

Un caso de enfermedad de Nicolás-Favre

Linlogranulomatosis inguinal subaguda (úlceras venéreas adenógenas)

El 1° de septiembre retropróximo se presentó a mi clínica el señor D. A., residente en Choluteca, de 50 años de edad, sirio, comerciante, por tres fistulas situadas en la parte entera de la región inguinal derecha, arriba del pliegue de la ingle, al nivel de los ganglios subpero-externos del triángulo de Escarpa, correspondientes a los linfáticos genitales. Presenta en la región inguinal, tres focos supurados, tres fistulas aisladas por donde se escapa abundante pus amarillo, granuloso, viscoso que mancha la curación y la ropa. Ejerciendo presión fuerte y profunda, la cantidad de pus es más abundante. El estado general es satisfactorio, no tiene fiebre, dolores reumatoides, ni fatiga general. No hay secuelas de úlceras genitales. Aparato circulatorio: normal; ap. respiratorio: normal; hígado y bazo: normal; Reg. inguinal izquierda: tres ganglios ligeramente indurados.

Historia de su enfermedad.—Por el interrogatorio retrospectivo obtenemos los datos siguientes: En el mes de junio de este año, tres días después de un coito le apareció en el prepucio una ulceración lenticular única, plana e indolora. Esta ulceración se la trataba personalmente con toques de tintura de yodo.

Después de haber hecho una L-ira a caballo, le apareció en el pliegue inguinal derecho al nivel mismo del pliegue de la ingle, una tumoración alargada en el sentido

transversal, oblicua hacia abajo y adentro, exactamente en el pliegue inguinal, aumentando de volumen hasta adquirir el tamaño de una mandarina sin manifestar ninguno de los caracteres de las supuraciones calientes: **TUMEFACCION. RUBICUNDEZ, CALOR Y DOLOR.**

Esta tumoración no le impedía dedicarse a sus quehaceres. El desarrollo de esta adenitis fue rápida. Se acompañó durante este episodio, de fiebre, malestar general, inapetencia, sin dolores reumatoides. Espontáneamente esta adenitis empezó a retroceder disminuyendo de volumen, marcándose por tres boseladuras aisladas e irregulares.

Esta vez el paciente se trasladó a Tegucigalpa y decide consultar a un médico, quien notando fluctuación en el centro de cada una de estas tres boseladuras decide incindirlos con bisturí. Se escapa un pus amarillo, viscoso, granuloso y abundante. Consulta a otro colega y este le instituye un tratamiento durante 18 días consistente en lavados de cloraceno, de agua oxigenada, drenos de gaza en cada una de las fistulas, pomadas de cloramina y aplicaciones de rayos ultra-violetas. Con este tratamiento no sintió ninguna mejoría, al contrario me dice el enfermo que la supuración le había aumentado al grado de traspasar el apósito y el pantalón. Ya he referido cómo se presentó a mi oficina. Habiéndose presentado

otra ocasión un caso semejante con el cual luché durante tres meses ensayando antisépticos y pomadas a base de Yodoformo y bálsamo del Peru, drenes de gaza, etc., etc., y en el término de este tiempo no obtuve ningún resultado satisfactorio.

El enfermo a que me refiérase retiró de mi consultorio y los meses después lo encontré, e intrigado por saber el estado en que se encontraba me refirió que ^e había curado espontáneamente, hecho no raro en esta afección.

Expongo este caso por el resultado halagador que obtuve en P] tiempo de 15 días con el tratamiento siguiente, que voy a referir.

Como tratamiento central le prescribí el *Yodo* recomendado por Ravaut, en solución llamada de Luzol. He aquí la fórmula:

Yodo 10 gramos.
Yoduro de Potasio 20 gramos.
Agua destilada _ 1000 gramos.

De esta solución, tomaba el enfermo tres cucharadas diarias en leche fría; y como tratamiento local, lavados de las fistulas con *Licor de Labarraque* al 40%, aplicaciones de aire caliente, (*locus doleuli*), a 200° durante 5 a 10 minutos y posteriormente pomada de Reclus, (modificada por Brocq). La fórmula es la siguiente:
Acido fénico nevoso... \ 1 gramos
Acido salicilico..... 1 „

Resorcina..... , 2 gramos
Alcanfor pulverizado . \ 5 gramos
Antipirina 5 „
Bálsamo del Peru 6 gramos
Vaselina 8 gramos

El resultado fue excelente por que a los quince días la supuración se taso y el proceso de cicatrización se manifestó rápidamente.

Tengo noticias del enfermo, quien me dice encontrarse perfectamente bien.

{*Diagnóstico*}.—Se trata de un caso de *linfogranulomatosis* inguinal subaguda o enfermedad de Nicolás-Favre.

Diagnóstico Clínico.—Tres órdenes de síntomas caracterizan el período inicial de la enfermedad; 1° las adenitis; 2° los trastornos del estado general; 3° la ulceración genital.

A). lo La *ulceración genital* es la base de la enfermedad; es el accidente primitivo y las adenitis la consecuencia. La úlcera adenógena sitúase en el hombre al nivel del prepucio o del glande. En nuestro paciente se inició su enfermedad poruña ulceración en el prepucio, lenticular, plana, única e indolora. La úlcera venérea adenógena presenta aspectos variables; simple eroción, herpetiforme, plana, papulosa, lenticular, nodular o cupuliforme; algunas veces pasa desapercibida. Esto se debe a que es imperceptible, poco molesta y frecuentemente cura sola.

2° *Los trastornos del estado general* son numerosos y variados. Los enfermos son fatigados; litros pierden el apetito, enflaquecen. Presentan dolores oseos artralgiás; elevación térmica: 38°, 38°. 5 etc. etc. Nuestro enfermo manifiesta categóricamente haber tenido fatiga general, inapetencia, movimiento febril, etc.

3y *Las adenitis* constituyen generalmente el síntoma inicial, ;al menos en apariencia. Situanse al nivel de la ingle a lo largo del pliegue inguinal, frecuentemente arriba de ella. Son unilaterales, raramente bilaterales. Son masas duras, poco dolorosas, que dificultan un poco la marcha y los movimientos de fuerza. Estas adeni-

tis se manifiestan por un tumor duro, voluminoso, del tamaño de un huevo, su **desarrollo** es rápido, irregular, bosalado; y son formadas por la unión de muchos ganglios. La piel es normal. La palpación es poco **dolorosa**. Un **examen completo** de los linfáticos muestra que las tumefacciones ganglionares ocupan otras regiones no correspondientes a la **ingle**. Se sienten en la fosa ilíaca del lado afectado, cadenas de **ganglios** indurados. En la ingleta opuesta, ligeramente indurados. Se encuentran también en el cuello y la región epitrodeana. En nuestro caso la **adenitis** situase al nivel de la ingleta a lo **larga** de la crural siendo indolora y unilateral. Se inició por una masa dura, **voluminosa**, del tamaño de una mandarina, irregular y bosalada desarrollándose **rápidamente**. La **piel** era normal. Presentaba tres induraciones ganglionares al nivel de pliegue inguinal **izquierdo**. **No le** dificultaban la marcha ni montara caballo y dedicábase a sus ocupaciones, etc.

B). *Periodo de estado o de, supurada*». La adenitis de la linfogranulomatosis inguinal puede retroceder lentamente sin llegar a la supuración al menos clínicamente (M. Ravaut ha encontrado en las piezas extirpadas supuraciones ganglionares). El periodo de supuración es constante y dura mucho tiempo. La piel enrojece en una pequeña superficie al nivel de la masa ganglionar. A la palpación se observa un reblandecimiento muy limitado, en cúpula con los bordes indurados; algunos días más tarde la colección se abre espontáneamente a la piel por un pequeño orificio puntiforme, por el cual se escurre una pequeña cantidad de substancia granulosa, gluante, viscosa, algunas veces como mosto de vino. Al

cabo de 48 horas, esta secreción se vuelve serosa, polvosa. Mancha la ropa. Continúa saliendo durante semanas y meses al través de un orificio cutáneo que jamás se ulcera y la piel vecina se conserva sana. Se forman muchos focos de supuración (que Ehlers les nombra con el epíteto de tislulas volcánicas). Estos **múltiples** abscesos ganglionares ocupan solamente una parte del ganglio: *son parciales*. Son independientes unos de otros, nunca se fusionan. Cuando todos estos abscesos están abiertos la ingleta adquiere el aspecto de (POMME DE ARROSOIR).— A pesar del carácter inflamatoria de la adenopatía inguinal, en esta fase, es curioso que la masa empastada y supurante no sea dolorosa; Jamás los ganglios de la fosa ilíaca supuran, ni los del cuello., ni los epitrocleanos.

En nuestro enfermo se observa todo este periodo de estado, con la **diferencia** que los abscesos ganglionares no se abrieran espontáneamente por haberse hecho la inisión de cada uno de ellos con el bisturí; pero los caracteres del pus, las tres fistulas aisladas unas de otras, el aspecto volcánico de la región, la supuración interminable durante 2 meses, julio y agosto, indoloros, la piel de la vecindad sana, el orificio de las aberturas no ulcerarse, etc., etc.

C). *Periodo de terminación o de transformación fibrosa*.

Una vez formada la fistula supuran durante mucho tiempo. Poco a poco, sin embargo, los ganglios disminuyen de volumen e insensiblemente el tejido periganglionar se infiltra y los ganglios son invadidos por tejidos de esclerosis que transforma la región de la ingleta en una masa fibrosa, muy dura, irregular, erisada de gruesos rodetes al nivel de los cuales

se perciben nodulos inflamatorios perforados ele orificios fistuloso:.

Esta **formación** luxuriante de tejido fibroso es muy característica, especial de la linfogranulomatosis inguinal. Sin embargo, la supuración concluye por **tararse**; las fistulas se cierran.

En nuestro enfermo no observamos este periodo de terminación y formación fibrosa gracias a! resultado rápido y eficaz de la terapéutica ya indicada.

Diagnóstico diferencial y etiológico.

Para hacer el diagnóstico de una adenopatía de la ingle, es necesario precisar su sitio topográfico. Si la adenopatía se desarrolla en los ganglios inguinales, es decir, en la parte superior de la base del **triángulo de Scarpa**; en este caso los ganglios tumefactos están situados al nivel mismo del pliegue de la ingle; algunas veces arriba de él, en el sentido transversal.

Si las adenopatías sitúanse al nivel de los ganglios crurales, en el área misma del triángulo de Scarpa; entonces las adenitis se **encuentran** netamente al nivel del muslo a pocos centímetros **abajo** de la arcada crural; y se caracterizan por una **tumefacción** alargada en el sentido vertical.

Estas localizaciones topográficas de los ganglios tienen un gran interés práctico. Si las adenitis sitúanse en los ganglios de la ingle, lo más corriente es que estas adenopatías- sean secundarias, n. **una** lesión local correspondientes a los linfáticos eferentes de estos ganglios inguinales. La anatomía enseña y la patología confirma que los ganglios inguinales **reciben** los linfáticos de la parte sub-umbilical do la pared abdominal, de las; nalgas, del ano y de los **órganos genitales; al contrario de los** linfáticos del miembro inferior

q' desembocan en los ganglios crurales. También ya esta demostrado que los linfáticos de los lórganos genitales exteriores, masculinos y femeninos y de la **región** anal van a los ganglios inguinales internos.

La localización de las adenopatías sobre tales grupos ganglionares, permiten orientar las investigaciones alas regiones de sus **linfáticos** eferentes. En nuestro paciente los ganglios tomados pertenecen a la región **inguinal**, del grupo interno; y la causa fue una úlcera genital, al nivel del prepucio como ya lo hemos referido anteriormente:

1° CON LA ADENTES INFLAMATORIA simple. Las adenitis inflamatorias simples son de evolución rápida, diferente ala marcha lenta y prolongada del **bubón** de nuestro paciente. Aunque **tas** adenopatías terminen por resolverse sin llegar a reblandeci el hecho más frecuente es que **supuren** pero no bajo la forma que hemos descrito en nuestro paciente, sino como los adenoflegmones fenómenos inflamatorios (rubicundez, calor, tumefacción y dolor).

2° 2° CON LAS ADENITES VENEREAS.

Hay tres especies; a) *La adenitis blenorragica*. Es poco frecuente. Siempre sucede a infecciones, secundarias del glande por balanitis. Nuestro enfermo no adolece de blenorragia aguda ni crónica. No tiene escurri miento uretral. b) LA ADENITES CHANCROSA. El bubón chancroso ofrece caracteres muy diferentes a la adenitis de nuestro caso; supuran en masa y abundante; mientras que en el enfermo a que nos referimos las supuraciones son localizadas "independientes las unas de las otras. Son tres fistulas rodeadas de piel sana. La adenitis, chancrosa, una

vez abierta, presenta sus bordes cortados a pico y ulcerados. El bubón toma todos los caracteres de un chancro blando autónomo; *el bubón se chancrisa.*

En cambio en nuestro enfermo hay tres fistulas abiertas de-de hace dos meses, sin que la piel de la vecindad se ulcere, etc.

c) *La adenitis sifilíticas.*—Estas son consecutivas al chancro indurado que jamás supura. Las adenopatías están constituidas, no por un ganglio sino por una pléyade ganglionar, representada por ganglios indoloros y pequeños, en los cuales, uno es mas voluminoso llamado por Ricord "el prefecto de la ingle". Nuestro enfermo está lejos de presentar este cuadro, además, olvidaba decir, que en Choluteca se le inyectó la serie de Neosalvarsán sin resultado visible sobre su afección.

d) *La sífilis terciaria.*— Contrariamente, a las adenitis secundarias sifilíticas del periodo primario y secundario, éstas pueden llegar al resblandecimiento, a la fistulización, a la ulceración de las partes afectadas.

Revisten el tipo *escrofuloide*; pero estas adenopatías son raras en la ingle; su sitio de predilección son las regiones cervicales laterales y sub-maxilares; invaden la piel sobre una ancha superficie y en todo su espesor; dan lugar a ulceraciones múltiples de bordes netos, tallados a pico poniendo a descubierto los músculos y los planos subyacentes. ¡Qué diferente el caso que presentamos!

e) *Adenitis tuberculosa.*— Por la cronicidad de la afección, el ataque riel estado general, es enflaquecimiento marcado, las febrículas de 38° grados, etc. Sin embargo la ingle, no es como en el cuello su sitio de predilección; la tuberculosis es multiganglionar y

no monoganglionar. En nuestro enfermo no hay ningún antecedente tuberculoso probado; el aparato respiratorio es normal. El examen completo del pulmón y pleuras no permite descubrir ningún signo sospechoso. Nuestro enfermo no ha enflaquecido, no ha disminuido de peso, no acusa febrícula vesperal, etc., etc.

D) LA ADENITIS CANCEROSA,

a) *Adenitis cancerosa primitiva.* Está representada en la ingle por los *linfadenomas y los linfosarcomas.* Estos tumores ganglionares son más voluminosos que las masas inguinales de la linfogranulomatosis inguinal. Son duros, bese-lados, indoloros y sin adherencias a la piel. Son de marcha rápida. Todos estos síntomas están muy lejos de concordar con nuestra enfermo.

b) *Las adenitis cancerosas secundarias.* Se presentan en un cáncer de la verga, del escroto o del ano o por un cáncer melánico del pie, sobre el cual Tillaux llama la atención. Nuestro enfermo no adolece de cáncer primitivo de las regiones ano-genitales y no tiene nevi en la planta del pie,

e) *Enfermedad de la sangre, de una leucemia o linfogranulomatosis maligna de Paltanf y Sternberg*

o enfermedad de Hodgkin. - Las adenitis de la leucemia nunca supuran, el estado de anemia acentuado, adenopatías generalizadas, de la espleno-megalia, la hepatomegalia, el prurito, etc., etc. Este cuadro no corresponde a nuestro paciente.

La linfogranulomatosis inguinal sub-aguda o enfermedad de Nicolás-Favre o ULCERA VENEREA ADENOGENA O PARADENOFILIA SUPURADA BENIGNA O FORMA SEPTICEMICA de Ravaut no es una enfermedad nueva.

Chassaignac desde 1859, Velpeau en 1865, y Nelaton en 1890 en una lección clínica y en la tesis de su alumno L. Hardy la han señalado. Nelaton y Hardy han insistido sobre la importancia de tino de los caracteres de estas adenopatías: **la formación de abscesos intraganglionares.**

De 1894 a 1909 Brault (de Argelia) se dedicó al estudio de esta adenitis y la clasifica en el grupo del *bubón climático* y actualmente están consignados corno una misma **afección.**

En 1901 Marión y Gandy y hacen una excelente descripción de esta afección; pero **estos autores** se equivocan explicándose esta enfermedad como una **manifestación** tuberculosa en razón de la presencia de células gigantes en los ganglios, células gigantes que se **consideraban** como específicas de la tuberculosis.

Indudablemente es a M. M. Nicolás. Durand y Favre a quien corresponde el mérito de haber **aislado este grupo;** enfermedad a la cual *fe* le ha dado el nombre de linfogranulomatosis inguinal subaguda a focos intraganglionares en razón de los de la otra enfermedad totalmente diferente la linfogranulomatosis maligna de Paltauf y Sternberg o enfermedad de Hodgkin. Más tarde Lejars se interesa por los *bubones estrumosos* de

la ingle y parece que después de leer sus escritos se trata de la misma afección.

Etiología.—La **enfermedad** de Nicolás-Favre parece ser de origen venéreo, es una enfermedad del **adulto.** SE pueden observar localizaciones **extragenitales,** Ravaut ha publicado tres casos de adenitis cervicales. Nicolás ha visto una **inoculación accidental** en el **dedo.** El agente patógeno de la enfermedad es **desconocido.** Favre ha encontrado muchas veces un agente de **la familia de los actinomicetos y de los coriobacterias** Nicolás no ha podido **reproducir** la enfermedad en el hombre y el animal; pero él ha observado en un cirujano **una** inoculación en dedo. Darié y Duppros han obtenido dos veces sobre cuatro iritis en el conejo. Ravaut dice haber encontrado amebas histolíticas en el pus ganglionar y de allí que él recomiende las inyecciones de emetina en esta afección. Cuando era interno del 8º Servicio de **Medicina** del Hospital Rosales investigué en varios casos **la ameba** histolítica en el pus ríe varios **individuos** hospitalizados y nunca encontré la ameba.

Recomiendo se ensaye el tratamiento que he seguido en este enfermo, rogándose a los colegas los publiquen ya sean éxitos o fracasos obtenidos en ellos.

SAMUEL MOLINA GÓMEZ.