

NUEVO ACADEMICO



**Dr. Oswaldo Arias**

Académico de número en la Sección  
de Venerología y Sifilografía

**Gaceta Médica de México**  
Tomo LXXXI      Núms. 2-3-4

**Datos Biográficos del**  
**DR. OSWALDO ARIAS**

Nació en Veracruz, Ver., el 25 de enero de 1913, siendo sus padres el señor Ing. Don Francisco S. Arias y la señora Doña Ana M. Capetillo de Arias.

Hizo sus estudios preparatorios en el mismo Puerto y sus estudios profesionales en la Escuela Médico Militar, donde recibió su título de Médico-Cirujano el año de 1936.

Fué premiado por la misma Escuela Médico Militar y, con este motivo, hizo un viaje por diversos países europeos y del Norte de Africa, visitando sus principales clínicas.

Ha asistido a varios cursos de venereología para graduados; y presentado trabajos en varios congresos verificados en México y en distintos países extranjeros. Es profesor de Venereología en la Escuela Médico Militar; Presidente de la Sociedad Mexicana de Dermatología y de la Asociación Nacional de Venereología; miembro correspondiente de la Asociación Argentina de Dermatología y de la Sociedad Cubana de Dermatología y Sifilografía.

Ha escrito más de cuarenta artículos acerca de venereología y sifilografía.

## CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA PATOLOGIA DE LA INGLE. ASPECTOS GANGLIONARES DE LA LINFOPATIA VENEREA EN MEXICO\*

por el Dr. OSWALDO ARIAS,  
académico de número

Al académico Eliseo Ramírez.  
In Memoriam

De quince a cuarenta días después de la exposición al virus de Miyagawa, la linfopatía venérea o enfermedad de Nicolás y Favre se expresa, en el hombre, habitualmente, ya sea por lesión cutaneo-mucosa tipo "chancro"; ya por lesión mucosa de modalidad uretritis sub-aguda; o por alteraciones, triviales en apariencia, de la parte inicial de la uretra. Constituyen excepción las infecciones de tipo inaparente, y la temprana a partir de los troncos linfáticos dorsolaterales del pene.

La lesión cutaneo-mucosa —frecuente en México en el 50% de los casos, cuando se la busca en servicios especializados— es observable, las más veces, en el joven o en el adulto, como lesión única o doble en surco balano prepucial, frenulum, prepucio, o en corona de glande. Son raras otras localizaciones. De acuerdo con nuestra clasificación, presenta los siguientes aspectos clínicos, de notable variedad dermatológica, descritos en orden de mayor frecuencia en nuestro medio:

- Pequeña ulceración difteroides;
- manchas o exulceraciones lenticulares o numulares, de aspecto de balanitis circunscrita
- exulceración sífiloide;
- ulceración con caracteres de chancro blando; (figura N° 1)

---

\* Trabajo de ingreso como académico de número, Sección de Venereología y Sifilografía. Leído en la sesión del 15 de noviembre de 1950.

lesión nodular;

pápula exulcerada o pápula ulcerada;

lesión infiltrada en placa; (figura Nº 2)

cicatriz mínima radiada, lenticular o en grano de arroz, o pequeña mácula rosa, si el enfermo es explorado días o semanas después de aparecida la primera lesión.

Las características dermatológicas de estos accidentes primarios ya han sido descritas por nosotros en diversos trabajos presentados en la Sociedad Mexicana de Dermatología y en la Asociación Nacional de Venereología, por lo que no las expondremos. Lo mismo diríamos de las lesiones mucosas, modalidad uretritis subaguda y meatitis, consultables en la Revista Mexicana de Urología.

Los aspectos evolutivos de estos accidentes primarios dependen de factores tales como forma clínica, localización, infiltración, actividad del virus, alergia tisular, conducta terapéutica seguida, etc. Pueden ser fugaces —como los denominó, inexactamente, Bory—, o durar semanas o meses.

Es dable encontrar en nuestros servicios, con cierta frecuencia, lesiones iniciales asociadas con treponema de Schaudinn; *Hemophilus Ducrey*; *Neisseria gonorrhoeae* y otros microorganismos; cuya morfología no corresponde con los aspectos antes consignados.

—o0o—

Partiendo habitualmente de cualquiera de estas tres primolesiones, —chancre, uretritis o meatitis— la infección puede producir, en días o semanas, trastornos linfáticos; ganglionares; mucosos; del órgano cutáneo; y de otros órganos y sistemas, originando diversos cuadros regionales y constitucionales; o evolucionar en forma silenciosa, durante meses y años, tal como lo hacen ciertos casos de sífilis, hasta la aparición de lesiones tardías.

Las principales alteraciones genitales de la linfopatía venerea temprana, fase inicial, que dan lugar a verdaderos cuadros clínicos, son:

A.—Linfangitis troncular, pura; o con edema local de prepucio o forro de pene; linfitis en "rosario"; con bubonulo.

B.—Adenitis, predominantemente del grupo supero interno y superoexterno; o inferointerno; inferoexterno-crural—; o del grupo ilíaco: ganglio ilíaco externo, ganglio ilíaco interno

C.—Lesiones genitourinarias: en uretra anterior y posterior; vejiga; próstata; vesículas seminales; deferente; epididimo; testículos; cuerpos cavernosos y albugínea; estructuras periuretrales, escroto; périneo.

Debe tenerse en cuenta que estos cuadros regionales aparecen, en cuantioso porcentaje de enfermos, sin lesión primaria. No debe olvidarse que sólo son expresiones aisladas de enfermedad constitucional, capaz de producir simultáneamente, en esta fase temprana que venimos analizando, lesiones en otras partes del organismo.

Estudiaremos exclusivamente la invasión de los ganglios de la ingle.

—oOo—

La adenopatía inguinal es, dentro de las manifestaciones tempranas de la linfopatía venerea, el fenómeno clínico más destacado e impresionante. Mucho antes que la diferenciaron, en 1913, Nicolás Durand y Favre en Lyon, como linfadenitis venerea, independiente de las conocidas hasta entonces, y que Paul Ravaut la considerase, como una de tantas manifestaciones de una enfermedad constitucional, clínicos del siglo XVIII y XIX, tan agudos como John Hunter, Philippe Ricord, Velpeau, Trousseau, Geigel, Nelaton, L'Hardy, Lejars y Georges Marion e Imbert al principiar el siglo XX, habían ya publicado lecciones magistrales sobre sus síntomas y signos, que no coincidían con los clásicos de las adenopatías venereas.

En más del 90% de los casos, de una a tres semanas después del accidente primario, aparece adenomegalia uni o bilateral. En cuantioso porcentaje de enfermos, como dijimos, aquel no es observable o advertido, por lo que la infección se descubre "en forma súbita", en la ingle (bubon d'emblee de los cirujanos franceses). Suele aparecer, en raras ocasiones, adentis inguinal, y dos semanas después, primolesión cutánea o mucosa. En nuestro medio, en casi la mitad de los casos, la adenosis es bilateral. Cuando es unilateral, es dos veces más frecuente en el lado izquierdo que en el derecho. En la forma bilateral, lo común es que principie en una ingle y pasados algunos días se perciba en la otra.

Tres tipos clínicos fundamentales produce esta invasión de los ganglios de la ingle, de acuerdo con nuestros protocolos:

1.—Adenitis frustrada; que evoluciona en días o semanas, sin perturbación general; pobre en signos y síntomas de enfermedad constitucional.

2.—Adenitis de principio súbito y brusco; con turbación general; rica en signos y síntomas de enfermedad constitucional.

3.—Adenitis subaguda; que evoluciona en semanas y meses; con leve molestia general, y signos y síntomas de enfermedad constitucional.

Al primer tipo clínico, poco frecuente, lo define su nombre. Son adenopatías fugaces, paucisintomáticas, en las que se percibe hipertrofia de 2-3 ganglios, agrupados en forma que recuerda a la pléyade de Ricord, por lo que erróneamente se diagnostican como complejo primario sifilítico. Involucionan antes de fluctuar, de abscedarse. Las más pasan inadvertidas, ignoradas. Sólo son, en este aspecto reciente de la enfermedad, despistables por las pruebas biológicas o por la histopatología.

He visto que los tipos 2 y 3 evolucionan hacia cualquiera de estas 5 formas ganglionares, de clara y personal fisonomía, abundantes en signos, muchos de ellos inconfundibles, patognomónicos:

a).—FORMA TUMORAL EN PLACA CUADRANGULAR.

b).—FORMA TUMORAL IRREGULAR, HEMISFERICA, INGUINAL.

c).—FORMA TUMORAL EN DOBLE PLACA CUADRANGULAR.

d).—FORMA TUMORAL EN CUERNO.

e).—FORMA TUMORAL IRREGULAR, HEMISFERICA CRURAL.

f).—FORMAS MIXTAS. (a-d; b-e; b-d; d-e).

Rompiendo con el método descriptivo acostumbrado hasta la fecha, describiremos principalmente los signos particulares de cada forma, puntualizándolos y dividiéndolos de acuerdo con la evolución que habitualmente manifiestan, en: signos del período inicial, del período de estado, del de supuración y del de resolución.

—oOo—

Caracteres particulares de cada forma.

a).—FORMA TUMORAL EN PLACA CUADRANGULAR. (Figura Nº 3)

**Topografía.** Ganglios súpero externos, súpero internos, tejido celular de la mitad inferior del abdomen, ya hemilateral, ya bilateral. Tejido celular del tercio superior del muslo, cara anterior.

**Predominantemente unilateral izquierda.**

**Período inicial.** En la forma bilateral, lo común es que principie en una ingle, y pasados algunos días se perciba en la otra, originando así adenomegalias de evolución no concordante.

Por encima del pliegue inguinal principia a percibirse tumoración con infiltración en placa, de eje mayor paralelo al espacio inguinal y que hace ligero relieve en meseta, sobre el plano tegumentario. La piel, lisa y brillante, en pocos días se vuelve irregular, plegada, formando surcos paralelos, superficiales.

**Período de Estado.** La piel obsérvese de coloración normal o con eritema de color rosa o rojo violáceo. Desde un principio, el proceso infiltrativo y la periadenitis, enmascaran la coalescencia de los ganglios. Percíbese a la palpación placa cuadrangular que mide término medio de 8 a 10 centímetros en su diámetro mayor, y que en ocasiones hace relieve hasta en 1-2 centímetros sobre el plano tegumentario. En nuestro medio, siempre hemos comparado su volumen al de medio mango de manila. La consistencia es dura, de tipo leñoso. Los límites regulares, precisables. Excepcionalmente rebasa, en su límite inferior, el pliegue inguinal. Suele observarse, en algunos casos, proceso infiltrativo en capa, hacia el abdomen, y hacia base de escroto; en esta fase la piel de dichas áreas vuélvese irregular: márcanse así surcos y prominencias de gran valor semiológico. Transcurren semanas para que se formen uno o varios abscesos —no más de media docena en nuestra casuística.

**Período de supuración.** La cantidad de pus que se obtiene de los abscesos, siempre es escasa, pese al volumen de la tumoración. Hay ocasiones en que se forma un solo absceso capaz de fundir gran parte de la adenocelulitis: serían las llamadas formas de supuración en masa, descritas, sin fundamento, como formas clínicas especiales por Pautrier, Lanzemberg, Hellerström, etc.

**Período de resolución.** Suelen quedar pequeñas cicatrices de 5 a 20 mm. de diámetro, paralelas al pliegue de la ingle. No es rara la retracción cicatrizal.

b).—FORMA TUMORAL IRREGULAR, HEMISFERICA, INGUINAL. (Figura Nº 4)

Topografía.—Ganglios súpero externos, súpero internos, ganglios ilíacos. Predominantemente unilateral, derecha.

Período inicial. Nótese, por encima del pliegue inguinal, aumento de volumen de los ganglios súpero internos, que recuerda y se presta a diagnóstico diferencial con la pléyade de Ricord. En pocos días, la periadenitis engloba los ganglios, originando tumefacción irregular, ovoide, de eje mayor paralelo a la ingle. En casi todos los casos es perceptible el ganglio ilíaco interno o el externo, o ambos (ganglion repere de Nélatón).

Período de estado. La piel obsérvese normal o apenas modificada en su color. La adenocelulitis alcanza en algunos casos la región umbilical y el vacío correspondiente. El proceso infiltrativo suele aumentar el volumen hasta hacer relieve en 2-4 centímetros y aún más sobre el tegumento. Los límites son precisables, regulares. La consistencia de tipo leñoso. Depresiones más o menos hondas producen "abolladuras" en la tumoración. Transcurren semanas o meses para que se formen varios abscesos, casi siempre aislados.

Período de supuración. Pese a ser la más voluminosa de las formas clínicas, la cantidad de pus es escasa. Rómpe se la piel por pequeños orificios que tardan en cerrar si no se hace tratamiento adecuado. (Figura Nº 5).

Período de resolución: Las cicatrices suelen ser de 5 a 20 mm. de diámetro, paralelas a la ingle. Es rara la retracción cicatrizal.

c).—FORMA TUMORAL EN DOBLE PLACA CUADRANGULAR. (Figura Nº 6).

Topografía. Ganglios súpero-internos, súpero-externos, infero-internos, infero-externos, tercio superior de la piel del triángulo de Scarpa.

Predominantemente unilateral, derecha. Cuando es bilateral lo es con forma mixta.

Período inicial. Por encima y por abajo del espacio inguinal percíbese discreta tumoración, de forma, dimensiones y volumen de al-

mendra; de superficie discretamente plegada. La piel, desde los primeros días adquiere tinte violáceo. La depresión de la ingle se marca más, conforme ambas tumoraciones aumentan de volumen.

Período de estado. Estas dan la impresión de V abierta hacia la base de las bolsas, con el vértice dirigido hacia la espina iliaca anterior e inferior. Excepcionalmente adquieren mayor volumen que el de medio higo. La consistencia es renitente; los límites precisos, regulares.

Período de supuración. En días o semanas, se perciben una o más depresiones en cada tumoración. En el linde de la zona fluctuante es observable fino collar de descamación epidérmica. La piel se arruga, rómpese por escasos, finos orificios, por los que fluyen gotas de tipo sero purulento.

Período de resolución. La involución es lenta. Las secuelas pigmentarias, en banda, características, permiten hacer diagnóstico retrospectivo. Las fístulas suelen dejar cicatrices mínimas, puntiformes. Es excepcional la retracción cicatrizal.

#### d).—FORMA TUMORAL EN CUERNO. (Figura Nº 7)

Topografía. Ganglios inguinales superiores; tejido celular del pliegue inguinal; tercio superior del triángulo de Scarpa.

Período inicial. Predominantemente unilateral, derecha. En la mitad interna del pliegue inguinal, se percibe proceso infiltrativo en banda, de altura no mayor de 1-2 centímetros. Tal infiltración, avanza, en días o semanas hacia la extremidad interna del pliegue inguinal alcanzando no raras veces el pliegue génitocrural. La piel en esta banda es lisa, tensa. La lesión da la impresión de huso, de rodete, de cuerno, cuya porción más ancha estuviere hacia la zona del pliegue inguinal y la punta "ensartara" la base de las bolsas. Los signos de la movilidad superficial y profunda no existen. La tumoración cornial da la impresión de estar fija al pliegue inguinal.

Período de estado. La piel de la zona tumefacta pronto adquiere coloración rojo violáceo, rojo lila, púrpura; franja eritematosa que constituye signo de primera importancia. La infiltración cornial hace relieve en cinco o diez mm. sobre el plano de la piel. La consistencia es dura, lefosa, desde la iniciación del proceso. No se per-

ciben, clínicamente, ganglios. Los límites son netos. El proceso infiltrativo en banda está limitado por dos surcos, superior e inferior, patognomónicos. En esta forma clínica obsérvanse quizás con más frecuencia que en las otras, repercusiones constitucionales, acompañadas sobre todo de eritema nudoso o polimorfo.

Período de supuración. Al transcurrir semanas, se perciben una o más depresiones, no mayores de un centímetro, fusiformes, aisladas. Es dable observar pequeño absceso hemisférico, del volumen de media avellana a media almendra, que hace relieve sobre el plano del adenoflemón. Excepcionalmente fúndense los abscesos en absceso unicameral en banda. Es posible percibir en la zona fluctuante, collarcito oblongo, originado por fina descamación epidérmica. Rómpe se la piel por orificio u orificios de los que fluye, siempre escasa, pero constantemente, pus con los caracteres consignables en los signos comunes. Aquellos suelen estar en el pliegue o ser paralelos a él; entreabiertos, dan por su trazo la impresión de pequeña incisión quirúrgica. (Figura Nº 8). El absceso unicameral suele terminar con ruptura lineal de varios centímetros de longitud.

Período de resolución. La regresión es lenta. El proceso infiltrativo involuciona, pero deja como secuelas zonas fibrosas, retráctiles, en cuyo fondo persisten, supurando las fístulas —semanas, meses, años— si no se hace tratamiento específico. La secuela pigmentaria en banda es, de todas las secuelas pigmentarias de las distintas formas clínicas, la más característica. Pueden quedar una o varias cicatrices lineales de 5 a 20 mm. de longitud, cicatrices que, por las retracciones que las acompañan, suelen dar origen a graves trastornos de la circulación linfática.

e).—FORMA TUMORAL IRREGULAR, HEMISFERICA, CRURAL.  
(Figura Nº 9)

Topografía. Ganglios inguinales infero-internos, infero-externos, tejido celular del triángulo de Scarpa.

Forma no frecuente, uni o bilateral.

Período inicial. Por abajo del pliegue de la ingle comienza a percibirse discreto aumento de volumen. La periadenitis pronto engloba los ganglios, formando tumoración irregular, redondeada u ovoide. La piel presenta eritema de color rosa, rojo violáceo.

**Período de estado.** La adenocefalitis acrecienta lentamente; suele alcanzar hasta 9 centímetros y más en su diámetro mayor y hace relieve hasta en 2-3 centímetros sobre el plano tegumentario. La consistencia es dura, leñosa. En ocasiones, es difícil delimitar el progreso infiltrativo. En días o semanas se percibe fluctuación. Pueden palpase 2-3 o más zonas de reblandecimiento, o sólo una. Es posible observar abscesos hemisféricos, tan geométricos como el bubón de Audry o el absceso denominado simple; o abscesos en banda, paralelos al pliegue inguinal.

**Período de supuración.** Rómpe la piel por uno o por escasos, finos orificios. Es la forma que colecta la mayor cantidad de pus.

**Período de resolución.** La involución es lenta. Las secuelas pigmentarias poco marcadas; las cicatrices que quedan mínimas; empero, en esta forma clínica, no son raras las tumoraciones que se ulceran evolucionando tórpidamente hacia la curación y dejando cicatrices en faja, paralelas al pliegue inguinal. Es rara la retracción cicatrizal.

f).—FORMAS MIXTAS. (a-d, b-e, b-d, d-e)

Son muy frecuentes. Entremezclan sus signos propios. Si son bilaterales originan adenopatías de caracteres desemejantes.

Las formas mixtas más comunes en nuestro Servicio, son:

1.—Forma tumoral en placa cuadrangular. Forma tumoral en cuerno (a-d) predominantemente unilateral. (Figura Nº 10)

2.—Forma tumoral, hemisférica inguinal. Forma tumoral hemisférica crural (b-e) evolucionando simultáneamente o casi simultáneamente en el mismo lado o en el opuesto.

3.—Forma tumoral hemisférica, inguinal-forma tumoral en cuerno (b-d); frecuentemente bilateral. Esta forma clínica, cuando es unilateral, suele acompañarse con absceso superficial en fosa ilíaca, a la altura de los ganglios ilíacos; abscesos de forma y volumen de almendra, con descamación marginal, que no guarda ninguna relación con la adenitis ilíaca. (En algunos trabajos europeos se describe erróneamente como abscedación de un ganglio ilíaco).

4.—Forma tumoral en cuerno-forma tumoral hemisférica, crural (d-e) frecuentemente bilateral.



Fig. 1.—Lesión primaria: Ulceración con caracteres de chanero blando



Fig. 2.—Lesión primaria infiltrada en placa. Infiltración y surcos en piel de pene y de fosa ilíaca

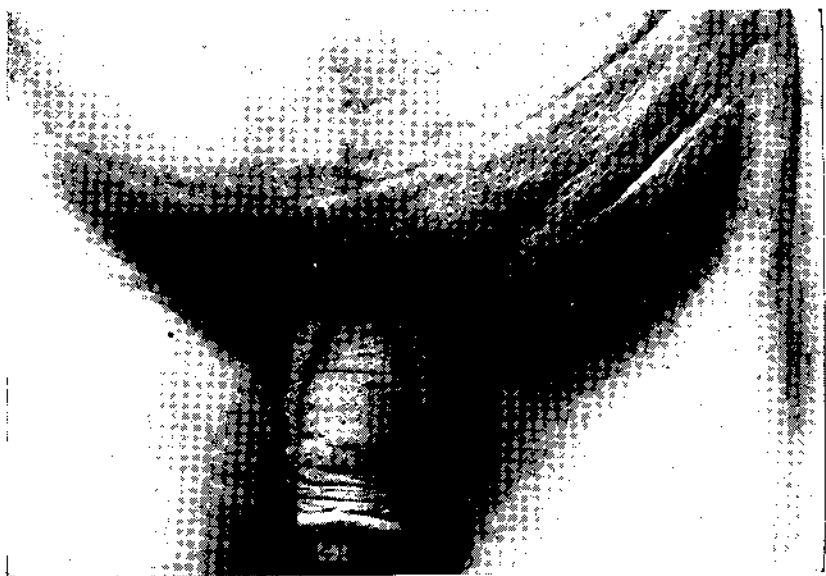


Fig. 3.—Forma tumoral en placa cuadrangular



Fig. 4.—Forina tumoral irregular, hemisférica, inguinal

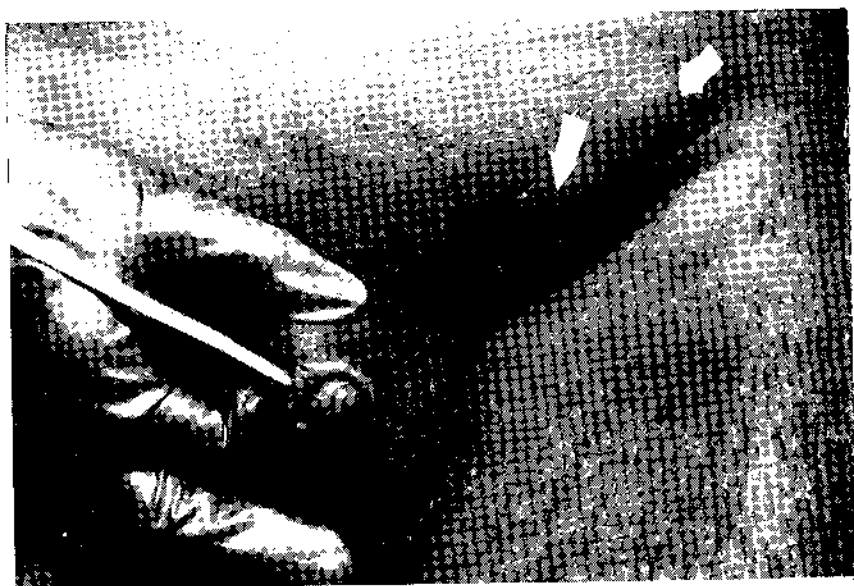


Fig. 5.—Ulceração sífiloide en limbo de prepúcio; forma tumoral irregular, hemisférica, en período de reblandecimiento (las flechas blancas señalan zonas de fluctuación)



Fig. 6.—Forma tumoral en doble placa cuadrangular



Fig. 7.—Forma tumoral en cuerno



Fig. 8.—Forma tunoral en cuerno en período de fistulización. Nótese topografía y morfología de las fistulas

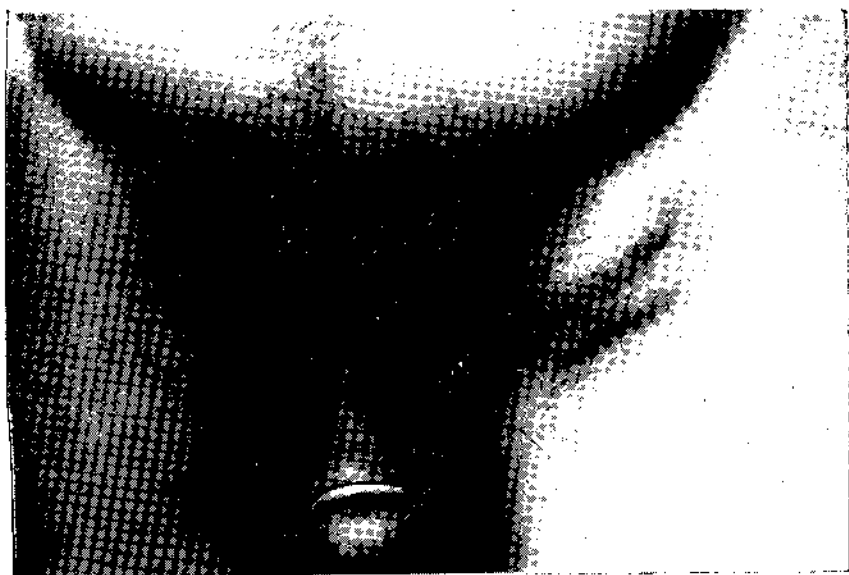


Fig. 9.—Forma tumoral irregular, hemisférica, crural



Fig. 10.—Forma mixta (a-d): tumoral en placa cuadrangular en fosa iliaca; tumoral en cuerno en ingle. Primo lesión en surco balano prepucial cerca de frenclum y en corona de glande

Hemos puntualizado, exclusivamente, los signos particulares de cada adenopatía y su importancia diagnóstica. Los caracteres comunes a las 6 formas clínicas consignadas, incluyen gran número de datos, signos sobre todo, muchos de los cuales orientan también en forma fácil hacia el diagnóstico, pero cuya descripción excedería los límites de la naturaleza de este trabajo. Síntomas comunes tales como dolor, sensación de pesadez inguinal y signos de edema regional, periadenitis, trastornos vasomotores, movilidad superficial, profunda, sensibilidad, forma de supuración, caracteres del pus, etc., ameritan descripción especial, que no haremos en esta ocasión, como tampoco trataremos de las manifestaciones constitucionales, de las complicaciones y secuelas locales, regionales y a distancia, de tipo temprano.

Hemos detallado exclusivamente las formas puras de la linfopatía venérea. La asociación con otras enfermedades venéreas, principalmente en nuestro medio con la sífilis, modifica el carácter clínico y siembra confusión en el diagnóstico. La índole de este trabajo nos impide tratar el tema, así como incluir el diagnóstico diferencial con otras afecciones inguinales.

## S U M A R I O

Se estudian, desde el punto de vista clínico, las modificaciones que ocasiona, en los ganglios de la ingle, la linfopatía venérea o enfermedad de Nicolás y Favre, en su fase temprana.

La clasificación de las alteraciones ganglionares es trazada de acuerdo con las formas simples y mixtas observables en México, insistiendo en la semiología particular a cada forma, método que no se había seguido hasta la fecha al describir la repercusión inguinal.

Se enumeran características y síntomas, y se refieren detalladamente signos observables en esta etapa inicial de la enfermedad, que permiten diferenciarla, en forma fácil, desde el punto de vista puramente clínico, de otros padecimientos de la ingle.

**COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR. OSWALDO ARIAS,  
"CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA PATOLOGIA DE LA  
INGLE. ASPECTOS GANGLIONARES DE LA  
LINFOPATIA VENEREA EN MEXICO"**

por el Dr. MANUEL PESQUEIRA,  
Presidente de la Sección de Venereología y Sifilografía

Me complace tener ahora el privilegio de comentar el trabajo del Dr. Oswaldo Arias cuya experiencia en Dermatología, Venereología y Urología, adquirida en largos años de trabajo en el Hospital Central Militar, le permite contribuir con observaciones personales al estudio de problemas como el que hoy trata.

Acertadamente el Dr. Arias, para su trabajo de ingreso a la Sección de Venereología y Sifilografía de esta Academia, escogió el tema del linfogranuloma inguinal, actualmente uno de los más importantes en el terreno de la Venereología, padecimiento que aun cuando de predominio genito-rectal, puede manifestarse en cualquier parte del organismo y que se presenta con mayor frecuencia de la que generalmente se cree.

Con el objeto, seguramente, de no hacer demasiado larga su exposición y poder entrar en detalles minuciosos, el Dr. Arias se limita a estudiar una de las manifestaciones de la enfermedad de Nicolás y Favre y después de una simple enumeración de las distintas manifestaciones y localizaciones del padecimiento, hace una clara y detallada exposición de los diversos aspectos que afecta la localización ganglionar.

---

\* Leído en la sesión del 13 de noviembre de 1950.

El autor describe 6 formas clínicas, división que parece justificada, pues a pesar de que algunos caracteres son comunes a todas, como la coloración de la piel y el tipo de supuración, la evolución varía con la distribución topográfica y el aspecto de la masa ganglionar.

Individualizada desde 1913, la linfopatía venerea sigue siendo frecuentemente confundida con otros padecimientos, por lo que a pesar de que los trabajos a este respecto han sido muy numerosos, es de alabarse que un nuevo estudio venga a hacernos meditar en la posibilidad de la etiología linfogranulomatosa en presencia de padecimientos diversos, como infecciones genitales catalogadas como banales, estenosis rectales atribuidas a sífilis u otros padecimientos, etc.

La descripción minuciosa que hace ahora el Dr. Arias ayudará sin duda a reconocer la naturaleza linfogranulomatosa de algunos procesos ganglionares de la ingle y dada la precocidad de esta manifestación, facilitará el diagnóstico oportuno que evita tratamientos equivocados y complicaciones tan serias como la elefantiasis de los órganos genitales externos y la estenosis rectal con todas sus consecuencias.

Tanta importancia tiene este padecimiento, que es de desearse que el Dr. Arias complete más tarde esta comunicación y nos traiga sus observaciones sobre las demás localizaciones del mal y sobre los resultados de los tratamientos modernos.

Conocidos son los frecuentes fracasos de los tratamientos anteriormente usados, como el tártaro emético, el antimonio, el hiposulfito de magnesio y la terapéutica biológica. Sería por lo tanto interesante comparar los resultados de aquellos tratamientos, con los obtenidos más tarde con las sulfonas administradas por vía oral o por el método de infiltración local ideado en México por Alemán Pérez, y con los considerados actualmente como de elección: aureomicina y cloromicetina.

En espera de esta nueva contribución no me queda sino felicitar al Dr. Arias y darle la bienvenida a la Academia.