

la medicina aragonesa

PUBLICACIÓN MÉDICA MENSUAL



ADMINISTRACIÓN: COSO, 58, 1.º



EPIVOMIN SANAVIDA

Reconocido por los Sres. médicos que lo ensayaron como
el más eficaz de los **ANTIEPILEPTICOS**

(vómitos del embarazo-insomnios-tic-coqueluche)

Fórmula: Sales calc. (clor. calc.)-brom. potas.-ac. feniletilbarb.
Entusiásticos informes médicos españoles y alemanes

Muestras y literatura: LABORATORIO SANAVIDA - Apartado núm. 227 - Sevilla



**DISPONIBLE
EN MESES ALTERNOS**

la medicina aragonesa

REVISTA MENSUAL DEL MÉDICO PRÁCTICO

ADMINISTRACIÓN: COSO, NÚM. 58, 1.º

DIRECTOR:

Dr. José Lorente Laventana

REDACTOR JEFE:

Doctor José Almarza

Corresponsal en Madrid: D. LUIS CODERQUE AMORÓS

REDACTORES

DRA. DIEGO ROSEL, DR. ECHEVERRÍA, DR. MACHETTI, DR. MIDÓN ANDÍA,
DR. PAMPLONA, DR. SANCHO CASTELLANOS, DR. SORIANO,
DR. VAL-CARRERES ORTIZ.

COLABORADORES

DR. ALVIRA: De la Facultad de Medicina. De la Beneficencia provincial.

DR. AZNAR: Académico. De la Facultad de Medicina. De la Beneficencia provincial.

DR. BASTERO: Catedrático de Medicina.

DR. DE GREGORIO: Académico. Médico del Dispensario Antivenéreo.

DR. FERNÁNDEZ GARCÍA: De la Beneficencia provincial. De la Beneficencia municipal.

DR. GARCÍA BERSABÉ: De la Beneficencia municipal.

DR. GOTA: Director del Laboratorio municipal bacteriológico.

DR. ÍÑIGO: Académico. Cirujano.

DR. JORDANA: De la Beneficencia municipal.

DR. LÓPEZ BUERA: Especialista del aparato respiratorio.

DR. LORENTE SANZ: Catedrático de Medicina.

DR. NOAILLES: De la Beneficencia provincial.

DR. OLIVER: Académico. De la Facultad de Medicina. Subdelegado de Medicina.

DR. PALOMAR: Académico. De la Facultad de Medicina y de la Beneficencia provincial.

DR. ROYO - VILLANOVA MORALES, Catedrático de Medicina.

DR. VIDAURRETA: Del Dispensario de la Cruz Roja. Cirujano.

Sumario: **Sección práctica:** *Contribución al estudio de la linfogranulomatosis inguinal subaguda*, por el Dr. Eduardo de Gregorio (conclusión). = *¿Rinomancia?*, por el Dr. Salvador Gracia. = **Congresos, Academias, Conferencias:** XIV Congreso Internacional de Hidrología, Climatología y Geología Médicas.



Precio de suscripción, 12 pesetas

DISPENSARIO OFICIAL ANTIVENEREÓ DE ZARAGOZA

Servicio del DR. DE GREGORIO

Contribución al estudio de la linfogranulomatosis inguinal subaguda (ENFERMEDAD DE NICOLAS-FAVRE)

POR EL DOCTOR

EDUARDO DE GREGORIO

Médico de la Profilaxis Antivenérea

(CONCLUSIÓN)

Se han utilizado diversos animales; en el cobayo son negativas las infoculaciones realizadas por Favre, Nicolas, Phylactos, Cappelli, Bory, Frey, Tommasi y otros. Gastinel y Reilly (73) y Prado Castillo (74) inoculan el pus y fragmentos de ganglios por vía subcutánea, intramuscular, intraperitoneal y cerebral a monos, perros, gatos, conejos y cobayas siempre con resultados negativos.

Por el contrario, otros obtienen resultados positivos; Darré Dumas (75) inoculara dos gotas de pus en la cámara anterior del ojo del conejo, en el que se producen lesiones transmisibles por nueva inoculación a otros conejos; Cappelli (76), en las inoculaciones realizadas en la córnea del conejo, produce una queratitis herpetiforme, a la que no concede ninguna importancia por curar espontáneamente; De Bella (77), en un caso, consigue transmitir la enfermedad al cobaya y los ganglios de éste presentan alteraciones histológicas idénticas a los de los ganglios humanos.

Gay realiza inoculaciones en el cobayo con pus de adenopatías supuradas y con trozos de ganglios linfogranulomatosos; en cinco inoculaciones observa, pasados cuatro o cinco días, la producción de un nódulo de consistencia fibrosa, el que al octavo día de existencia se ulce-

“Ceregumil” Fernández

ALIMENTO COMPLETO VEGETARIANO

Insustituible en las intolerancias gástricas y afecciones intestinales.

FERNÁNDEZ & CANIVELL - MÁLAGA

raba en su centro, considerado como un chancro de inoculación, en cuya superficie por examen directo no comprueba ningún germen, y las siembras en diversos medios son estériles. De estos animales, en unos la lesión de inoculación cura espontáneamente, uno muere a los ocho días de inoculado, sus ganglios son inoculados a otros animales, y uno de ellos muere también a los ocho días con la producción de un chancro de inoculación. Los ganglios de los animales muertos y de los supervivientes presentan lesiones histológicas discretas, pero parecidas y comparables a las que presentan los ganglios humanos.

Beard (78), y Virgilio (79), han obtenido también lesiones ganglionares en las inoculaciones realizadas en el cobaya, parecidas a las del hombre; Gamma consigue transmitir en serie la enfermedad en el animal hasta el tercer pase, comprobando la existencia de protozoarios y alteraciones ganglionares constantes.

Montematini (80) cultiva un conigacterium procedente de los ganglios con el que obtiene intradermorreacciones positivas.

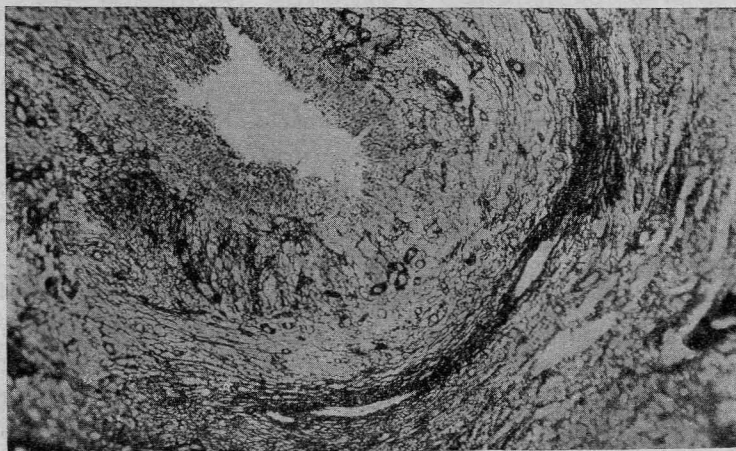
Ravaut inoculara cobayas y en alguna ocasión obtiene reacciones ganglionares que retroceden espontáneamente con la producción de un nódulo fibroso en el punto de inoculación.

Los estudios experimentales de Gay son controlados por Nicolas, Lebeuf y Rousset (81) con opuestos resultados. Estos autores obtienen en el cobayo, mediante la inoculación de fragmentos ganglionares enfermos, lesiones ulcerosas del mismo aspecto que el chancro de inoculación de Gay que califican y consideran como un pseudo-chancro, como una simple escara de eliminación, la que igualmente obtienen inoculando cualquier tejido normal, como músculo, piel, etc. También obtienen ligeras reacciones ganglionares, sea cualquiera el tejido inoculado, pero jamás comprueban alteraciones histológicas ganglionares, como tampoco en los casos en que el tejido inoculado era ganglio linfogranulomatoso.

Nuestros resultados no son idénticos a los obtenidos por Gay; en una ocasión que realizamos inoculaciones con tejido ganglionar, se produce un nódulo que se ulcera más tarde, y en ingule correspondiente del animal se hiperplasia un ganglio, en el que no comprobamos ninguna lesión histológica. En los animales inoculados con pus de las adenopatías se produce en algunos de ellos ligeras hiperplasias ganglionares sin lesión en el punto de inoculación, las que perduraron algunos meses para retroceder espontáneamente. Un estudio histológico de estos ganglios muestra una textura normal que hace que en colaboración del doc-

tor Muniesa publiquemos nuestros resultados, considerando que la enfermedad no es inoculable al cobaya.

Posteriormente realizamos nuevas inoculaciones en la cara interna de la pata del animal; conseguimos hiperplasias ganglionares, en cuyos ganglios comprobamos alteraciones histológicas discretas, con un infiltrado de células de tipo cianófilo y fibroblastos, células epiteloides y algunos macrófagos con restos celulares, como se comprueba en los ganglios humanos. Las lesiones no son tan acentuadas como en el hombre, es decir, no se comprueban claros gomas linfogranulomatosos y abscesos estelares, posiblemente porque el animal no es muy receptivo



Ganglio humano. Absceso estelar.

a la enfermedad, en el que los ganglios infectados retroceden espontáneamente, antes de producirse acentuadas alteraciones.

Recientemente Levaditi, Pinard y Robert (82) producen en el mono una meningoencefalitis por inoculación intracerebral con exudado ganglionar, la que según Ravaut no permite afirmar la inoculabilidad de la enfermedad, y precisa, por lo tanto, nuevas demostraciones.

Hellerstrom y Wassen (83), en agosto de 1930, demuestran que la inoculación intracerebral de jugo ganglionar produce en el *Macacus Cynomolgus* una meningoencefalitis mortal y transmisible en serie. Levaditi, Ravaut, Lepine y Mlle. Schoen (84), realizan inoculaciones intracerebrales en *Macacus Cynomolgus* y otros parecidos con resultados positivos; de sus estudios experimentales, concluyen que los ganglios inguinales de ciertos bubones venéreos, con el aspecto clínico de los de

linfogranulomatosis inguinal, contienen un virus filtrable e invisible, patógeno para los citados animales, el que se destruye por la glicerina y se conserva en el tejido cerebral a la temperatura de congelación. Inoculado por vía intracerebral, produce en los monos una meningo-encefalitis mortal, acompañada de linfomas perivasculares menígeos y en ocasiones una enfermedad virulenta sin síntomas clínicos.

Resultados parecidos con inoculaciones positivas son también obtenidos por Kleeberg (85), y lo mismo que Hellerstrom, obtiene intradermorreacciones positivas en enfermos de linfogranulomatosis con antígenos preparados de líquido céfalorraquídeo, meninges y cerebro.

Los resultados obtenidos con el fin de aclarar la etiología de esta enfermedad, hace que algunos autores no la consideren como una entidad morbosa independiente, sino como un síndrome ganglionar de etiología diversa, el que evoluciona sobre un terreno preparado por causas y enfermedades todavía no bien determinadas. Para Bernucci (86), no hay datos clínicos anatomopatológicos ni patológicos que permitan hacer un diagnóstico de linfogranulomatosis subaguda, y admite la existencia de formas de transición entre una linfadenitis subaguda estreptobacilar y la clásica linfogranulomatosis. Tommasi, por encontrar gonococos en los enfermos, considera puede suceder que la dicha enfermedad sea un síndrome motivado por causas diferentes y por diversas irritaciones toxiinfecciosas. Para Violato (87), en el parenquima ganglionar existe una locus minoris resistente por el que diversos microorganismos hasta con virulencia atenuada pueden producir alteraciones histológicas características de una inflamación crónica.

Para Covisa, Bejarano y Gay es considerada como una tuberculide ganglionar en algunos de los casos, y para Milian (88) es solamente una afección chancrosa atenuada por un chancro blando volante de la zona genital.

Por el contrario, para otros muchos autores, principalmente para Nicolas y Favre, es una enfermedad especial, específica, autónoma, bien caracterizada clínicamente y anatomopatológicamente. Se presenta en personas adultas en la época de actividad sexual, más frecuentemente en el hombre que en la mujer; su origen es claramente venéreo, y su puerta de entrada en la zona genital con microchancro—chancro linfogranulomatoso—, lesiones de balanopostitis o una simple uretritis.

Considerado, en un principio, diferente del bubón climático, hoy está perfectamente demostrado se trata de una misma enfermedad que se padece en todas las regiones meridionales, países fríos y cálidos.

En fecha reciente, Meyer, Rosenfeld y Anders (88 bis) prueban de forma clara la transmisión de la enfermedad al cobaya con la producción de una verdadera septicemia y metástasis viscerales. Últimamente Levaditi, Ravaut, Lepine y Schoen (88 tri) consiguen la transmisión al mono, en el que constantemente y en pases sucesivos del animal se produce una meningoencefalitis mortal motivada por un virus filtrable productor de la enfermedad de Nicolas-Favre.

DIAGNOSTICO

Este debemos establecerlo por el estudio atento del modo de comenzar la enfermedad, frecuentemente acompañada de manifestaciones de carácter general y sin lesión genital apreciable, por la evolución de las adenopatías, su forma de comienzo y terminación. Es preciso estudiar atentamente las modificaciones de la fórmula leucocitaria, aumento de volumen del bazo, generalización de las adenopatías en la región iliaca, positividades transitorias de la reacción de Wasserman y otras de uso corriente, y por fin la alergia cutánea. La localización inguinal de dicha enfermedad con manifestaciones ganglionares y su puerta de entrada en la zona genital exige en primer lugar un diagnóstico diferencial con las enfermedades de origen claramente venéreo.

El chancro linfogranulomatoso se diferenciará fácilmente de un chancro venéreo o sífilítico por la fácil demostración del bacilo de Ducrey en uno y del treponema en otro; el herpes simple se diferenciará por su evolución, curación rápida y falta de posteriores lesiones ganglionares. Una uretritis como puerta de entrada rápidamente se diferenciará de una blenorragia por su examen microscópico.

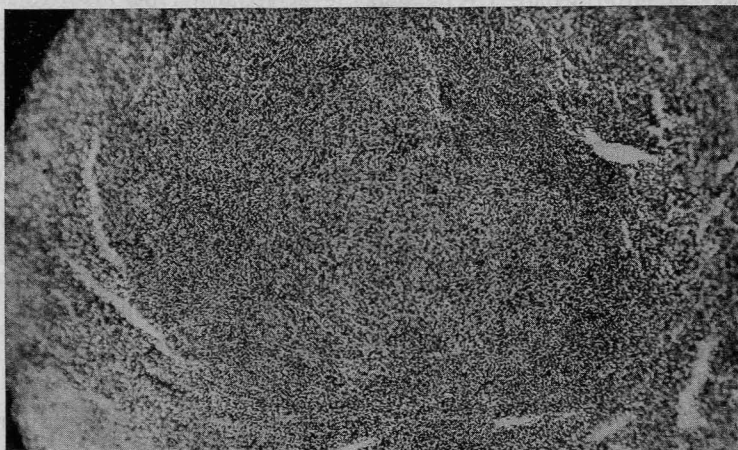
La estructura histológica en los casos en que se pueda estudiar y por otra parte el resultado negativo de todas las investigaciones bacteriológicas, su falta de autoinoculabilidad, son datos que también permiten realizar un diagnóstico diferencial.

* * *

Toda adenopatía exige en primer lugar diferenciarla de un bubón venéreo. La presentación y comienzo de éste va precedida y acompañada en la mayoría de los casos de un chancro blando, el que nos facilita extraordinariamente el diagnóstico, su aparición es precoz a los pocos

días de presentado el chancro, dentro de las tres primeras semanas o después de cicatrizado éste.

El comienzo del bubón es rápido, con dolor vivo en la región inguinal; aumenta rápidamente de tamaño con reacción periaenítica e invasión de varios ganglios, formando en ocasiones una verdadera tumoración inguinal. Más tarde supura, al principio por múltiples accesos, para concluir en uno común; rápidamente se reblandece todo el ganglio atacado para ser expulsado en masa su contenido. Según su evolución, una vez abierto, los dividían los autores antiguos en virulentos o avirulentos, los primeros se chancrificaban posteriormente; hoy son considerados como virulentos la mayoría de ellos, y producidos por el paso



Ganglio humano. Coma linfogranulomatoso.

del bacilo de Ducrey por vía linfática, aunque se concede cierta importancia a los gérmenes piógenos de asociación.

Al lado de esta forma evolutiva fácil de diferenciar, existen otras de distinta evolución, clínicamente próximas a la linfogranulomatosis inguinal y aquellos otros en los que no existe la puerta de entrada o si existió pasó desapercibida. Audry ya describió un bubón chancroso crónico con supuración normal, y más tarde Geugerot (89) unos casos diagnosticados bacteriológicamente, de los que distingue las siguientes formas: crónica indurada, fría, no fistulosa, ni ulcerada, de aspecto tuberculoide, fistulosa crónica, fibrosa elefantásica, y ulcerosa y fagedénica. Este mismo autor, en colaboración de Blum (90), estudia unos casos en los que después de tres meses de curado el bubón existe una

recidiva de comienzo agudo y rápido que denominan adenoflemon agudo chancroso, producido por el bacilo de Ducrey, que resiste en los ganglios como saprofito, sensibiliza al organismo, y al adquirir nueva virulencia produce un bubón flemonoso.

Las formas anormales de evolución crónica son puestas en duda principalmente por Favre y Phylactos y consideradas como linfogranulomatosis.

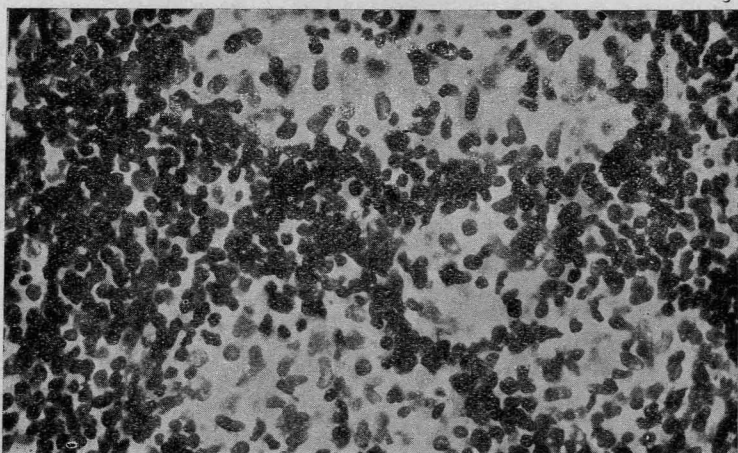
Es necesario hacer notar que cuando fueron descritos los primeros casos por Audry no se conocía todavía la enfermedad de Nicolas Favre, y en cuanto a los estudiados por Geugerot, excepto la forma ulcerosa serpingonosa, deben ser admitidos con reserva, pues el diagnóstico se realizó microscópicamente, y por lo tanto, los gérmenes demostrados no fueron debidamente identificados y fácilmente pudieron ser erróneamente interpretados. Estas formas crónicas exigen un estudio más atento para poder agruparlas o separarlas de la enfermedad de que nos ocupamos.

Existen formas escasamente agudas de bubón venéreo con evolución más tórpida y aquellas otras que después de aparentemente curados, unos días más tarde se infectan, reblandecen y supuran después, pero no adoptan clínicamente la fisonomía de la linfogranulomatosis, son recidivas chancrosas que no precisan largo tiempo para llegar a su curación.

Por otra parte, existen bubones chancrosos sin puerta de entrada visible, como los publicados por Geugerot (91), Milian (92) y Pellegrin (93), que dificultan en ocasiones el establecer un diagnóstico exacto.

Todas estas formas de bubones venéreos, que se apartan en su evolución del tipo clínico de todos conocido, exigen en su diagnóstico diferencial el estudio de datos microscópicos, bacteriológicos y biológicos. Microscópicamente, se demuestra en el pus, restos filamentosos, granulados y elementos celulares, múltiples de éstos, unos no diferenciados por degenerados; abundantes leucocitos polinucleares y escasos mononucleares. La demostración directa del bacilo de Ducrey, es negativa, generalmente se precisa una autoinoculación de la lesión genital si existe, y, en caso contrario, del bubón. Esta inoculación en gran número de ocasiones si utilizamos el pus es negativa, principalmente al ser realizada por escarificación, por lo que Ravaut y Rabeau (94) hacen la inoculación por vía intradérmica, con cuyo proceder demuestran en mayor número de casos la existencia del bacilo no demostrable por los restan-

tes procedimientos, bien probado en el caso publicado en colaboración de Rabeau y Hesse (95); Ravaut (96) insiste de nuevo sobre esta técnica muy superior a la inoculación por escarificación de la que se ocupa también Hellerstrom (97); Ravaut y sus colaboradores demuestran la existencia de portadores de gérmenes sin lesión aparente (98 y 99). Será preciso en ocasiones recurrir al cultivo del germen para demostrar su existencia mediante cultivos apropiados para su desarrollo, como los de Bezancon, Griffon y Leseurd (100), Hobabou-Sala (101), Durand (102) y Nicolau y Banciau (103), cuyos resultados negativos e infructuosas inoculaciones serán datos en contra de un bubón venéreo y en favor de una linfogranulomatosis inguinal subaguda.



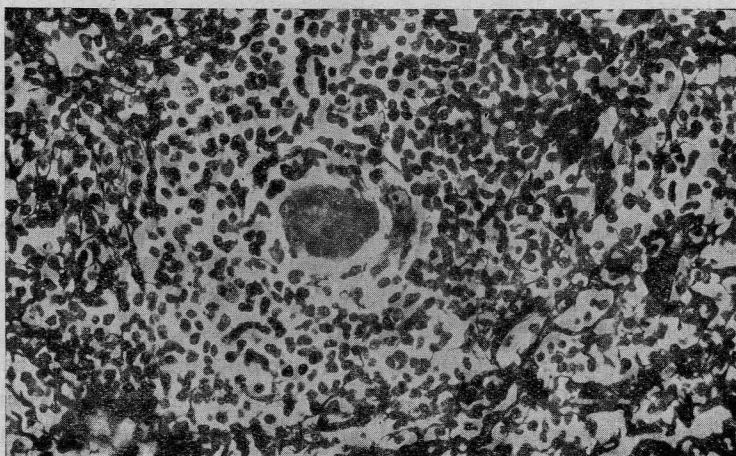
Infiltrado celular; múltiples células epiteloideas.

La intradermorreacción de Ito-Reenstierna con vacuna D'Melcos, estreptobacilina de Rivalier y Ducreína de Nicolau, debe utilizarse por ser una reacción específica en bubones venéreos en los que la mayor parte de las veces, por no decir siempre, es positiva, como claramente han demostrado Rivalier (104), Nicolas y Lacassagne (105), Nicolau y Banciau (106), Cascio Rocca (107), Lortat-Jacob, Poumeau y Brosse (108), Hudelo y Garnier (109), Covisa y Gay (110), Venturi (111), nosotros y otros múltiples autores que han estudiado la alergia cutánea en el chancre y bubón venéreo.

La reacción de fijación de complemento no ha entrado todavía en la práctica, posiblemente por dificultades en la preparación del antígeno, pero es preciso apuntar que tiene un valor específico cierto. Esta

reacción primeramente estudiada por Ito, Müller, Stein, Miravent y Quinga con resultados infructuosos, es utilizada después por Rivalier (112) el que demostró con su estreptobacilina como antígeno un resultado positivo en cincuenta y tres enfermos y cincuenta y seis estudiados, y Nicolau y Banciu (113) con su Ducreína y antígeno bacilar obtiene en bubones venéreos el 85,3 por 100 de resultados positivos. Uno y otros autores demuestran la existencia de reacciones positivas después de algún tiempo de curados los enfermos y mayor número de positividades en chancros complicados de bubones.

Son de gran valor en el diagnóstico diferencial los trabajos de Ra-



Infiltrado celular. Típica célula gigante.

vaut, Rivalier y Cachera al probar la existencia de anticuerpos en el suero de bubones venéreos mediante la reacción de fijación de complemento, los que aumentan con inyecciones intravenosas e intramusculares de vacuna D'melcos, mientras en la linfogranulomatosis inguinal no existen dichos anticuerpos chancrosos y solamente se producen escasamente y de forma pasajera mediante inyecciones intravenosas de vacuna.

La reacción de Wasserman y otras utilizadas, pasajeramente positivas en la linfogranulomatosis inguinal, pueden ser igualmente positivas en el bubón venéreo, las que se negativan espontáneamente, como han demostrado en esta segunda afección Bory (114), Pautrier (115) y por otra parte, en época reciente, Vilanova (116) demuestra en los en-

fermos tratados con vacuna D'mello's reacciones de Meinicke fuertemente positivas sin infección sifilítica.

Dichas reacciones, como naturalmente se comprende, no tienen valor alguno en el diagnóstico diferencial de estas dos afecciones.

La fórmula leucocitaria tiene valor diagnóstico diferencial en los bubones venéreos; los polinucleares neutrófilos son generalmente normales y en ocasiones aumentados considerablemente, lo contrario de la linfogranulomatosis, en la que están en menor número, y por otra parte en ésta existe una mononucleosis más o menos acentuada, la que generalmente falta en las adenopatías chancrosas.

* * *

En algunas ocasiones observamos formas de linfogranulomatosis que comienzan con adenopatías de tipo sifiloideo, y pueden precisar un diagnóstico diferencial con las adenopatías satélites del chancro sifilítico; en estos casos debemos buscar e investigar los treponemas en la lesión genital fácilmente comprobables si las investigaciones las realizamos con técnica correcta y en momento oportuno. En una y otra enfermedad puede faltar la lesión genital inicial, frecuentemente en la linfogranulomatosis y rara vez en la sífilis; estos casos, denominados por Audry (117) sífilis criptocarcínicas, de comienzo ganglionar, estudiadas por Morell (118), Gougerot (119), Bary (120), Cozanet (121), Gougerot y Garnier (122) y otros, complican el diagnóstico y exigen en primer lugar la demostración de los treponemas en jugo ganglionar, que aunque en ocasiones el resultado sea infructuoso, en gran parte de los casos, como prueba Gougerot (123), aclara la naturaleza de la enfermedad.

Jerez Quina LA ENFERMERA

es el aperitivo más selecto y de mayor garantía.

≡ LUKOSAL ≡

Sales frutales efervescentes.

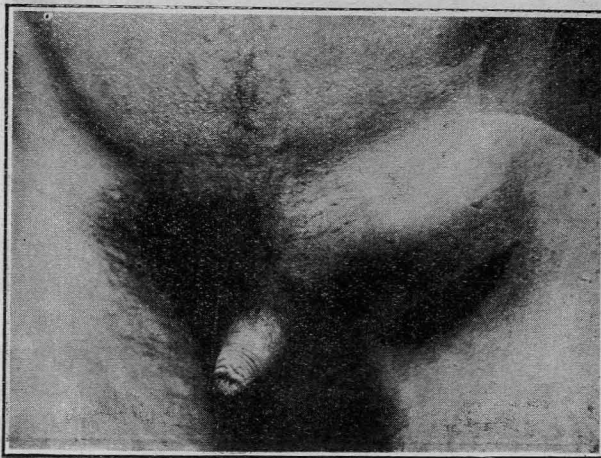
Producto español.

Especialidades de

Laboratorios LUKOL, S. A. - Jerez de la Frontera

Las adenopatías primarias sifilíticas no siempre son afegmáticas, no dolorosas, rodadizas, de consistencia dura y no supurantes; existen formas anormales que se reblandecen y supuran, las que precisan, por lo tanto, un diagnóstico exacto, pues generalmente en estos casos no se piensa con facilidad en una infección sifilítica. El diagnóstico se complica cuando en estos casos no existe lesión inicial o chancro y el bubón es supurado como el estudiado por Maurín (124) en su tesis, en el que se confirma el diagnóstico después de fracasadas todas las investigaciones bacteriológicas por la presentación de una roseola.

La sífilis ganglionar terciaria con adenopatías supuradas por su fisiología y evolución tórpida hay que diferenciarla de la linfogranuloma-

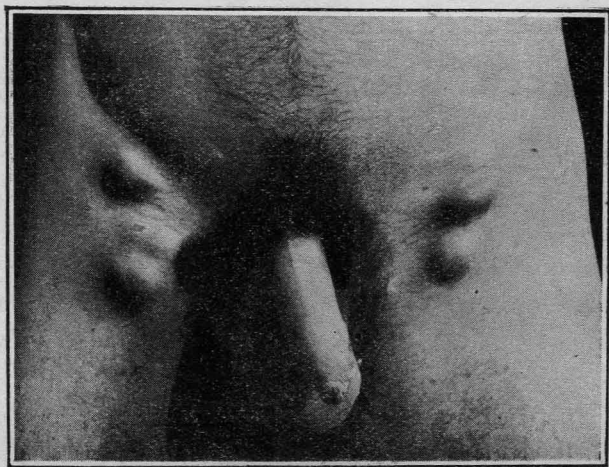


Obs. VIII.—Ficha clínica núm. 758.

tosis, como prueban los casos de Milian (125), Gougerot y Da Silva (126), Chevallier (127), Jeanselme (128). Estos linfomas gomosos son de comienzo generalmente monoganglionar con la aparición de un nódulo subcutáneo no doloroso y movable, el que más tarde se adhiere a planos profundos, abriéndose finalmente al exterior. Su evolución es tórpida con supuración constante, atenuaciones y reactivaciones espontáneas, acompañado de buen estado general del enfermo con escasas molestias funcionales.

Ante un diagnóstico de esta naturaleza, es de gran importancia una atenta investigación serológica, pues la biopsia y su estudio histológico no nos permite decidir; solamente existen lesiones que demuestran una inflamación crónica que, como es natural, puede ser producida por di-

versas causas. La interpretación de la serología será diferente, según pretendamos diferenciar una adenopatía sifilítica primaria o terciaria. Como ya hemos indicado anteriormente, en la enfermedad de Nicolás-Favre pueden ser positivas las reacciones utilizadas, pero no son todas de igual intensidad, como sucede en la sífilis reciente, si la investigación es realizada en época conveniente. Será de gran interés el conocer si existen antecedentes de una infección sifilítica ya tratada, pues en este caso esta desigualdad de positivities carecerá de valor, y sólo representaría el resultado obtenido con el tratamiento realizado. Ante casos de linfomas gomosos o sífilis tardías ganglionares, la serología tiene



Obs. VIII.—Ficha clínica núm. 765.

menos valor diagnóstico diferencial; en estos casos puede ser negativa, como en los estudiados por Bejarano (129), y por el contrario, si es positiva puede sólo demostrar que la afección ganglionar radica en un sujeto sifilítico.

El resultado obtenido con el tratamiento resolverá rápidamente nuestras dudas en los casos de sífilis ganglionares precoces, y en los casos de afecciones tardías, aunque cabe la posibilidad de que mejoren las lesiones ganglionares sin ser específicas por asentar en un terreno sifilítico, pero generalmente, como demuestra Bejarano, se establece claramente el diagnóstico.

Lo mismo sifilíticas que venéreas, pueden existir formas mixtas asociadas a la linfogranulomatosis inguinal. El contagio puede realizarse

al mismo tiempo, y ser un chancro sifilítico o venéreo la puerta de entrada de la linfogranulomatosis, y también una y otra afección puede haber sido adquirida en el momento que nosotros observamos la infección sobreañadida con síntomas de comienzo. Estos enfermos exigen un estudio atento para diagnosticar por un lado su infección, eliminando los síntomas dependientes de la otra enfermedad adquirida con anterioridad.

Nosotros hemos tenido ocasión de estudiar dos casos (observaciones 15 y 21), que presentan ante nosotros un chancro venéreo con invasión ganglionar, infección sobreañadida a una linfogranulomatosis sufrida con anterioridad, de la que existían todavía manifestaciones ganglionares, y un caso (obs. 22) de linfogranulomatosis padecida desde algún tiempo, de la que restan adenopatías de tipo sifiloideo, el que se presenta ante nosotros con un chancro genital y una serología fuertemente positiva por su infección sifilítica.

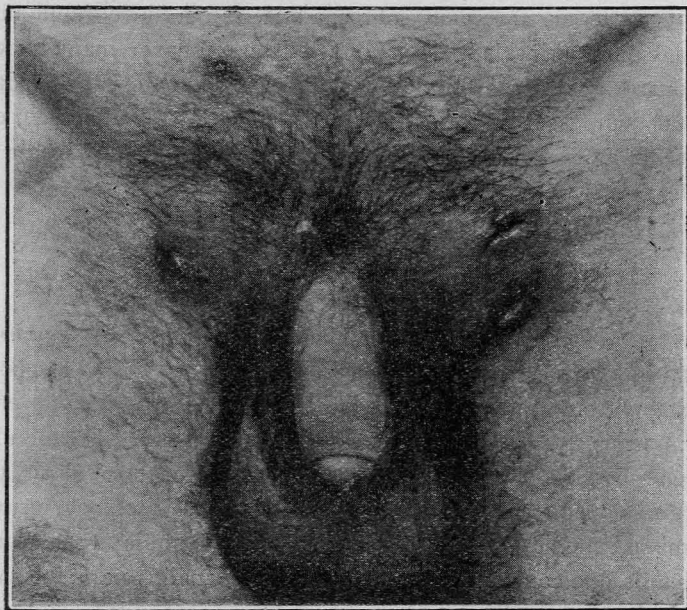
* * *

Las adenopatías tuberculosas, por su evolución crónica y tórpida, precisan un diagnóstico diferencial. Su localización inguinal es poco frecuente, representan infecciones bacilares por una lesión genital en actividad, pueden ser el resultado de la tuberculización de una adenitis banal que preparó el terreno para el desarrollo de la tuberculosis, o pueden ser adenopatías tuberculosas por una infección ganglionar primitiva. Su comienzo mono o poliganglionar va acompañado de una reacción de periadenitis que conglomera y agrupa varios ganglios para formar una masa o plastron ganglionar adherido a planos profundos y piel envolvente. Los ganglios se reblandecen y supuran abriéndose al exterior, la piel ulcerada se fistuliza, por la que se eliminan restos ganglionares caseificados y pus no trabado de aspecto filante. Las fístulas son de bordes despegados irregulares, sin tendencia a cicatrizar y persistiendo largo tiempo.

Estas adenopatías tuberculosas, en ocasiones, tienen escasa tendencia hacia la caseificación, aumentan lentamente de tamaño, alcanzan a veces el volumen de un huevo de paloma y retroceden de forma espontánea con oscilaciones en su tamaño para persistir sin supurar largo tiempo.

La histología de la forma simple hipertrófica, en la que los ganglios son solamente aumentados de tamaño, no demuestra una textura carac-

terística; sus lesiones son las de una adenitis banal, su naturaleza solamente se puede aclarar con la comprobación del bacilo de Koch; por el contrario, en las que evolucionan hacia la caseificación se comprueban folículos tuberculosos, células gigantes, células epitelioides y elementos embrionarios. Las células gigantes no son hoy consideradas como típicas y características de tuberculosis, existen en todas las inflamaciones crónicas y en la linfogranulomatosis inguinal; pero en esta enfermedad se comprueban abscesos estelares rodeados de células epitelioides y



Obs. IX.—Ficha clínica núm. 878.

Linfogranulomatosis inguinal subcutánea.

gran acúmulo de células prasmáticas con un aspecto inflamatorio polimorfo que no existe en la tuberculosis ganglionar.

La separación de estas dos enfermedades es en ocasiones de gran dificultad, su evolución clínica es muy próxima y parecida, algunos casos de linfogranulomatosis presentan lesiones tuberculosas pulmonares en actividad; la mayoría de los enfermos sin estas lesiones por un estado de alergia acentuada reaccionan a la tuberculina, y hasta sus lesiones histológicas son muy próximas, es solamente, pues, en estos casos, como el publicado por Lanzenberg, la demostración del bacilo

de Koch por inoculación al cobaya, el único medio de fijar un diagnóstico exacto.

* * *

Con la blenorragia no estamos habituados a presenciar adenopatías inguinales supuradas; generalmente se observan ligeras hiperplasias ganglionares que retroceden espontáneamente. Campana considera que en la uretritis crónica de la porción membranosa, con asociaciones de gérmenes piógenos son éstos los que pueden motivar adenitis sin intervención alguna del gonococo.

Estos casos si se presentan se ajustarán clínica y bacteriológicamente a las adenopatías agudas por gérmenes piógenos, los que penetran aprovechando una lesión de las regiones genitales y evolucionan de forma aguda, como un absceso caliente, con pus espeso y trabado en el que rápidamente se demuestran el estafilococo, estreptococo, tetrágono, gérmenes responsables de su producción.

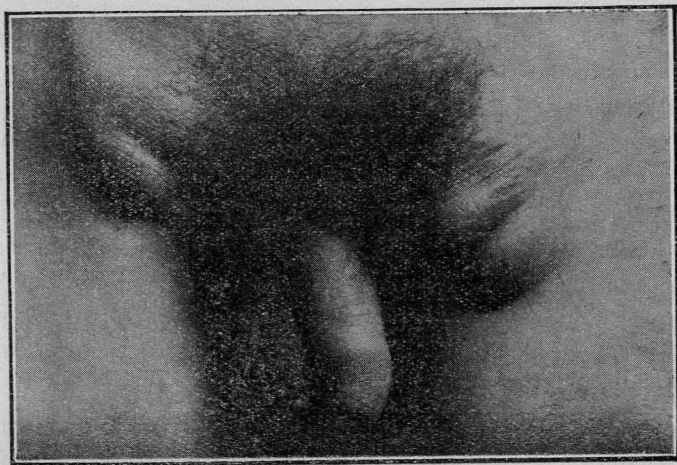
Las adenopatías micósicas, por actinomicas, o por esporótricos son raras en esta región, su diagnóstico se establecerá de forma rápida, con un examen microscópico y con toda seguridad con el cultivo del germen en medios apropiados de todos conocidos, en los que pronto se consigue su desarrollo e identificación.

Entre nuestros enfermos existen algunas observaciones cuyas adenopatías curaron sin supurar; Chevalier (130) describe la adenolinfoiditis aguda benigna con hiperleucocitosis moderada y fuerte mononucleosis, de la que existen una forma especial de localización inguinal, consideradas para unos como una forma anormal de la linfogranulomatosis inguinal y como una enfermedad diferente según otros. Esta enfermedad ya estudiada por Pfeiffer con el nombre de fiebre glandular, angina monocitósica por Baader, mononucleosis infecciosa por Sprunt y Evans, y linfadenosis aguda por Kinley y Downey. Se localiza preferentemente en los ganglios del cuello, y excepcionalmente en la ingle como en una observación de Chevallier (131).

Está caracterizada en su comienzo por una adenopatía ligeramente dolorosa, con malestar general, fiebre, cefalalgias y raquialgias, precedida o acompañada en ocasiones de una pequeña lesión ganglionar. La adenopatía aumenta rápidamente de tamaño, pierde su sensibilidad, desaparecen los síntomas generales, la fiebre desciende a lo normal y todo entra en orden para desaparecer la hiperplasia ganglionar de forma lenta

y espontáneamente. La fórmula leucocitaria presenta intensa mononucleosis hasta el 93 por 100 en el caso de Chevallier.

Clínicamente nuestras observaciones son muy próximas a la descripción dada por el citado autor, falta en ella una mononucleosis acentuada, pues existen 4, 5, 6 y 7 por 100 de mononucleares, respectivamente. Por nuestra parte, exige la citada enfermedad una revisión, probablemente no es una entidad morbosa independiente, sino solamente son casos de la enfermedad de Nicolás Favre. Nuestros casos reaccionan intensamente con antígeno de Frei, como corresponde a esta



Obs. X.—Ficha clínica núm. 660.

enfermedad a pesar de no terminar las adenopatías por supuración y retroceder espontáneamente.

La enfermedad de Hodkin, adenia prurígena eosinófila de Favre, o linfogranulomatosis maligna de Paltauf-Stenberg, puede ser de comienzo y predominante localización inguinal como el caso de Lanzemberg, pero siempre será fácil de diagnosticar por su fórmula leucocitaria, su evolución clínica y sus caracteres histológicos.

El bubón pestoso típico, fácilmente se diferenciaría, por su forma septicémica, fiebre elevada, datos epidemiológicos, y fácil demostración del bacilo de Yersin, su agente productor; en ciertas formas, relativamente benignas, de aparición aislada, sin antecedentes epidemiológicos, si la demostración del bacilo no es tan fácil existen otros datos que rápidamente establecen el diagnóstico, como el cultivo del germen, la

reacción de fijación de complemento con antígeno pestoso, y por fin, sus características histológicas, con una infiltración difusa de polinucleares y mononucleares, exudado hemorrágico, zonas mal limitadas de necrosis con trombosis linfáticas y gran cantidad de bacilos.

Los tumores malignos de la región genital es muy raro produzcan adenopatías de curso clínico que precisen un diagnóstico diferencial. Solamente existen los casos publicados por Ravaut con adenopatías supuradas por un linfo-sarcoma, y el de Louste por un epiteloma es-pino-celular que se prestaron a confusión con la enfermedad de Nicolás y Favre.

PRONOSTICO

El pronóstico de esta enfermedad es relativamente benigno, las manifestaciones de carácter local son desagradables por su larga duración, fenómenos dolorosos, con repetidas reagudizaciones en no pocas ocasiones de sus adenopatías supuradas y fistulizadas. Es una enfermedad que a pesar de su larga duración excepto los días de comienzo con fenómenos agudos y dolorosos, permite generalmente desempeñar sus ocupaciones habituales a los enfermos.

TRATAMIENTO

Los tratamientos seguidos en esta enfermedad son generales, bien de carácter quimioterápico o biológico, y locales sobre las lesiones en actividad.

Los preparados de yodo, bien por la vía bucal o venosa, como la solución yodo-iodurada de Lugol, son preconizados por Ravaut. Este autor inyecta 5 a 10 c. c. de líquido Lugol mezclado con 10 a 20 c. c. de suero fisiológico para evitar trombosis venosas, con resultados alentadores. Por vía gástrica se utiliza esta misma solución, o bien tintura de yodo a la dosis de 20 a 80 gotas diarias.

Otro compuesto utilizado es el Clorhidrato de Emetina preconizado por Ravaut al pensar en una etiología amebiana de la enfermedad, a una dosis de 6 a 8 centigramos diarios en inyecciones intravenosas, sin sobrepasar la dosis de un gramo por serie de inyecciones. Estas dos sustancias han sido utilizadas en forma combinada, como proponía Dufaur y Ferrier (132), es decir, alternando las curas con clorhidrato de

emjetina en inyecciones durante ocho días, seguidos de otros tantos días de inyecciones de Lugol o yodo por vía gástrica.

El antimonio fué utilizado por Desteffano y Vaccarezza (133) en 1927, bajo la forma de tartrato doble de antimonio y potasio en solución al 1 por 100 y utilizado por vía venosa. La solución no debe de esterilizarse a gran temperatura, porque pierde sus propiedades terapéuticas; dichos autores hacen la solución en suero fisiológico estéril y filtran en frío. Las inyecciones son puestas dos veces por semana o en días alternos en un total de 12 a 15, a una dosis de 5 y 10 centímetros cúbicos; son generalmente bien toleradas; únicamente en algunas ocasiones se producen accesos de tos que duran pocos minutos, seguidos en contadas excepciones de náuseas y vómitos.

En algunos de nuestros enfermos hemos utilizado esta terapéutica con mediocre resultado; generalmente ha sido bien tolerada la medicación, llegando a una cura en ocasiones de veintidos inyecciones (obs. 7). En alguna ocasión no bien tolerada, producen reacción febril, mal estado general con dolores reumatoideos (obs. 4) y en dos casos fueron abandonados por vómitos repetidos a cada inyección (obs. 5 y 15).

Un preparado estudiado y utilizado por nosotros ha sido el Neoestibosan Bayer, que contiene aproximadamente el 42 por 100 de antimonio.

Se utiliza por vía endovenosa y es perfectamente tolerable; nosotros lo hemos utilizado en la mayoría de los casos, y tenemos la impresión que posee una acción terapéutica cierta, aunque ha fracasado en alguna ocasión. Su tolerancia es perfecta; contamos con enfermos en los que hemos puesto veinte inyecciones en días alternos, llegando y repitiendo varias veces la dosis de 0'30 gramos.

Las medicaciones antisifilíticas no proporcionan ningún resultado; nosotros lo hemos utilizado; solamente existen algunos casos de Hoffmann, Frei y Gay, en los que las adenopatías mejoraron, posiblemente como piensa este último, por cambiar y mejorar las condiciones del terreno la terapéutica sifilítica utilizada.

Este último autor utiliza preparados de oro como el cianuro de oro y potasio por vía venosa sin ningún resultado. El yoduro potásico utilizado por Jersild no parece tampoco eficaz.

La tuberculina fué utilizada por Gay con buenos resultados; la utiliza en seis casos y obtiene en cuatro de ellos una mejoría evidente de las lesiones. Nosotros la utilizamos en un caso, sin obtener la menor mejoría, y no nos ocupamos de nuevo de tal agente terapéutico.

El sulfato de cobre amoniacal es utilizado en 1924 por Carnot y Froment (134), y más tarde por G. Petges, David-Chausee y A. Petges (135), a una solución en suero fisiológico al 4 por 100 en inyecciones intravenosas de 1 a 4 centímetros cúbicos. La técnica a seguir y la utilizada por nosotros según indicación que el Profesor Petges tuvo la amabilidad de hacernos, es la siguiente: Se comienza por medio c. c. y se dobla la dosis en días sucesivos hasta llegar a 4 c. c., durante la primer semana en días alternos una inyección, y después diariamente hasta 20 a 25 inyecciones, y a continuación un tratamiento de tintura de yodo por vía bucal de 20 a 50 gotas por día durante quince a veinte días, y si la curación no se consigue, se repite de nuevo el sulfato de cobre amoniacal.

Este autor no ha tenido que lamentar ningún accidente grave; solamente algunos enfermos presentan signos de intolerancia, náuseas, malestar, poco después de la inyección, con fiebre y un estado gástrico pocas horas más tarde.

Hemos tenido ocasión de tratar varios enfermos, el primero había sido tratado largo tiempo con Neoestibosan con escaso resultado; fué preciso hacer un vaciamiento de la región inguinal, y antes de conseguir su curación en ingle de lado contrario aparecieron nuevas adenopatías ligeramente dolorosas; en estas condiciones se utiliza el sulfato de cobre, el que tolera perfectamente, y con un total de 18 inyecciones y unos días con yodo por vía gástrica, cura totalmente. El segundo caso, también después de largo tiempo de tratamiento sin llegar a su curación, se trata con la misma medicación, que sin ser también tolerada rápidamente, mejora y cura de su enfermedad.

Posteriormente, en los restantes enfermos, en algunos, los resultados son bastante favorables, sin que podamos formar un juicio definitivo.

La medicación se tolera sin accidentes de importancia; últimamente, en dos enfermos, hemos tenido que suspenderla por producir acentuado dolor a lo largo de la vena con induración y trombosis consecutiva.

De las medicaciones de carácter químico utilizadas, consideramos hoy como de mejor resultado el sulfato de cobre amoniacal y el tártaro estivado en forma de Neoestibosan los restantes agentes tienen escaso valor utilizados de forma aislada, pero algunos, como el yodo, es de gran utilidad en época de descanso de los medicamentos antes indicados.

Han sido ensayados la lactoterapia, proteinoterapia y vacunoterapia con vacunas no específicas como el Propidon del doctor Delbert y la

vacuna D'melcos sin ningún resultado; Delbert, en 1923, en colaboración de Beauvy, y Menegaux (136), preconiza la autoterapia. Los ganglios, una vez extirpados, son divididos en pequeños trozos, desecados en una atmósfera de cloruro cálcico, y una vez macerados, molidos y mezclados con suero fisiológico, el producto sin filtrar es utilizado en inyecciones después de convenientemente tinalizado.

Las inyecciones van acompañadas de reacciones generales y locales intensas, en ocasiones con producción de abscesos muy dolorosos y de larga duración.

Los resultados obtenidos con esta terapéutica son discordantes; sus autores y otros como Buquet (137) la consideran como superior a los restantes tratamientos; por el contrario, Nicolás (138), recientemente, considera que su valor es nulo y el resultado obtenido se debe solamente a la intervención quirúrgica realizada en la extirpación ganglionar.

Entre los procedimientos de carácter local, se han utilizado, como es natural, el desbridamiento de la región, abertura y raspado de las masas ganglionares, con destrucción de todos los abscesos intraganglionares. Bory preconiza la punción ganglionar seguida de inyecciones modificadoras, como el aceite xilo-yodoformado.

La extirpación y vaciamiento total de la región inguinal permite en ocasiones curaciones rápidas sin formación de fistulas, con cicatriz retráctil dura y fibrosa, pudiendo ocasionar estados elefantiásticos por trastornos circulatorios. En ocasiones, una extirpación parcial es suficiente, pues parece producir una autovacunación mediante la que retroceden los ganglios restantes de la región inguinal y los ilíacos si existen.

Si las adenopatías supuran, es siempre preciso un desbridamiento con un desagüe completo y abertura amplia, para más tarde seguir un simple tratamiento antiséptico, con el fin de que se elimine todo el gan-

FORMIOKOLA MIRET

TÓNICO NEURO-MUSCULAR

INDICACIONES: Anemia, neurastenia, debilidad cerebral y medular, convalecencias, inapetencia y todos los trastornos provocados por el agotamiento nervioso (surmenaje) y la debilidad orgánica.

— PODEROSO REGULADOR DEL METABOLISMO —

Laboratorio MIRET - Plaza de la Sal, 13 y 15 (Teléfono 146) Lérida

glio supurado. Los tratamientos antisépticos enérgicos y sustancias modificadoras tienen escaso valor.

Como agentes físicos se han utilizado los rayos ultravioleta, rayos X y la electrocoagulación. Con la radioterapia, ciertos autores, como Favre, Moutot en 1921, Clement-Simon y Bralez (139) en 1923, y recientemente Fernet (140), obtienen buenos resultados, principalmente en las formas incipientes antes de reblandecerse las adenopatías, pues retroceden rápidamente con la primera radiación; las ya crónicas y fistulizadas no mejoran tan rápidamente, pero son influenciadas muy favorablemente. La electrocoagulación preconizada por Ravaut es excesivamente dolorosa y ejerce, según él, una acción favorable por la reabsorción de elementos destruidos que actúan como una autoterapia.

La lámpara de cuarzo la hemos utilizado en una ocasión (obs. 13) sin ningún resultado, pues produjo una reagudización del proceso con un prurito intenso y generalizado.

Hemos puesto gran interés y esfuerzo en el trabajo que acabamos de desarrollar con el fin de contribuir a enriquecer nuestra especialidad; por ser nuestro será modesto y defectuoso, pero representará una aportación sincera y honradamente realizada.

BIBLIOGRAFIA

1. *Gaté*.—Lymphogranulomatose inguinale subaigue a foyers purulents intraganglionnaires d'origine probable peut-etre venerien. "These de Lyon", 1913.
2. *Bory*.—Le chancre Lymphogranuleux. "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", 1921, pág. 28.
3. *Nicolas et Favre*.—Lymphogranulomatose inguinale subaigue. Ulcere venerien adenogene. "Presse Medicale", 1922.
4. *Ravaut*.—Etude sur la Poro adeno-Lymphite en Poro adeno—. Lymphite suppurée benigne a forme septicémique. "Ann. de Dermat et Syphil", 1924, pág. 463.
5. *Hoffmann*.—Lymphogranulomatosis venérea und Klimatischer Bubo. "Rev. Méd. de Hamburgo", 1922.
6. *Nathan*.—Le Lymphogranulomatose inguinale d'apres les travaux recents. "Presse Medicale". 14 julio 1923.
7. *Lejars*.—Le bubon strumeux de l'aine. "Presse Medicale", 1894.
8. *Gandy et Marion*.—L'adenite subaigue de l'aine a foyers purulents intraganglionnaires pretendue simple. "Archiv. de Med.", 1901, pág. 129.
9. *Nicolas, Durand et Favre*.—Lymphogranulomatose inguinale subaigue d'origine genitale probable peut-etre venerienne. "Soc. Méd. des Hopitaux", enero 1913.

10. *Nicolas, Durand et Favre*.—Sur una variété d'adenite inguinale subaigue a foyers purulents intraganglionnaires son chancreleusse, non tuberculeuse, d'origine probable peut-etre venerienne. Lymphogranulomatose localisée et supurée de l'aîne. "Cong. Inter. de Méd. de Londres", 1914.
11. *Phylactos*.—Lymphogranulomatose des ganglions inguinaux. Ses rapports avec le bubon climaterique. "These de Lyon", 1922.
12. *Ravaut et Scheikevitch*.—Lymphogranulomatose des ganglions de l'aîne. "Soc. Med. des Hopitaux". Marzo 1921.
13. *Frei*.—Lymphogranulomatosis inguinalis. "Klin Wochens", 1927.
14. *Mac. Donagh*.—Case of paradenolymphite or lymphogranulomatose inguinale subaigue. Proc. of the. "Soc. Méd.". Diciembre 1924, pág. 35.
15. *Desteffano y Vaccarezza*.—Poroadenitis inguinal subaguda. "Semana Médica", 1923, pág. 229.
16. *Kristjausen*.—Un cas de poradenolymphite. "Ann. de Dermat. et Syphil", 1926, pág. 227.
17. *Gamna*.—Sulla Lymphogranulomatosis inguinale. "Arch. per le Scienze Méd.", 1923, número 46.
18. *Bernucci*.—Y caratteri clinici e anatomici della linfogranulomatosis inguinale subacuta. "Giorn. Ital de Dermat. e Sifilol", 1926, pág. 472.
19. *Suchs*.—Lymphadenitis inguinales chonica. "Wiener. Dermatol". Diciembre 1927.
20. *Saiz de Aja*.—Una variedad no común de adenitis inguinales. Poliadenitis sucesivas de origen ignorado verosíilmente genital paragonocócica. "Actas Dermo-Sifiliográficas". Enero 1923, pág. 47.
21. *Covisa, Bejarano y Gay*.—Tres casos de linfogranulomatosis inguinal subaguda. "Actas Dermo-Sifiliográficas", 1926, pág. 26.
22. *Fernández de la Portilla*.—Linfogranulomatosis inguinal. "Actas Dermo-Sifiliográficas", 1929, pág. 416.
23. *Gay*.—Contribución al estudio de la Linfogranulomatosis inguinal subaguda. "Actas Dermo-Sifiliográficas", 1928, pág. 122.
24. *Lanzenberg*.—Contribution a l'etude du Diagnostic des Adenopathies inguinales. "These de Strasbourg", 1928.
25. *Hellerstrom*.—A contribution to the Knowledge of Lymphogranuloma inguinal. "Stockholm", 1929.
26. *Giacardy*.—Sept cas de Lymphogranulomatose inguinale subaigue. "Ann. de Dermat. et Syphil", 1926, pág. 675.
27. *Pautier, Glasser et Lanzenberg*.—Volumineuses adenopathies inguinales, avec poly-adenites et peri-adenites se present cliniquement comme une Nicolas-Favre mais avec suppuration rapide en masse. "Bull. Soc. fran. de Dermat. et Syphil", 1930, pág. 1224.
28. *Todal*.—Poradenitis or sub-acute lymphogranulomatosis. "The Lancet", 1926, pág. 211.
29. Discusión a la comunicación de Montot. Lymphogranulomatose inguino-iliaque subaigue. Maladie Nicolas-Favre. "Bull. Soc. franc. de Dermat. et Syphil", 1930, pág. 423.
30. *Nicolas, Favre et Lebeuf*.—Lymphogranulomatose inguinales operée; prence de ganglions iliaques suppures, macroscopiquement

semblables aux ganglions inguinaux. "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", 1929, pág. 287.

31. *Hellerstrom*.—A case of Lymphogranuloma inguinale in the Axillary Glands after, an Infection Received on Enucleating a Hard Bubo. "Acta Dermatovenereológica de Stockholm", 1928, pág. 394.

32. *Kleeberg*.—Lymphogranuloma inguinale mit Erythema nodosum und aphthosen. Erscheinungen am Genitale. "Dermatol. Wochens", 1930, pág. 1.379.

33. *Nicolas, Favre et Lebeuf*.—L'érythème polymorphe au cours de la Maladie de Nicolas-Favre. "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", 1931, pág. 167.

34. *Ravaut et Rabeau*.—Reaction de B. W. passagerement positive et oscillante au cours de l'affection dite Lymphogranulomatose inguinale sub aigue. "Ann de Dermat. et Syphil", 1922, pág. 80.

35. *Kitchevatz et Petrovich*.—Nouveaux résultats de la reaction de fixation dans la maladie de Nicolas-Favre. "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", 1928, pág. 459.

(35 bis). *Ravaut et Cachera*.—Bubón Chancrelleux et Maladie de Nicolas-Favre. "Ann. de Dermat. et Syphil", 1932, pág. 97.

(35 tri.) *Ravaut, Rivalier et Cachera*.—La valeur diagnostique et Pathologique de la recherche des anticorps chancrelleux dans le verum des maladies atteints d'adenopathies inguinales. "Presse Medicale", 1932, pág. 409.

36. *Petges, Mongueau et Bessieres*.—La reaction de Vernes a la resorcine dans le maladie de Nicolas et Favre. "Bull. Soc. franc. de Dermat. et Syphil", 1929, pág. 184.

37. *Frei*.—Eine neue Hautreaktion bei Lymphogranuloma inguinale. "Klin. Wochens", 1925, pág. 2. 148.

38. *Dind*.—Encore la maladie de Durand, Nicolas et Favre. III Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française". Bruxelles 1926.

39. *Ramel*.—Beitrag zur Kenntnis der Lymphogranulomatosis inguinalis. "Dermatol. Zeitscher". 1928. Analizado en "Annal. de Dermat et Syphil", 1928, pág. 799.

40. *Milan Kitchevatz*.—Une reaction allergique dans la maladie de Nicolas-Favre. "Bull. Soc. franc. de Dermat. et Syphil", 1927, página 874.

41. *Milan Kitchevatz*.—La Specificité des reactions allergiques dans la maladie de Nicolas-Favre. "Bull. Soc. franc. de Dermat. et Syphil", 1928, pág. 53.

42. *Hellerstrom*.—Intradermo-reaction dans le Lymphogranulomatose inguinales. "Cont. vend Sec. de Biologie". Agosto 1927.

43. *Nicolas, Favre et Lebeuf*.—Les recherches biologiques ont-elles éclairé l'étiologie de la maladie de Nicolas Favre. "Le Journal de Medicine de Lyon", 20 mayo 1929.

44. *Jersild*.—Les intradermo reactions dans le echancre mou et dans la Lymphogranulomatose inguinale considérée spécialement dans leurs rapports avec l'étiologie du syphilome anorectale. "Annal. de Dermat. et Syphil", 1930, pág. 537.

45. *Nicolas, Favre et Lebeuf*.—L'intradermo-reaction dans la lymphogranulomatose inguinale. "Le Journal de Medicine de Lyon", 20 mayo 1930.

46. *Nicolas, Favre et Lebeuf*.—L'intradermo-reaction aux divers antigenes specifiques dans la maladie de Nicolas Favre. Les modalités, les variations au cours des associations avec la syphilis et la chancrelle. "Bull. Soc. Franc. de Dermat. et Syphil", 1931, pág. 552.

47.—*Nicolas, Favre et Lebeuf*.—Les reactions cutanées aux antigenes non specifiques (antigenes chancrelleux et tuberculino) dans la maladie de Nicolas Favre. "Bull. Soc. Franc. de Dermat. et Syphil", 1931, página 558.

48. *Gaté et Giraud*.—Syphilis secondaire a roseole et a Serologie retardées chez un malade ayant présenté un chancre fugase sans treponemes constatés et accompagnée d'une adenopathie inguinale et surtout iliaque atypique. "Bull. Soc. Franc. de Dermat. et Syphil", 1930, página 149.

49. *De Gregorio*.—La alergia cutánea en Venerología, su comprobación, interpretación y valor diagnóstico. "Actas Dermosifilográficas". Enero, 1931, pág. 317.

50. *Gamna*.—Sur l'etiologie de la Lymphogranulomatose inguinale subaigue. "Presse Medicale", 1924, pág. 405.

51. *Bory*.—Sur la signification des corpuscules chromatophiles dans les lésions du microchancre poradenique. "Bull. Soc. Franc. de Dermat et Syphil", 1925, pág. 171.

52. *Ramel*.—Beitrag zur Kenntnis der Lymphogranulomatosis inguinalis. "Dermat. Zeits", 1928, pág. 482.

53. *Gaté, Grand et Vidal*.—Un cas de maladie de Nicolas Favre conyugale. "Bull. Soc. Franc. de Dermat et Syphil", 1930, pág. 526.

54. *Nicolas et Lebeuf*.—Un cas de lymphogranulomatose inguinale conjugale. "Bull. Soc. Franc. de Dermat. et Syphil", 1930, página 749.

56. *Capelli*.—Sulla linfogranulomatosi inguinale subacuta di Nicolas e Favre. "Giorn. ital. de Mal. Vener e. della pelle", 1924, pág. 3.

57. *Bertaccini*.—Contributo alla guistione della linfogranulomatosis. "Giorn. ital. di Dermatol e Sifilolog", 1926, pág. 1.178.

58. *Tauton et Pigeon*.—Contribution a l'etude d'une variété particulare d'adenites inguinales. "Archives generales de Medicine", 1908, página 67.

59. *Favre*.—Note sur les recherches bacteriologiques a propos d'une cariete inflammatoire de la région inguinale. "Soc. Med. des Hopitaux", 8 marzo 1921.

60. *De Bella*.—Sulla Linfogranulomatosis inguinale. Analizado en "Ann. de Dermat et Syphil", 1922, pág. 215.

61. *Hanns et Weiss*.—Ulcere venerien adenogene. "Bull. Soc. Franc. de Dermat et Syphil", 9 julio 1922 (R. S.).

62. *Montemartim*.—La linfoadenite inguinale subacuta. "Bull. Soc. Med. Chir", 1924.

63. *Musger*.—Citado por Hellerstrom.

64. *Tommasi*.—Alcuni reperti in un caso di linfogranuloma venereo. "Giorn. ital di Dermat e Sifilolog", 1925, pág. 456.

65. *Pautrier, Riettmann et Hababen-Sala*.—Polvadenite inguinale e type de Lymphogranulomatose et a Nocardia. "Bull. Soc. Franc. de Dermat. et Syphil", 1924, pág. 133.

66. *Vanni*.—Studi ulteriori su di una linfadeniti epidémica occorsa in Ronciglione. "Il policlinico", 1923.

67. *Sala*.—Bubone inguinale epidemico da micrococo paramelitensi. Studio, su 26 casi. "Archiv. Ital di Chirugia", 1924, pág. 867.

68. *Bory*.—Sur l'etiologie de la maladie de Nicolas Favre. Du role pathogene possible d'une variete di B. Subtilis. "Bull. Soc. Franc. de Dermat. et Syphil", 1928, pág. 2.

70. *Kitchevatz et Petrovich*.—Recherches bacteriologiques et serologiques dans le poroadenite. "Bull. Soc. Franc. de Dermat et Syphil", 1928, pág. 51.

71. *Bory*.—A propos de l'etiologie de la maladie de Nicolas et Favre, et de la dernier note de Kitchevatz. "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", 1928, pág. 527.

72. *Schmidt*.—*Labauume*.—Observation di cultures di tissus di ganglions poroadeniques. "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", 1931, página 583.

73. *Gastiniet et Reilly*.—Adenopathie inguinale subaigue a suppuration intraganglionnaire. "Bull. Medical", 1922, pág. 577.

74. *Prado Castillo*.—Lymphogranulomatosis inguinialis. "Archiv of dermat and Siphil", 1926.

75. *Darre Dumas*.—Sur l'etiologie de la lymphogranulomatose inguinal subaigue a foyers purulens intraganglionnaires. "Soc. de Biologie", 21 marzo 1921.

76. *Capelli*.—Per la conoscenza della linfogranulomatosis inguinilis subacuta. "Giorn ital di Dermat et Sifil", 1926, página 506.

77. *De Bella*.—Sulla linfogranulomatosis inguinale de Nicolas y Favre. Analizado en "Ann. de Dermat et Syphil", 1925, pág. 215.

78. *Bellard*.—Subacuta inguinal, poradenitis or climatic bubon. "Journal of tropic med a hyg", 1926.

79. *Virgilio*.—Citado por Gay.

80. *Montemartini*.—Ricerche sierologiche sulshrrggebatterio isolato in casi di linfadenite inguinal subacuta. "Bull. delle. Instit. Sierol. Milanese", 1924, pág. 371.

81. *Nicolas, Lebeuf et Rousset*.—A propos de l'inoculabilite experimentale de la maladie de Nicolas Favre. "Bull. Soc. fran de Dermat et Syphil", 1929, pág. 320.

82. *Levaditi, Pinard et Robert*.—Un cas de maladie de Nicolas Favre verifie par l'inoculation au signe. "Bull. Suc. franc. de Dermat et Syphil", 1931, pág. 455.

83. *Hellerstrom y Wassen*.—VIII Congreso internacional de Dermatología y Sifiliografía. Copenhagen. Agosto 1930.

84. *Levaditi, Ravan, L'épine et Mll. Schoen*.—Sur la presence d'un virus pathogene pour le signe dans certains bubons veneriens de l'hamme. "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", 1931, pág. 376.

85. *Kleeberg*.—Intervención en la comunicación presentada por Levaditi, Ravaut, etc. "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", 1931, página 379.

86. *Bermucci*.—Y caratteri clinici ed anatomici della linfogranulomatosi inguinali subacuta, estudiata in rapporto alle linfoadeniti inguinale subacuta di natura diversa. "Giorn. ital de Dermat et Sifilol", 1926, pág. 472.

87. *Violafo*.—Linfogranulomatose inguinal benigne. "Ann. de med. naval et colon", 1924, pág. 259.

88. *Milian*.—Premier Congrée de Dermatologistes et Syphillogra-

phes de langue française. Paris 1922. Discusión del Rapport de Nicolas y Favre). "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", 12 julio 1923 y 1927, pág. 88.

(88 bis). Meyer, Roseufeld y Anders.—"Klin Wochens", 5 septiembre 1931.

(88 tri.). Levaditi, Ravaut, Lepine et Schoen.—Estude etiologique et Pathologique de la maladie de Nicolás-Favre. "Ann. de l'Institut Pasteur" Enero 1932.

89. Gougerot.—Bubon chancrelleux chroniques. "Ann. de Mal. Vener", 1915, págs. 76 y 462.

90. Gougerot et Blum.—Bubon aigu chancrelleux. "Ann. de Mal. Vener", 1923, pág. 287.

91. Gougerot.—Bubons chancrelleux sans chancre. "Ann. de Mal. Vener", 1915, pág. 449.

92. Milian.—Bubons chancrelleux de l'aîne sans chancre mou. "Revue franc. de Dermat et Vener", 1926, pág. 364.

93. Pellegrin.—Les adenites veneriennes de l'aîne sans chancre. "These de Paris", 1930.

94. Ravaut et Rabeau.—L'intradermo-inoculation des lesions chancrelleuses. "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", 1930, pág. 593.

95. Ravaut, Rabeau et Hesse.—Bubon sans chancre a evolucion lente. Demonstration de sa natura chancrelleuse par intradermo-inoculation du pus. "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", 1930, pág. 700.

96. Ravaut, Rabeau et Hesse.—Nouveau procede de diagnostic des lesions chancrelleuses; l'intra-epidermo-inoculation de Ravaut. "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", 1931, pág. 563.

97. Hellerstrom.—Considerations sur l'intra-epidermo-inoculation de Ravaut. "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", 1931, pág. 563.

98. Ravaut, Rabeau et Hesse.—Porteur de germes sans lesion apparent demontres par l'intradermo-inoculation. "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", 1930, pág. 1.130.

99. Ravaut, Rabeau et Hesse.—Un nouveau cas de porteur de germes chancrelleux, sans lesion apparente. "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", 1930, pág. 1.178.

100. Bezancon, Griffon et Lesourd.—Recherches sur la culture du bacile de Ducrey. "Ann. de Dermat et Syphil", 1901.

101. Hababou. Sala.—Isolement du bacile de Ducrey. Milieux de culture et preparation d'un vaccin. "Cont. Rend. Soc. de Biologie", 1925.

102. Durand.—Technique d'isolement du bacille de Ducrey. "Archiv. Inst. Pasteur de Tunis", 1926, pág. 118.

103. Nicolas et Banciu.—Sur la culture du bacille de Ducrey. "Cont. Rend. Soc. de Biologie", 1926.

104. Rivalier.—Etat allergique dans le chancre mou vis-a-vis des inoculations cutanees d'antigene. "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", 1928, pág. 653.

105. Nicolas et Lacassagne.—L'intradermoreaction chancrelleuse. Sa valeur diagnostique. Sus variations, etat allergique et anergique. "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", 1928, pág. 662.

106. Nicolau y Banciu.—Recherches sur l'intradermoreaction dans le chancre mou. "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", 1928, página 666.

107. *Cascio Rocca*.—Intradermoreacción con la vacuna de Nicolle en el diagnóstico del chancro blando. "Revista Sanitaria Siciliana", enero 1928.

108. *Lortat, Jacob, Poumean et Brossel*.—Valeur diagnostique de l'intradermo-reaction au D'melcos dans l'etainrh chancrelleuse. "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", 1928, pág. 678.

109. *Hudelo y Garnier*.—A propos de l'intradermoreaction vaccinale. "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", 1928, pág. 674.

110. *Covisa y Gay*.—Contribución al estudio del valor diagnóstico y terapéutico de la vacuna antiestreptobacilar de Nicolle y Durand. "Actas Dermo-sifiliográficas" 1928, pág. 217.

111. *Venturi*.—Observaciones de la alergia cutánea en la infección estreptobacilar de Ducrey. "Il Dermosifilografio", 1929, pág. 495.

112. *Rivalier*.—La reaction de fixation dans le chancre mou. "Bull. Soc. fran. de Dermat et Syphil" 1928, pág. 170.

113. *Nicolau et Banciu*.—Recherches sur la reaction de Bordet dans le chancre mou. "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", 1928, página 184.

114. *Bory*.—A propos de la reaction de Bordet. Wassermann dans le chancre mou. "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", 1928, página 200.

115. *Pautrier*.—La reaction de Wassermann dans le chancre mou. "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", 1928, pág. 199.

116. *Vilanova*.—Positividades no específicas de la reacción de Meinicke en los enfermos tratados con proteínas. "Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía". Abril 1930, pág. 393.

117. *Audry*.—Syphilis criptocarcinique a debut ganglionaire. "Ann. de Dermat et Syphil", 1921, pág. 305.

118. *Morell*.—Syphilis sans chancre. "Paris Medical", 1929. Tomo I, pág. 566.

119. *Gougerot*.—Syphilis sans chaacre a bubon induré no suppuré et a bubon suppuré syphilitique. "Ann. de Mal. Vener", 1922, pág. 17.

120. *Bory*.—Syphilis d'emble ganglionaire; chancre populeur secondaire. "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", pág. 79.

121. *Cozanet*.—"These de Bordeaux", 1904.

122. *Gougerot et Garnier*.—Roseole syphilitique sans chancre, mais avec adenite. "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", 1929, pág. 192.

123. *Gougerot*.—Diagnostic de la syphilis par la pontion des ganglions. "Paris Medical", 1930. Tomo I, pág. 207.

124. *Maquin*.—Adenites suppurées de l'aîne sans chancre porte d'entrée. "These de Paris", 1930.

125. *Milian*.—Adenopathie inguinale suppurée. Syphilis tenciaire. "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", 1924, pág. 466.

126. *Gougerot et Da-Silva*.—Suppuration ganglionaire syphilitique. "Ann. de Med. Vener", 1915, pág. 477.

127. *Chevallier*.—Les adenopathies inguinales. "Revue de Medicine", 1930, pág. 490.

128. *Jeanselme*.—La syphilis ganglionaire. "Gaz. des Hop", marzo 1924.

129. *Bejarano*.—Contribución al estudio de la Sífilis ganglionar. "Actas Dermo-Sifiliográficas", marzo 1923, pág. 106.

130. *Chevallier*.—L'adenolymphadite aigue benigne avec hyperleucocytose modérée et porte fononucleosa. "La Sang", 1928, pág. 166.

131. *Chevallier*.—Adenopathie inguinale primitive avec mononucleose intense. Variété inguinale de l'adeolymphoidite benigne aigue avec leucocytose modérée et forte mononucleose. "Bull. de la Soc. med. des Hopitaux", 6 mayo 1927.

132. *Dufeur et Ferrier*.—Adenite inguinale subaigue a foyers purulents intraganglionaires. Lymphogranuloma generi par le chlorhydrate d'emetine et la tinture d'iode. "Bull. Soc. med. de Hopi de Paris", 1922, pág. 565.

133. *Desteffano y Vaccarezza*.—Traitement de la poroadenite inguinale subaigue par les injections d'emetique. Resultat obtenus dans 85 cas. "Presse Medicale", 1927, pág. 1.378.

134. *Carnot et Froment*.—Poroadenite inguinale generie par les injections intraveineuses de sels de cuivre. (Paris Medical", 8 marzo 1924.

135. *G. Petges, David-Chausse et A. Petges*.—Le traitement de la maladie de Nicolas-Favre, par les injections intraveineuses de sulfate de cuivre ammoniacal. "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", 1930, página 178.

136. *Delbet, Beauvy et Menegaux*.—Vacinotherapie des posroadenites. "Bull. Acad. de Med.", 1927.

137. *Buquet*.—Le poreadenite et son traitement. "These de Paris", 1928.

138. *Nicolas*.—Maladie de Nicolas Favre. Notions recentes; Etiologie; Diagnostic; Traitement. "Archives Dermato-Syphiliographiques", 1931, pág. 201.

139. *Clement-Simón et Bralez*.—Un cas de Lymphogranulomatose de Nicolas Favre traite par la Radiotherapie profonde. "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", 1923, pág. 460.

140. *Fernet*.—Le traitement radio therapique de la lymphogranulomatose inguinale subaigue. "Bull. Soc. franc. de Dermat et Syphil", 1931, pág. 585.



¿RINOMANCIA?

POR EL DOCTOR

SALVADOR GRACIA

Todos los diccionarios y entre ellos el etimológico y el enciclopédico, dicen lo siguiente como definición de rinomancia: "Método adivinatorio basado en la inspección de las formas de la nariz" pero esto no deja de ser un neologismo, pues si examinamos las otras "mancias" quiromancias, nigromancia, rabdomancia, vemos que quiromancia es la predicción de lo que debe suceder a alguien por la inspección de las rayas de la mano; la nigromancia evoca a los muertos y la rabdomancia es la adivinación o descubrimiento de los cauces, minas y tesoros subterráneos. Por consiguiente, rinomancia debiera significar la adivinación del porvenir de alguien por la forma de su nariz, mientras que el conocimiento de sus aptitudes debiera llamarse rinogmonía, ya que el conocimiento de dichas facultades por la inspección del rostro se llama fisiognomonía.

De acuerdo, pues, todos los diccionarios con la mayoría de los autores que se han ocupado de esta cuestión, preciso es aceptar la palabra aunque, como decimos, nos parezca un neologismo, y para que la cuestión pueda comprenderse es necesario establecer las características de la nariz normal. Sabido es que la nariz es el órgano protector del aparato olfativo, colocada en medio de la cara, debajo de la frente, entre las dos mejillas, inmediatamente por encima del labio superior adopta la forma de una pirámide; la cima truncada se continúa con la frente.

La base abultada constituye el lóbulo de la nariz provisto de dos aberturas, las naris: las dos partes laterales se reúnen formando un ángulo, el dorso de la nariz: unas veces recto, otras convexo o un poco cóncavo. Una ranura separa la raíz de la frente y en algunos sujetos, como en los griegos, es poco aparente. En otros, la demarcación es tan profunda que la nariz parece estar rota en su base.

TESTUT, en su anatomía topográfica dice—La dirección del dorso de la nariz es muy variable según los sujetos y constituye un carácter de la raza: puede ser rectilínea (de las razas arias), convexa (de las razas

semitas) y cóncava (de las razas célticas). Cuando se continúa directamente con la frente, nariz griega (como la de la Venus de Milo)—Los antropólogos clasifican la nariz, según el índice nasal de Broca cuyos límites numéricos corresponden a 40 y 107, siendo de 57 en los guipuzcoanos, 109 en los Tasnianos y 111 en los Batuas y según este grado se llaman leptorrinos a los que pertenece la raza blanca; mesorrinos a los que pertenece la raza amarilla y camerrinos e hipercamerrinos a los que pertenece la raza negra.

Para nuestro trabajo, haremos una división atendiendo a la fisonomía en largas, anchas y cortas, y dentro de éstas señalaremos algunas variedades.

Una nariz bonita, supone siempre un carácter excelente. "Non cuique datun est habere nasun". Para que una nariz sea perfectamente bonita es necesario que su largo sea igual al de la frente (según la estética griega la nariz debe tener 48 mm.), los bordes casi paralelos, la punta ni dura, ni carnosa, ni puntiaguda, ni ancha: el bajo de la nariz será igual a la tercera parte de su largura.

Las narices derechas indican tener un alma tranquila y enérgica. Las narices que se curvan por encima de la raíz pertenecen a caracteres imperatorios. La raíz estrecha es indicio de energía extraordinaria. La pequeña es signo de espíritu tímido. Las alas de la nariz bien móviles denotan delicadeza de sentimientos susceptibles de degenerar en sensualidad. Cuando no se encuentre inclinación, hundimiento en el paso de la nariz a la frente no hay que esperar carácter noble. Los hombres cuya nariz se inclina demasiado hacia la boca son fríos, insensibles, hipocondriacos, melancólicos. Las narices remangadas tienen disposición a la voluptuosidad, a los goces, a los celos. Los imbéciles fruncen fácilmente la nariz y los que la comprimen acostumbran a ser tímidos. Una nariz derecha es síntoma de hablador y demasiado saliente, denota un carácter noble y generoso. Una nariz chata supone poco espíritu, y mucho la abovedada terminada en punta. Puntiaguda y elegante supone más juicio que cordura. El genio se reconoce en la raíz de la nariz. Los griegos nunca tienen la nariz aplastada; los judíos no tienen nariz chata. La nariz aguileña pertenece a un hombre de gran corazón. Los persas exigían que su rey fuese aguileño.

Una nariz grande, separada de proeminente frente, indica gran ambición, voluntad para salvar los obstáculos (así era la nariz de Napoleón). La nariz corta, encogida, implica poca constancia y poco juicio.

Cuando el tabique intermedio se desborda, mucho egoismo y gran sensualidad. La nariz con punta gruesa denota gran propensión a los celos. La mayor parte de los hombres coléricos tienen la nariz corta, redonda, con cejas espesas y desordenadas (la de Sócrates).

Las narices aplastadas son efecto de malformaciones: los Hebreos las excluían del sacerdocio y para los Hotentotes constituye una hermosura, malaxando la nariz de los niños para crear esta deformidad. La nariz corta indica inteligencia ordinaria y si es chata bobeza y en cambio, la larga, inteligencia, pero si es muy larga le da al rostro un aire reflexivo, apesadumbrado y decepcionado "se ha quedado con un palmo de narices". (Edmond Rostand en la escena IV, acto 1.º de su comedia *Cyrano de Bergerac* escribió un gran parlamento a las narices largas).

Si la nariz es larga y ancha, es signo de prudencia. Una nariz fina denota desarrollo de inteligencia. La nariz saliente, energía. Cuanto más fina es la extremidad de la nariz, más patente es la superioridad sensitiva y sentimental.

La nariz aguileña es signo de longevidad, siendo muy frecuente en las grandes estaturas; los gigantes casi todos tienen la nariz aguileña. La nariz remangada es signo de ligereza de espíritu, de franqueza y buen carácter. La nariz chata es signo de estupidez grosera. La nariz colgante es signo de personas melancólicas, con frecuencia asediadas por ideas tristes. La nariz encorvada implica irreflexibilidad, dureza, carácter extravagante. La nariz atravesada da a la faz una expresión aparente de desconfianza, con frecuencia justificada.

Las naris largas son signo de buen olfato y superior inteligencia. Las naris anchas caracterizan una naturaleza franca, jovialidad, buen humor e inclinación amorosa. Las naris secas expresan la concentración, el disimulo. (La nariz de Luis XI). *La forma de la nariz ha influido en la Historia*. La nariz de Cleopatra encantando al César y cautivando a Antonio ¿no cambió la faz del mundo?

San Simón tenía una nariz fina que denotaba agudeza de espíritu. Catalina de Médicis una nariz gruesa, indicio de dominación y crueldad, lo mismo que Gambetta.

La nariz hendida es signo de una gran bondad, como la de San Vicente de Paúl.

Es de observar que todos los hombres insignes tenían una nariz muy grande, salvo raras excepciones; Virgilio, Ovidio, Demóstenes, Mahoma, Lutero, Gregorio XVI, Miguel Angel. Puede señalarse tam-

bién la de Mme. de Villette, Condé, Descartes Goethe, Heine, Kepler, Lamartine, Shakespeare, Napoleón III. La nariz de Jorge Sand ha sido descrita irrespetuosamente hecha para recibir grandes tomas de rapé. La hermosa y larga nariz de Francisco I deja en el pueblo tales recuerdos que hablando de él en el siglo XVII se decía todavía, el rey de la nariz grande. Felipe II tenía la nariz encorvada solamente en la punta, indicio de déspota y fauno.

Cuando la nariz ha sido mutilada o cercenada, la rinomancia pierde todos sus derechos. En el año 869, en Marsella, cuarenta religiosas se cortaron la nariz y desgarraron la cara y los senos con la esperanza de escapar a los ultrajes de los sarracenos, sacrificio completamente inútil, porque lo mismo fueron violadas. La mutilación de la nariz como castigo fué empleada en muchos pueblos contra los blasfemos. Ciertas enfermedades corroen y deforman la nariz de manera extraordinaria. Los grandes accidentes, las catástrofes, las guerras, etc., dan gran número de deformidades de nariz, y es evidente que la rinomancia nada puede decir en estos casos ni tampoco en los que la cirugía estética transforma con sus ingeniosos procedimientos de cicatrices disimuladas.

Así, pues, para que la rinomancia pueda tener algún éxito son necesarias dos condiciones: que el sujeto observado tenga una nariz de forma bien conocida o que el observador esté bien al corriente de la significación de todas las formas.

Por mi parte creo que para formarse juicio con las mayores probabilidades de éxito no basta con la nariz, es necesario tener en consideración el conjunto de la fisonomía.

BIBLIOGRAFIA

MARIO PILO (Profesor de Estética en la Universidad de Polonia): *Estética integral*.

PADRE ESTEBAN ARTEA, Jesuita español: *La belleza ideal*.

G. E. LESSING: *Las artes plásticas*.

ALFREDO OPISO: *Estética*.

GOMEZ CARRILLO: *La moda y Pierrot*.

TOPINARD: *Anales de Antropología*, tomo VIII.

EUCENIO MORTON: *Fisonomía comparada*.—*Fisonomía*.

XIV Congreso Internacional de Hidrología, Climatología y Geología Médicas

El XIV Congreso Internacional de Hidrología, Climatología y Geología Médicas, se ha celebrado en Toulouse durante los días del 4 al 8 de octubre. A este importante certamen científico concurrieron más de quinientos congresistas de todos los países y más de veinte naciones, de las cuales quince enviaron Delegaciones oficiales, le prestaron su adhesión y colaboración.

Los Delegados oficiales que concurrieron al Congreso y tomaron parte activa en los trabajos desarrollados fueron:

Profesores, Fresenius (Alemania); Peyrod (Argelia); Malcolm Campbell (Inglaterra); Delcourt (Bélgica); Koschmieder (Dantzig); Seral Casas (España); De Wilde (Holanda); el Cónsul general Berri y el profesor Silvestri (Italia); El Cónsul Viguerie (Mónaco); doctor Mekdi Khan Azar (Persia); Chamiec (Polonia); Salgado (Portugal); Kahlmeter (Suecia); Buhler (Suiza); y Metchkovitch (Yugoeslavia).

En total, se discutieron más de un centenar de Comunicaciones científicas. Entre ellas, las siguientes españolas:

DOCTOR RODRIGUEZ PINILLA.

- I. ¿Se pueden admitir los aforismos en Crenoterapia?
- II. Los servicios sanitarios en las ciudades balnearias.

DOCTOR SERAL CASAS.

- I. La crenoclimatoterapia como tratamiento de los síndromes endocrino-vegetativos.

PROFESOR BATALER.

Las aguas termo-minerales de Cataluña.

Durante el Congreso tuvo lugar una reunión del Consejo de la "International Society Medical Hydrology". A esta reunión asistieron los Consejeros de Francia, Holanda, España, Inglaterra, Suecia, Suiza

y Alemania. En dicha reunión se dió cuenta del aspecto actual de la enseñanza de la Hidrología Médica en el mundo, situación económica de la Sociedad y se acordó que la próxima reunión se celebre en Zurich, aceptando el ofrecimiento del Gobierno de la Confederación Helvética.

Después del Congreso se realizaron diversas excursiones para visitar los más importantes balnearios del Pirineo francés.

Como resumen podemos manifestar que tanto el Congreso en su parte científica como las fiestas, recepciones, banquetes, excursiones organizadas, constituyeron un verdadero éxito, por el cual merecen ser calurosamente felicitados los Miembros del Bureau del Congreso y muy especialmente su Secretario general, el ilustre Profesor Serr, el cual ha tenido con los delegados extranjeros y particularmente con el delegado español, atenciones exquisitas que merecen nuestro sentido agradecimiento.



Cerealine

Alimento concentrado. Sustituye
con ventaja a la leche y caldo.
De gran valor nutritivo.
Para enfermos, ancianos y niños.

Neumocol

Cura la tos por rebelde
que sea.
Enérgico reconstituyente.

Ferrometano

Injectable ferruginoso, in-
doloro y no produce indu-
ración.

Metanoquina

Injectable de quinina. No produce
induración. Indicado en el Paludis-
mo, Gripe, Coqueluche y las fiebres
ocasionadas por Neumococo, etc.

Variuretano

Cura las varices
sin operación.

Gastro-evacuan

Hiperclorhidria.
Úlceras gastro-duodenales.

Alimento Vegetal Completo

Plátano- Cereasa

EXTRAIDO AL VACIO

LACTOSEPTOL

— BARBERÁ —
CULTIVO LIQUIDO
DE LOS FERMENTOS
BULGARO
LACTICO
— • —

Cuando V. desee recibir muestras, llame al Teléf. 11514
o mande al Laboratorio BARBERA,
Gran Vía Germanias, 32 y será debidamente atendido.

VACUNA ANTIOCENOSA

Tratamiento específico de la rinitis atrófica fétida.

CALDO-VACUNA ANTIOCENOSA

Tratamiento específico local de la rinitis atrófica fétida (Coadyuvante de la vacuna)

CORILISINA { POMADA
LIQUIDA

Antiséptico vasoconstrictor a base de efedrina.
Tratamiento de las afecciones de nariz y garganta.

TROMBOCAL { INYECTABLE
JARABE

Ion-calcio y vitamina D.



MUESTRAS Y LITERATURA

Laboratorios PESET - P. Castelar, 18, Valencia



Babermil

Babeurre en polvo.
Leche Milfo transformada en leche ácida con 5 gramos por 1.000 de acidez.

Liebmalt

Sopa de Liebig malteada con leche Milfo y desecada en tres formas:
LIEBMALT normal.
— laxante.
— astringente.
Util en los procesos gastro-intestinales.

JUAN SERRALLACH

Vía Layetana, 15

Barcelona