomatose, considerés especialment dans leurs rapports avec l'etiologie du syphilome ano-rectal. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, pág. 577, junio, año 1930.
 25. KITCHEVATZ, M.—La specificité des reactions allergiques dans la maladie de NICOLAS-FAVRE. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie*, pág. 53, año 1928.
 26. KITCHEVATZ, M.—Una reaction allergique dans la maladie de NICOLAS-FAVRE. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie*, pág. 874, año 1927.
 27. LEVADITI, RAVAUT et Mlle. SCHOEN.—Receptivité de la souris a l'égard du virus de la maladie de NICOLAS et FAVRE. *Comptes Rendus des Seances de la Société de Biologie*. V. CLX, n.º 4, pág. 285, año 1932.
 28. LOEDERICH, LEVADITI, SCHOEN et VAISMAN.—Retrecissement inflammatoire du rectum forme aberrante de la maladie de NICOLAS et FAVRE. Inoculation au signe positive. *Bulletins et Memoires de la Société Medicale des Hopitaux de Paris*. Año 48, 3.ª serie, pág. 1.072, junio 1932.
 29. NICOLAS, J., FAVRE, M., et LEBEUF, F.—L'intradermo reaction dans la lymphogranulomatose. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie*, página 751, abril 1930.
 30. NICOLAS, J., FAVRE, M., LEBEUF, F., et CHARPY, J.—Nouveau cas d'anergie a l'antigene lymphogranulomateux dans une association de maladie de NICOLAS et FAVRE et de syphilis. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie*. Enero, pág. 21, año 1932.
 31. NICOLAS, J., LEBEUF, F., et CHARPY, J.—Association de chancrelle et de lymphogranulomatose. Psoitis au cours de l'evolution du bubon. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie*. Marzo, pág. 332, año 1932.
 32. NICOLAS, J., et FAVRE, F.—Lymphogranulomatose inguinale subaigue. *La Presse Medicale*. Vol. 30, pág. 571, año 1922.
 33. NICOLAU et BANCIU, A.—Contribution à l'étude de la lymphogranulomatose ingunale. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*. Abril, pág. 332, año 1932.
 34. NICOLAU et BANCIU.—La lymphite suppurée de la verge accompagnant un bubon lymphogranulomateux. *Annales des Maladies Venèriennes*. Año 27, n.º 8, pág. 606, agosto 1932.
 35. PHYLLACTOS.—Lymphogranulomatose des ganglios inguinaux. These de Lyon, año 1922.
 36. RAVAUT, BOULIN et RABEAU.—Etude sur la poradenolymphite supurée beninne. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*. Vol. 5, pág. 463, año 1924.
 37. RAVAUT, P., et RABEAU.—L'intradermo-inoculation des lesions chancrelleuses. *Bulle-*

tin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, pág. 593, mayo, 1930.

38. RAVAUT, P., et CACHERA, R.—Bubon chancrelleux et maladie de NICOLAS-FAVRE. Recherches biologiques, cliniques et thérapeutiques. Febrero, pág. 97, a  o 1932.
39. RAVAUT, LEVADITI et MAISLER.—La valeur diagn  stique et therapeutique des injections intraveineuses du virus de la maladie de NICOLAS-FAVRE d'origine Simiene. *Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, p  g. 1262, julio 1932.
40. ZAKON, S. J.—Lymphogranulomatosis inguinalis or DURAND-NICOLAS-FAVRE, disease. *Archives of Dermatology and Syphilology*. Vol. 26, p  g. 238, agosto 1932.

RESUM

A la primera part de llur treball els autors presenten les nocions històriques de la quarta malaltia ven  ria i revisen la literatura que s'ha publicat fins ara sobre aquesta afec  i  , per a fixar el concepte actualment adm  s segons el qual és tracta d'una malaltia aut  noma, d'origen veneri, transmissible en sèrie als animals i produïda per un virus filtrant.

A continuació, i basant-se en l'experiència que els proporciona l'estudi de vint casos que han pogut observar a l'estiu de 1932, exposen l'aspecte clínic de l'adenitis limfogranulomatosa segons es tracti de formes normals, de formes anormals i de formes mixtes.

En ocupar-se de les formes normals amb porta d'entrada, insisteixen amb la poca freq  ncia del xancro limfogranulomat  s, que per a ells   s d'un 15 %, i que per altra part té manca de fisonomia característica.

Passen a estudiar detingudament un de llurs casos: una dona afectada per un xancro limfogranulomat  s de forma   lcero-gangrenosa i acompanyada d'una adenitis d'aspecte xancroide.

Després fan una exposició resumida dels caràcters histopatològics i acaben reconeixent la seva poca especificitat.

A propòsit del diagnòstic de la quarta malaltia ven  ria fan un estudi de la reacció de FREI, prova biol  gica que consideren d'un gran valor, encara que reconeixen que en rars casos, dels quals s'ocupen detalladament, perd la seva especificitat. Citen el cas d'una energia de la reacció de FREI sobreinguda amb una dona que pre-

sentava un secundarisme florit, amb poca reacció ganglionar; tot just blanquejada pel tractament específic, la reacció de FREI es feu positiva.

Finalment exposen els resultats obtinguts en practicar la reacció de FREI a quaranta prostitutes, a les quals troben un 30 % de positivitats, no explicables, ja que no presentaven ni antecedents ni cap simptoma cl  nic de quarta malaltia ven  ria.

RÉSUMÉ

Dans la première partie de son travail, les auteurs exposent quelques notions historiques sur la quatrième maladie vénérienne et ils révisent la littérature apparue jusqu'au présent sur cette maladie, pour fixer la conception actuellement admise, de que il s'agit d'une maladie autonome, d'origine vénérienne, transmise en série aux animaux et produite par un virus filtrant.

A continuation, en se basant sur l'experience obtenue dans l'étude de 20 cas observés pendant l'été de 1932, ils exposent l'aspect clinique de l'adenite lymphogranulomateuse, dans ses formes normales, anormales et mixtes.

En décrivant la forme normale, avec porte d'entrée, ils insistent sur l'infreq  ence du chancre lymphogranulomateux, lequel existe, selon eux, dans un 15 % de cas et ne présente pas, d'autre part, des caractéristiques physiognomiques.

Ils étudient en détail un de ces cas; celui d'une femme qui souffre d'un chancre lymphogranulomateux de forme ulcreuse-gangreneuse, accompagné d'une adenite d'aspect chancroide. Ils font l'exposition résumée des caractères histopathologiques, et ils terminent en admettant qu'elles sont peu spécifiques.

A propos du diagnostique de la quatrième maladie vénérienne, ils font l'étude de la réaction de FREI, une preuve biologique qu'ils considèrent de grande valeur quoiqu'ils admettent qu'en quelques cas très rares, elle n'est pas spécifique; ils citent le cas de la réaction de FREI survenue dans une femme qui présentait un secundarisme fleur  , avec une faible réaction ganglionaire; la réaction de FREI, à peine blanchie par le traitement spécifique, se fit positive.

Dernièrement, ils exposent les resultats obtenus avec la réaction de FREI en 40 prostituées; il y avait un 30 % de réactions positives qui ne pouvait pas s'expliquer, les femmes n'ayant au-

cun antécédent, ni aucun symptôme clinique de maladie vénérienne.

SUMMARY

In the first part of this work the authors set forth a few historical notions on the fourth venereal disease. They revise all the works written on the subject up to the present day in order to fix the conception, actually admitted, that it is an autonomous disease, of venereal origin, transmitted in series to animals and produced by a filtering virus.

Then, with the experience obtained in 20 cases studied during the summer of 1932, as their base, they set forth the clinical aspect of lymphogranulomatous adenitis, in its normal, abnormal and mixed forms.

Speaking of normal forms, with a view of entrance, they emphasise the infrequency of the lymphogranulomatous chancre, which they consider as present in a 15 % of cases, and as being, on the other hand, devoid of physiognomic char-

acteristics. They study in detail one of these cases; that of a woman suffering from a lymphogranulomatous chancre of ulcerous, gangrenous form, accompanied by an adenitis of chancreoid aspect. They state, in resúmen, the histopathological characteristics and conclude by admitting that they are only slightly specific.

As regards the diagnosis of the fourth venereal disease, they study the reaction of FREL, a biological test which they consider of the highest value, although they admit that in some very rare cases, which they cite, it is not specific. They give the case of FREL's reaction in a woman in an advanced secondary period, with a slight ganglionic reaction; the reaction of FREL showed manifestly positive when scarcely whitened by the specific treatment.

Lastly, they set forth the results obtained with FREL's reaction in 40 prostitutes; they obtained among the results a 30 % positive which were quite unexplainable, as the women had no antecedents, and neither did they present any clinical symptoms, of venereal disease.