Anales del Instituto Médico Valenciano

BOLETÍN (1841-98)

REVISTA MENSUAL

SUMARIO:

A propósito de un caso de bursitis calcificante subdeltoidea, diagnosticada por la Radiografía, por los Dres. C. Calatayud y L. Estopiñá.

Información sobre el Salvarsán en la sifilis y otras enfermedades: 500 aplicaciones de Salvarsán en el Hospital Provincial de Valencia, por el Dr. M. López Roméu. (Continuación.)

Revista de revistas.

Varia: El auto-anuncio profesional.

A propósito de un caso de bursitis calcificante subdeltoidea diagnosticada por la Radiografía (*)

Por los Dres. C. Calatayud, Especialista Roentgenólogo y Sisicoterapeuta, de Valencia y L. Estopiñá, Auxiliar de Cirugía de la Sacultad de Medicina de Valencia

Con el nombre de *periartritis escapulo-humeral*, ha descrito Duplay una afección dolorosa del hombro, acompañada de impotencia ó sensación de debilidad del miembro superior, é independiente, en la mayoría de los casos, de todo proceso inflamatorio de la articulación respectiva.

En su forma aguda y en la crónica, la enfermedad de Duplay se relaciona de ordinario, etiológicamente, con un traumatismo; se la observa á consecuencia de esfuerzos violentos, choques, luxaciones y contusiones del hombro. Los pacientes, adultos ó de edad madura, se presentan al clínico con una actitud siempre la misma: el brazo del lado afecto apoyado sobre el pecho; el antebrazo en flexión, formando ángulo recto con el brazo y sostenido por la mano del lado sano ó por un cabestrillo, con lo cual, y apretando el antebrazo contra el tórax, se mantiene inmóvil todo el miembro superior; la mano ligeramente péndula. Interrogados, aquejan aquéllos, dolores más ó menos vivos en el hombro y parte superior é interna del brazo, que la presión, especialmente en la zona comprendida entre el acromión y la cabeza del húmero, y los movimientos activos y pasivos exacerban extraordinariamente. A menudo, la palpación revela la existencia de una ligera tumefacción plana subdeltoidea. Existe siempre una verdadera dificultad funcional del brazo; la abduc-

^(*) Comunicación al VI Congreso Internacional de Electrología y Radiología Generales y Médicas de Praga, 3-9 de Octubre de 1912.

ción de éste es apenas posible; la rotación hacia atrás y la extensión hacia la horizontal no alcanzan toda su amplitud. Los movimientos pasivos pueden verificarse en mayor escala y sin dolor, pero sólo hasta cierto límite, pasado el cual, aquél se establece, y en forma que llegaría á veces á ser intolerable. En los casos crónicos, el deltoides ofrece una atrofia más ó menos pronunciada.

Duplay estima la afección que lleva su nombre como debida á la inflamación adhesiva y ulteriormente obliterante de parte ó de todas las bolsas serosas (subacromial, subcoracoidea, subdeltoidea y bicipital) que rodean la articulación escápulo-humeral.

Un conjunto sintomático cual el descrito, así de poco característico, deja indeciso al práctico más experimentado, que no acierta á distinguir, aquilatando además, tan minuciosamente como sea, todos los datos anamnésicos que pueda suministrarle el paciente, entre la periartritis de Duplay y una fractura parcelaria de la cabeza del húmero, el reumatismo muscular, la neuritis dolorosa del circunflejo y una artritis del hombro.

Desde hace poco tiempo entra en consideración para los efectos del diagnóstico un nuevo signo diferencial, cuyo reconocimiento permite esclarecer aquél cierta y seguramente. Tal signo es del dominio de la técnica Röntgen y consiste en la imagen fotográfica de ciertas concreciones ó depósitos, opacos á los rayos X, de que son asiento con mucha frecuencia los sacos serosos extra-articulares del hombro cuando se afectan de inflamación aguda ó crónica. Para no hacer historia remitimos al lector á los trabajos de Bergemann y Stiéda (1), Haenisch (2), Kienböck (3), Zur Verth (4), Grashey (5), Bergonié y Spéder (6), autores ó colaboradores del interesante capítulo de Röntgenodiagnóstico que se refiere á dichas concreciones.

Ocupando en parte la sombra del deltoides y á unos 5 á 10 mm. por dentro del contorno supero-externo de la misma, las imágenes á que nos referimos aparecen á una altura distinta, según cual sea la bolsa lesionada, y así pueden verse, ya en el pequeño espacio que media entre el límite inferior de la proyección del acromión y el límite superior de la silueta humeral, ó, ya más abajo, por fuera de la línea externa de esta silueta. Su forma es irregularmente oval, ó más ó menos alargada, ó bien semilunar, ó triangular, con ángulos romos; su eje mayor es tangencialmente paralelo al contorno de la cabeza del húmero; varían sus dimensiones desde 3 á 4 mm. de anchura por 4 ó 5 mm. de longitud, hasta 3 ó 4 cm. de ancho por 9 á 12 cm. de largo. Por lo general, existe una sola mancha; raramente se observan varias, reunidas ó separadas unas de otras. Rasgo estructural no ofrecen si no es á veces un aspecto groseramente granuloso, pareciendo entonces como formadas por un conjunto de pequeñas sombras redondeadas. Sus límites son borrosos, difusos; su

⁽¹⁾ STIÉDA. – Zur Pathologie der Schultergelenkshleimbeutel. (Arch. f. Chir., 1908. Bd. 85, H. 4, página 810.)

BERGEMANN Y STIÉDA. - Munch. Medizin. Wochens., 1908, núm. 52, pág. 699.

⁽²⁾ F. Haenisch.—Ueber die Periarthritis humero-scapularis mit Kalkeinlagerung im Roentgenbilde (Actas del IV Congreso alemán Roentgen, Abril 1910, pág. 87; y Fortschr. auf. d. Gebiete d. Roentgenstrahlen, Bd. XV, H. 5, pág. 293.)

⁽³⁾ Kienboeck.—Ueber die Bursa subacromialis u. subdeltoida u. ihre Erkrankungen im Roentgenbilde. (Arch. f. physik. Medizin, Bd. V, H. 2, pág. 93, Abril 1910.)

⁽⁴⁾ Zur Vert. - Actas del VI Congreso Alemán Roentgen, 1910, pág. 92.

⁽⁵⁾ GRASHEY.-Actas del VII Congreso Alemán Roentgen, 1911, pág. 39.

⁽⁶⁾ Bergonié y Spéder.—Les calcifications des bourses synoviales sous-acromio-deltoidiennes (maladie de Duplay) au point de vue radiographique. (Paris Médical, 6 Enero 1912, pág. 152.)

densidad de sombra es igual ó menor que la del acromión; pero su carácter más importante es el no presentar ningún vestigio de arquitectura ósea.

Estas opacidades de las bolsas periarticulares no pueden ser debidas, dice Kienböck, mas que á un contenido de peso específico bastante elevado, rico, por ejemplo, en hierro ó en cal. Corresponden, en efecto, sea por excepción á pequeñas hematomas, sea más comúnmente á depósitos calcares. En todos los casos observados por Stiéda, Bergemann, Haenisch y Grashey, en que la intervención quirúrgica dió ocasión al examen directo de las bolsas inflamadas, las sombras dadas por la radiografía eran producidas por concreciones de cal.

Desde el punto de vista röntgenográfico, dichas concreciones pueden ser confundidas, sobre todo, con una fractura parcelaria y con un desprendimiento óseo de la tuberosidad mayor del húmero. Si las sombras presentan límites muy limpios, sus ángulos son agudos, se descubren en ellas detalles de estructura ósea y se perciben además irregularidades y muescas en la imagen del húmero, revelando como una pérdida de substancia de éste, se tratará evidentemente de fragmentos de hueso y no de concreciones calcáreas.

Un pequeño tumor epidermoideo situado en puntos iguales á los que aquéllas ocupan, podría, como en una observación de Krüger, suscitar una duda ó un error de diagnóstico, pero un caso semejante debe considerarse excepcional y rarísimamente probable.

Hay lugar á distinguir la bursitis, del reumatismo deformante con osificaciones de poco espesor al nivel del húmero en los puntos de insección de los tendones y ligamentos y de la sinovitis osificante. Tratándose de estas dos últimas afecciones, no faltarán como detalles característicos los correspondientes á las lesiones articulares, la alteración de los contornos óseos, etc.

Otro error posible, según Kienböck, es confundir las calcificaciones con los secuestros periósticos consecutivos á las osteoperiostitis tuberculosa y sifilítica del húmero ó del acromión. La diferenciación exacta habrá de basarse, como observan Bergonié y Spéder, en el aspecto y la situación de las sombras y, más que todo, en las modificaciones de transparencia y de arquitectura de los mismos huesos.

Cabría, en fin, haber equivocación entre un depósito calcáreo y el núcleo epifisario del acromión de los jóvenes, si las circunstancias de forma, apariencia, situación de la imagen y de edad del sugeto no bastaran á evitar un juicio falso.

**

Viene ahora á propósito, después de lo expuesto, una observación personal nuestra muy demostrativa del papel importante reservado al examen röntgenográfico en el diagnóstico de muchos casos de bursitis calcificante del hombro, que pudieran desconocerse ó incluirse en la cuenta de otras diversas afecciones con sintomatología análoga.

M. S. S., de 49 años, temperamento linfático nervioso, buena constitución, medianamente obesa, menopáusica desde hace un año, interrogada detenidamente, expone de manera precisa y clara (aunque ocupando modestísima posición social, es persona inteligente y que se expresa con facilidad): Que ha gozado siempre de una salud perfecta; no recuerda más enfermedades, dice, que los partos de sus dos hijos, que viven sanos y robustos; partos normales, precedidos y seguidos de embarazos y puerperios perfectamente normales también; sus padres murieron de afección aguda los dos á edad avanzada y disfrutaron siempre excelente salud.

El día 18 de Febrero próximo pasado, ejecutando M. S. un acto tan vulgar y corriente como el cortar pan con un cuchillo (y añadiendo la enferma, para concretar más, pan blando y cuchillo que corta muy bien), es decir, sin esfuerzo, violencia ni actitud rara, experimentó súbitamente un agudisimo dolor al nivel del hombro derecho, que convirtió ipso facto en impotente el miembro superior del mismo lado. Impotencia absoluta para el brazo, relativa para el antebrazo, manos y dedos, que podían ser respectivamente flexionados, aunque en corta medida y produciendo las tentativas en este sentido dolores de repercusión en el muñón del hombro.

En este estado permaneció la enferma dos días, durante los cuales agotó la familia,

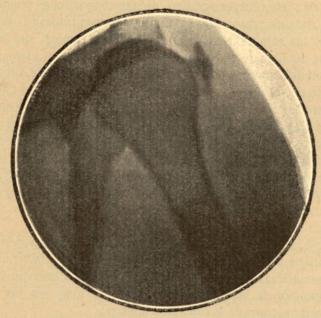


Figura 1.ª

sin resultado, todos los linimentos calmantes vulgares; persistía el dolor impidiendo todo reposo é imposibilitando en absoluto el uso del miembro superior derecho.

En vista de ello, decide someterse á los consejos y cuidados de un facultativo, presentándose en la Consulta de uno de nosotros el día 20 de Febrero, tercero de enfermedad.

Después de un minucioso y detallado relato, del que entresacamos los supradichos antecedentes, procedemos á su exploración, desprovista por completo de ropas la parte superior del tronco y miembros superiores.

Nada á la inspección revelaba ninguna anormalidad de una región del hombro con respecto á su homóloga: coloración normal, volumen lo mismo; ni una mancha, ni el más ligero equimosis, ni la menor tumefacción. Practicamos una detenida exploración manual y de ella deducimos la existencia de todos los relieves, surcos, eminencias y depresiones que corresponden á un hombro perfectamente íntegro, lo mismo en su armazón óseo, que en las partes blandas que lo recubren; por la parte posterior hacia la escápula y dorso, por la inferior hacia la axila, y por la anterior hacia la mama, ningún signo de presumible derivación de proceso que hubiera comenzado al nivel más alto del muñón del hombro. Objetivamente, y en resumen, nada en absoluto. Sólo el síntoma dolor, extendido á toda

la región y circunscrito, marcado, insistente y muy exacerbado á la presión en dos puntos: uno situado en la cara externa y superior del brazo, á un nivel intermedio entre los dos cuellos del húmero, y otro al nivel de la apófisis coracoides. Para evitar posible error de sugestión en la enferma, condujimos el dedo explorador á dichos dos puntos siguiendo diversas trayectorías, y siempre, sin vacilación, acusó en idéntico sitio las dos zonas circunscritas, especialmente dolorosas, sobre el fondo de endolorimiento general á toda la región.

Con tales antecedentes, mejor dicho, con tal carencia de ellos, con tan brusco comienzo de la afección y con sólo el signo dolor en la forma que hemos descrito y la im-

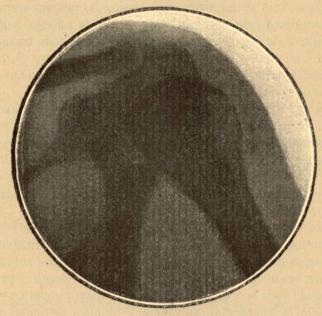


Figura 2.ª

potencia funcional derivada de él, el problema diagnóstico se presentaba enigmático, faltando materia hasta para un juicio de presunción.

En algunos casos (y recientemente hemos tenido ocasión de observar un ejemplo), una fractura del cuello quirúrgico del húmero, con enclavamiento perfecto de los fragmentos, puede no ofrecer más síntomas que el dolor al nivel de la fractura y la impotencia funcional, pues hasta la integridad del hueso puede aparecer completa erróneamente, ya que los movimientos impresos al cuerpo del húmero se transmiten exactamente á la extremidad superior, por el sólido enclavamiento de los fragmentos; pero, aparte de que semejantes fracturas se encuentran en personas jóvenes en el mayor número de las veces, siempre hay además una violencia que explica su producción: caída sobre el hombro, golpe directo con un bastón, etc., etc.

En el presente caso, la falta de violencia por un lado, y por otro de cualquier padecimiento anterior, por leve que fuera, y lo brusco de la aparición del dolor, alejaban la idea de toda lesión traumática ósea ó de las partes blandas y de toda afección de las ajenas al traumatismo, que pueden determinar dolores muy agudos al nivel del hombro: neuralgia del circunflejo, mialgia deltoidea, reumatismo articular, etc. Algunas de estas afecciones,

lo mismo que las bursitis serosas, agudas ó crónicas, aparecen de preferencia en personas que, por su profesión, están expuestas á traumatismos, ó roces repetidos al nivel del hombro (dentistas, cargadores, mozos de cordel) y no tienen nunca un principio tan inusitado, á más de ir acompañadas de otros síntomas.

En ésta, como en otras ocasiones, nos dió la solución del enigma clínico la radiografía — cliché obtenido en el Instituto del Dr. Calatayud—mostrándonos (fig. 1.ª) claramente la completa integridad del armazón óseo del hombro en todas sus partes y la presencia, á un nivel correspondiente al primer punto doloroso citado, separada del húmero unos 3 mm. y como flotando en la masa del deltoides, de una sombra alargada de contorno difuso y forma irregular, más ancha arriba que abajo, del tamaño un poco mayor que una lenteja, orientada paralelamente al límite externo de la cabeza humeral, en dirección oblicua de arriba abajo y de dentro á fuera, desprovista de toda traza estructural y en la cual pueden distinguirse cuatro zonas: dos, superior é inferior, claras como la sombra acromial, otra interna algo más obscura y otra media y externa casi tan densa como la imagen de la parte esponjosa de la cabeza del húmero.

Aquella mancha debía ser producida por una concreción calcárea; su situación era exactamente la que corresponde al saco seroso subdeltoniano. La brusca aparición del dolor en la enferma podía explicarse ya, como consecuencia del desprendimiento de la concreción de la pared del saco. Se trataba, en suma, de una bursitis calcificante—la periartritis escápulo-humeral subdeltoidea de Duplay—especialmente estudiada por este autor y de la cual las más nutridas estadísticas comprenden 10 ó 12 casos.

Los hechos confirmaron posteriormente nuestro diagnóstico. La aplicación de un vendaje inmovilizador (una charpa grande y una corbata horizontal) inició la cura. Rápidamente se mitigaron los dolores; al cabo de diez días eran casi insignificantes, si bien los exacerbaban los intentos para mover la extremidad. Comenzamos entonces la movilización pasiva combinada con sesiones diarias de electrización, galvánica al principio (gran electrodo positivo cubriendo toda la región, otro electrodo mayor negativo en el dorso, régimen en miliamperios según la tolerancia), galvánica y farádica después, y la enferma curó, quedando por completo restablecida en poco más de un mes.

Coincidiendo con el primer notable alivio obtenido, á los veintitantos días de hecha la primera radiografía, hizo otra el Dr. Calatayud (fig. 2.ª), en la cual, la debilitación de la mancha, reducida ahora á una estrecha cinta estrangulada en dos puntos, indicaba de modo indudable la rápida reabsorción de la concreción calcárea.

* *

Creemos que la historia clínica relatada ofrece algún interés. Aparte de poner de relieve una vez más la utilidad de la exploración radiográfica, justificando su empleo sistemático en la práctica quirúrgica corriente, puede contribuir á aclarar la patogenia todavía obscura del proceso de calcificación en la periartritis de Duplay. Interesa, además, desde el punto de vista del tratamiento de dicha afección.

Se discute la parte que corresponde al traumatismo en la formación de los depósitos calcáreos. Que aquél determina los fenómenos dolorosos parece cosa cierta y se admite generalmente; pero es más improbable que la calcificación de las bolsas tenga el mismo origen. Lo que arguye en favor de este último extremo es que se han observado á veces calcificaciones en el lado sano sin dolores ni molestias concomitantes.

En nuestro caso falta el tiempo, entre el hecho—violencia si se quiere—que determinó la iniciación de la enfermedad y el reconocimiento del depósito calcáreo por la radiografía, para atribuir al traumatismo la causa de la calcificación. Sin duda, ésta preexistía y aquél no hizo mas que provocar una inflamación de los sacos serosos, de dónde los dolores vivos que acusaba la enferma. Así, pues, el traumatismo no debe ser la causa verdadera de la afección, y en todo caso, como en el ejemplo aportado por nosotros, no hará sino despertar un proceso crónico indoloro, agudizándolo más ó menos violentamente.

Cuanto á la terapéutica de la enfermedad de Duplay, nuestra observación demuestra las excelencias de un tratamiento conservador por los agentes físicos, de acuerdo con la

opinión de Haenisch y Holzknecht.

La intervención quirúrgica no debe practicarse cualesquiera que sean las dimensiones del depósito calcáreo, á menos de que la aplicación de dicho método no diera resultado satisfactorio al cabo de dos ó tres meses.

Mayo, 1912.

സ്ഥാ സ്ഥാ

Información sobre el Salvarsán en la sífilis y otras enfermedades

300 APLICACIONES DE SALVARSAN EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DE VA-LENCIA, por el Dr. M. López Roméu.

(Continuación)

Como notable, podemos citar un caso sifilítico de hace siete años, que representaba una ulceración gomosa en la nalga de ocho centímetros y otra extensa en la región poplítea de veinticinco centímetros de extensión por unos ocho de anchura; ambas ulceraciones cicatrizaron completamente en cinco semanas. Otro caso, con una úlcera gomosa en la frente de unos siete centímetros, profunda, notándose con el estilete algunos puntos denudados del frontal, que cicatrizó rápidamente. Un enfermo con múltiples úlceras que comprendían toda la región lateral del cuello, desde la oreja á la clavícula, caso verdaderamente notable por lo rápidamente como se realizó la cicatrización. Un enfermo de sífilis recidivante, que en otras ocasiones había permanecido largas temporadas en el hospital, se presentó con dos úlceras gomosas, del tamaño de un duro, en el antebrazo y muslo izquierdos; aplicado el 606 se modificaron las úlceras y se inició el trabajo cicatricial con tal intensidad, que el enfermo tomó el alta dos semanas después. Este caso es sumamente interesante, pues en él podemos comparar la rápida cicatrización obtenida en la manifestación presente á beneficio del salvarsán, con la lenta curación de los accidentes anteriores tratados por el método mixto, en que el enfermo permanecía varios meses en el hospital. Ultimamente, hemos visto un extenso goma-gangrenoso de la pantorrilla que en unos días se ha modificado la úlcera, comenzando la reparación.

Entre los casos de sífilis ósea tenemos uno altamente demostrativo de la acción real del salvarsán sobre las manifestaciones sifilíticas de los órganos profundos y de la superio-

ridad de la inyección venosa sobre la muscular. Tratábase de una mujer afecta de osteoperiostitis del tercio inferior del fémur izquierdo; se le aplicó una inyección de 0'4 de salvarsán en la nalga, á la parafina. A partir del día de la inyección desapareció el dolor, que era muy acentuado anteriormente; pero la tumefacción existente en el tercio inferior del fémur no presentó la menor modificación. Tres semanas después reapareció el dolor y le practicamos una inyección intravenosa de 0'3, con la cual desapareció definitivamente el dolor y poco á poco fué reabsorbiéndose completamente la tumefacción. Cuatro meses después hemos vuelto á ver la enferma y permanecía curada la lesión.

Otro caso de necrosis palatina, igualmente demostrativo. Ulcera gomosa del paladar con necrosis de la lámina ósea; inyección de 0'4 de 606 intramuscular; en los días siguientes se modifican los bordes de la ulceración, desaparece la tumefacción, la mucosa tiene el aspecto normal y la úlcera se manifiesta como una pérdida de substancias hecha con un sacabocados; en el fondo se ve la lámina ósea necrosada, blanca, limpia. Dos semanas después se movilizó el secuestro, que fué extraído y cicatrizó prontamente la ulceración. Pero tres semanas después se presentó una nueva tumefacción en la región frontal y al incindirla nos encontramos necrosada la lámina ósea. Aplicamos una segunda inyección, pero intravenosa, y no se ha presentado ninguna nueva manifestación, á pesar de haber transcurrido cinco meses, pues este caso, lo mismo que el anterior, fueron de los primeros que tratamos á principio de año.

Otras dos necrosis frontales hemos tratado. La una es extensa, alcanzando toda la altura del hueso; con la inyección se han modificado los tejidos blandos y la supuración se ha agotado y perdido la fetidez; el secuestro persiste adherente, pues sólo han mediado unos días desde la inyección. El otro caso es una necrosis del frontal del tamaño de una pieza de cinco pesetas que, mediante dos inyecciones venosas, han ido desprendiéndose parcelariamente los secuestros hasta llegar á la cicatrización.

De los casos de sífilis ósea que hemos tratado, sacamos la convicción de que el salvarsán ejerce una verdadera acción sobre las manifestaciones sifilíticas de los tejidos profundos, contrariamente á la opinión de los que creen que dicho agente sólo tiene acción sobre las manifestaciones cutáneo-mucosas, obrando como un simple cicatrizante. Sin negar esta acción fisiológica de los arsenicales sobre los epitelios, hecho bien estudiado y admitido por los dermatólogos desde hace tiempo, creemos, por lo que hemos observado, que el arseno-benzol tiene una influencia poderosa, específica, sobre los accidentes sifilíticos, sean superficiales ó profundos. Y esta influencia sobre las lesiones óseas es muy superior á la que se obtiene con el mercurio y el ioduro, bajo cuya acción evolucionan con suma lentitud, tardando meses y meses la eliminación de los secuestros y la reparación de la herida; mientras que con el salvarsán hemos visto modificarse los tejidos blandos rápidamente, movilizarse los secuestros en unas semanas y cicatrizar después la herida en unos días.

En tres enfermos inyectados hemos observado la presencia de osteopatías algunos días después de la administración del medicamento. El uno era un estudiante en plena roséola, que al día siguiente de la inyección, y tal vez influenciado por pasar la tarde en la playa expuesto al viento fresco y húmedo, aparece una placa de periostitis, en el frontal, tumefacta y dolorosa, que persistió hasta unas semanas después, en que le aplicamos una segunda inyección. En otro caso se trataba de una sífilis secundaria grave que había presentado varias erupciones papulosas y onixis múltiples, y tres días después de la inyección

aparecen tres puntos de periostitis (en las extremidades superiores de las dos tibias y en la extremidad inferior de la izquierda), que desaparecieron unos días después. El tercer enfermo es el ya citado de necrosis palatina y que unas semanas después de tratado se le manifiesta una tumefacción frontal seguida de necrosis de la lámina externa.

Es difícil admitir en estos casos una recidiva de la enfermedad, particularmente en los dos primeros que justamente presentaron los accidentes cuando se encontraban los enfermos bajo la plena acción del medicamento; y es de creer que estos fenómenos estén intimamente ligados á la inyección de salvarsán que les ha precedido, constituyendo casos de reacción Herxheimer presentados en los huesos. Mírese este fenómeno como debido á la acción de las toxinas puestas en libertad por la destrucción del treponema motivado por el 606, ó admítase una acción deficiente del salvarsán que, en vez de matar los microorganismos, se limitará á excitar su vitalidad, provocando reacciones locales, la reacción Herxheimer da una explicación satisfactoria de los primeros casos; en cuanto al tercero, á pesar de las cuatro semanas transcurridas desde la inyección hasta la aparición de la lesión frontal, creemos que ésta habrá podido ser influenciada por el salvarsán empleado en dosis escasa.

Las restantes sifilopatías tratadas son:

- 1 goma del velo.
- 2 hepatitis heredo-sifilíticas.
- 2 sífilis nasales.
- 2 » pulmonares.
- 1 orquitis gomosa supurada.
- 3 neurastenias.
- 1 epilepsia sifilítica.
- 2 hemiplejias con afasia.
- 2 hemiplejias.
- 1 mielitis antigua.
- 1 parálisis general.
- 1 tabes incipiente.
- 1 sordera rápida.

Los resultados han sido variables.

El goma del velo, que amenazaba desprender la campanilla, mejoró rápidamente, dejando al cicatrizar una pequeña pérdida de substancia.

Los casos de hepatitis eran dos hermanitos de 14 y 10 años. El padre tenía una historia francamente sifilítica; en el niño mayor estaba aumentado el hígado, hasta sobrepasar la línea umbilical, bazo aumentado, abdomen abultado con desarrollo venoso, ligera ascitis, diarreico y estado general caquéctico muy pronunciado; su hermano menor tenía aumentado el hígado y el bazo, pero conservaba bien el estado general. Se trataron con el salvarsán á razón de medio centigramo por kilo, en inyección intramuscular. En ambos disminuyó notablemente el hígado; también se redujo el bazo, aunque no tanto, y en el niño mayor desapareció la ascitis y se reconstituyó de tal manera el estado general, que dos meses después me escribió la familia diciéndome que los niños se encontraban bien, y sobre todo el mayor, que era el más profundamente afectado.

En un caso de sífilis nasal de un adolescente (hereditario también) con tumefacción

nasal y numerosas ulceraciones gomosas en el cuello, vimos cicatrizar completamente éstas, desaparecer la dacriocistitis y reducirse la tumefacción nasal.

La orquitis gomosa supurada mejoró notablemente los primeros días, reduciéndose la ulceración, pero después evolucionó más lentamente, tardando seis semanas en cicatrizar.

Los casos de neurastenia han mejorado; el enfermo de epilepsia no ha presentado nuevos ataques desde que fué tratado; de las hemiplejias, el único caso reciente que he tratado (hemiplejia con afasia) fué mejorando paulatinamente desde que se le administró el salvarsán, y dos meses después había desaparecido la dificultad en la articulación de la palabra, los movimientos de los miembros superior é inferior eran normales, acusando solamente una ligera torpeza en la mano izquierda, y la reacción Wasserman se había hecho negativa.

Como se ve, el salvarsán aplicado á las manifestaciones sifilíticas de los órganos profundos da resultados variables; muchas veces obra de un modo intenso y rápido, obteniéndose curaciones radicales, pero en otras sólo se notan mejorías, y en algunas no se aprecia ninguna modificación.

Esta diversidad de resultados no debe sorprendernos, á poco que nos fijemos en la manera de ser de estos procesos; muy al contrario, está de acuerdo con lo que sabemos de las lesiones sifilíticas y sus consecuencias en los órganos profundos y especialmente en el sistema nervioso. Estas lesiones son en unos casos de marcado carácter sifilítico, como el goma, va sea circunscrito ó difuso, y la arteritis que, produciendo trastornos circulatorios, engendra alteraciones importantes en el sistema nervioso, y se comprende que los cuadros clínicos podrán ser curados por el salvarsán de un modo rápido y hasta prodigioso, de igual manera que se observan en las manifestaciones sifilíticas de la piel y de las mucosas. Pero otras veces las lesiones sifilíticas determinan ulteriormente alteraciones de carácter común, no específico, como son los aneurismas y hemorragias consecutivos á la arteritis ó las formaciones esclerósicas engendradas por anteriores procesos sifilíticos, y todas estas lesiones comunes no serán influenciadas por el 606. Esto explica, entre otras razones, el buen resultado que hemos tenido en la hemiplejia de fecha reciente, que hemos inyectado, y el por qué los resultados han sido menos satisfactorios en los demás. De ahí la recomendación de emplear el salvarsán en las sífilis nerviosas recientes, cuando la naturaleza de la lesión puede ser puramente sifilítica.

Aun siendo inconstantes los resultados del 606 en estos casos, no dejan de tener gran importancia. Recuérdese que, aunque la acción del mercurio y del ioduro es innegable en la mayoría de estos casos, requiere una administración continuada durante largo tiempo, y lo que es peor, las lesiones se rebelan en algunos casos contra el tratamiento mixto, permaneciendo indiferentes á su acción. Para convencerse de nuestra deficiencia terapéutica en las sifilopatías profundas, y especialmente del sistema nervioso, basta ver los resultados que arrojan las estadísticas de este último aparato: una minoría de casos termina por la curación, otra minoría acaban mal, la mayoría llega á una curación incompleta, estando los enfermos condenados á soportar el resto de su vida trastornos de mayor ó menor importancia, que los colocan fuera de la normalidad.

Se citan casos de lesiones sifilíticas rebeldes al 606, y otros de sífilis que recidivan, presentándose nuevas manifestaciones después de la inyección.

(Continuará.)

REVISTA DE REVISTAS

Estado actual de la vacunación antitífica y oportunidad de su aplicación en la práctica.

Por el Dr. Morales. (Academia Médico-quirúrgica Española.)

El Dr. Morales lee un trabajo, resumen de los datos existentes sobre este asunto, tan importante para la salud de los ejércitos en campaña.

Aunque Chantemesse y Widal afirmen que fueron los primeros que prepararon vacunas antitíficas, sería injusto no citar á otros investigadores que, como Simons, Fraenkel, Briger, Kitasato, Shiga, Wassermann y Bedrescka, demostraron en los animales las propiedades vacuníferas del bacilo tifoso y la posibilidad de hacer ensayos en el hombre.

En Septiembre de 1906 publicó Wright, en *The Lancet*, sus primeros ensayos en el hombre, y en Marzo del 98 publicó su primera estadística que comprendía 130 no vacunados y 84 vacunados, dando, en idénticas condiciones de higiene, 16 casos de tifoidea los primeros y ninguno los últimos. Estos resultados indujeron á Wright á aconsejar al Gobierno inglés la vacunación de los tropas que embarcaban para la India, y es más de admirar la clarividencia de Wright, por cuanto por aquella época los bacteriólogos, incluso Chantemesse, visto el éxito del suero antidiftérico, andaban esperanzados en la obtención de sueros antitíficos, los cuales, por lo demás, no dieron resultado alguno.

El Gobierno inglés nombró una Comisión, de la que fué ponente Bruce, y encargado de la elaboración de la vacuna, según la técnica de Wright, Leihsman.

Las vacunaciones, que eran voluntarias, se hicieron en las tropas que fueron al Transvaal. Para ello se pusieron dos inyecciones á cada soldado: una antes de salir el barco, y otra durante el viaje; pero muchos no quisieron ponerse mas que la primera.

En Septiembre de 1902 dió la Comisión su primer informe, haciendo saber que entre 19.069 soldados vacunados, hubo 226 casos de tifoidea (11'84 por 1.000) con 34 muertos, lo que da una mortalidad de 17 por 100, y entre 150.231 no vacunados, padecieron la infección 3.739 (24'88 por 1.000), con una mortalidad de 25 por 100. Wright consideró que este medio profiláctico había disminuído la morbilidad en una mitad, y aún más la mortalidad.

Pero el valor de estas cifras fué criticado, y resultó en conjunto desfavorable al nuevo proceder, pues, á vuelta de mucho insistir sobre la dificultad de juzgar un método en el cual se habían visto deficiencias de técnica en la aplicación y preparación, es lo cierto que aconsejaban renunciar por el momento á seguir preparando el líquido profiláctico.

No obstante—decía Bruce—si se desea continuar utilizándolo en el Ejército, debe el profesor de Patología presentar un informe detallado ála Comisión, indicando en qué forma y con qué precauciones había de procederse á ello.

¿Qué razones tuvo ésta y en qué argumentos fundó su dictamen para proceder así?

Primero, en que la manera defectuosa de preparar la vacuna daba lugar á graves molestias en algunos casos, hacía corto el período de protección y exigía numerosas inoculaciones.

Segundo, en que las estadísticas hasta entonces publicadas, eran poco demostrativas de su eficacia, y las pertenecientes á las tropas del Transvaal tan incompletas y mal recogidas, que no fué posible deducir de ellas nada valedero para este objeto.

Por eso en sus conclusiones finales proponía que, aun no pareciéndole por el momento muy brillante el porvenir de la vacuna antitífica, se debía perseverar en tal estudio, practicándolo en adelante bajo la vigilancia del Comité consultivo, legislar lo referente á su uso, perfeccionar la preparación, prohibir las inoculaciones á bordo de los buques, suspender su uso en países donde hubiera epidemias, temiendo la fase negativa, y hacer que, como contraprueba, se vacunase el 50 por 100 de la fuerza en los regi-

hecho las pruebas en Marruecos el año pasado.

Vincent prefiere la vacuna que él llama polivalente autolisada, compuesta de la mezcla de bacilos tíficos esterilizados por el éter (para evitar la posible atenuación por el calor) de diversas procedencias (Francia, Argelia, Túnez, Marruecos, etc.), á más de los paratíficos A y B. En los ensayos que Vincent practicó en Marruecos, á pesar de tratarse de un país infectado y de realizarse durante los meses de Agosto y Septiembre, en soldados sometidos largo tiempo á las penalidades de la campaña, obtuvo con el empleo de las vacunas de Wright, polivalente, bacilar y autolisada, los siguientes resultados, consignados en la estadística presentada al Ministerio de la Guerra francés: 2.632 hombres no vacunados y 283 vacunados; 129 por el método de Wright, 81 con la vacuna polivalente bacilar y 73 con la polivalente autolisada. Transcurridos cuatro meses haciendo vida en común, la morbilidad fué: 6'49 por 100 en los no vacunados, 0'77 por 100 en los vacunados con la vacuna de Wright, 0 en los con la polivalente bacilar. La mortalidad fué de 0'83 por 100 en los no vacunados y de 0 en los vacunados.

En vista de estos datos, prefiere Vincent su vacuna, la cual, según dice, no produce transtornos, no da lugar á la fase negativa y confiere inmunidad en un plazo superior á dos años.

Las estadísticas del ejército norteamericano son sumamente demostrativas; en un contingente de 10.759 soldados, acampados en la frontera mejicana, antes del empleo de la vacuna hubo 1.759 casos de tifoidea y 2.693 de fiebres sospechosas, de los cuales murieron 248 de tifoidea; en el año 1911 han sido 12.659 los hombres acampados en el mismo sitio durante el mismo tiempo, pero todos estaban vacunados, y sólo han tenido un caso de tifoidea.

Los alemanes, con ocasión de la campaña contra los Hereros en 1904 á 1907, han empleado también, por consejo de Koch, la vacuna de Kolle y Pfeiffer en 7.287 soldados que voluntariamente se prestaron á ello. Los resultados fueron excelentes.

No es necesario insistir en la gran morbilidad y elevada mortalidad por tifoidea de los ejércitos en campaña, pero es bueno recordar algunas cifras modernas, en que las estadísticas están bien recogidas y el diagnóstico ofrece garantías científicas. Según ellas, el ejército del Norte, en la guerra de secesión de los Estados Unidos, tuvo 80.000 enfermos de ella: los alemanes, durante la franco-prusiana de 1870, registraron 73.396 invasiones con 8.789 defunciones, ó sea un 60 por 100 del total de pérdidas por esta sola infección; los yanquis, en su lucha con España el año 1898, sufrieron 20.738 casos, de los cuales murieron 1.580 en un contingente de 107.973 hombres; los ingleses, cuando su lucha con los boers, 31.000 enfermos con 5.877 casos mortales. Las estadísticas españolas no son aún conocidas oficialmente en lo que á Marruecos se refiere, pero los datos incompletos que de ellas existen confirman la ley general de que éste es el factor más mortífero para las tropas que se baten.

Cuando las circunstancias lo permiten, se hace lo posible por cumplir los sabios preceptos de higiene escritos en los Reglamentos; sin embargo, no hay campaña de mediana duración en que no aparezca la terrible enfermedad, lo cual significa que no basta con lo hasta ahora hecho y que hay que avanzar buscando algo más para evitarlo.

De todas las vacunas parecen las mejores las de cultivos en agar por ser menos expuestas á impurificaciones, y de ellas, la de Kolle y Pfeiffer.

La de Vincent está inspirada en principios muy racionales, y serían de estimar ensayos en mayor escala.

Termina el disertante abogando por que pronto éntre en la práctica civil y militar española la vacuna antitífica, pidiendo á la Academia su voto sobre este extremo.

La pituitrina en Obstetricia. — Por el Dr. Botín (Sociedad ginecológica española).

El Dr. Botín dice que la fisiología de esta glándula está aún muy poco estudiada, porque las vías de acceso son tan difíciles que no se sabe si los efectos que produce su extirpación son debidos á la misma extirpación ó al traumatismo que requiere.

Recientemente, el Dr. Parache ha utilizado una nueva vía, la orbitaria, cuyo traumatismo es

mucho menor y permitirá más fácilmente su estudio.

La inyección de pituitrina produce una contracción tetánica del músculo uterino, seguido de otras completamente fisiológicas. Se ha intentado suprimir la primera inyectando menos dosis, pero no se ha obtenido resultado.

La inyección de pituitrina es completamente inocua, tanto para la madre como para el feto.

Lee una serie de casos en que se utilizó con feliz resultado.

La pituitrina no debe utilizarse en la primera complicación que se presente, porque la segunda inyección es menos enérgica que la primera y menos la tercera que la segunda, pudiendo llegar un momento verdaderamente peligroso en que estuviésemos desarmados.

La pituitrina ha venido á reducir considerablemente el número de las aplicaciones de forceps, sobre todo las llamadas de lujo. El Dr. Martin Muñoz lee un caso de aplicación de pituitrina fracasado.

El Dr. Mañueco comienza diciendo que la pituitrina es un buen medicamento, pero que no debe producir tal entusiasmo que caiga en el descrédito.

Dice que debe producir hemorragia, puesto que tras un esfuerzo prolongado y provocado como es el que efectúa la matriz, ha de sobrevenir una relajación de sus fibras musculares, que traerán como consecuencia grave hemorragia. Por eso debe inyectarse de nuevo, aun cuando falte poco para la terminación del parto.

Hay también que estudiar perfectamente el parto y averiguar las causas de su detención. Porque si en una estrechez pelviana, por ejemplo, aplicamos la pituitrina, seguramente será un fracaso.

También deben estudiarse los efectos de la pituitrina en la fuerza de las contracciones, medidos por los tocodinamómetros.

-000

VARIA

El auto-anuncio profesional

(Artículo muy serio... pero con gotas)

«¡Pasen, señores, pasen al Consultorio de enfermedades cosmológicas, orgánicas, ideocinemáticas, antagónicas, dislacerantes y neurálgicas! ¡Venid, enfermos, y entrad en el segundo derecha, donde gratuitamente, y de 10 á 14, se os quitará todo padecimiento por crónico que sea y asiente donde asiente! ¡¡No más tísicos, no más calvos!! ¡Guerra al bacilo de Koch, guerra al espiroceto de Schaudin, guerra al pediculus pubis!

ADVERTENCIA.—Tratamiento aplicable al enfermo mismo y no al hermano, ni á la suegra, ni al vecino del paciente. Aquí no hay brujería, ni espiritismo, ni trampa, ni cartón.

Todo se cura y nada se cobra.»

Este anuncio, impreso en gruesos caracteres, redactado en parecido estilo metafísico y estrambótico, y estampado en amplia sábana que pendía ondulante de un balcón á guisa de colgadura, leí atónito al pasar por una calle de las más céntricas.

Reflexionando hondamente sobre lo malparada que quedaba nuestra profesión con aquella fehaciente injuria á la dignidad médica, me vinieron á las mentes otros cartelones no menos llamativos que en sitios muy públicos y algunos muy en su lugar (1) había leído, que también zaherían el decoro de nuestra clase con las armas vulgares del industrialismo y de la charlatanería.

Recordé un anuncio grande y rojo, situado en una plaza de mucho tránsito, y en el que también se promete la curación de todo lo incu-

⁽¹⁾ Mingitorios.

rable por 50 céntimos de peseta y en gabinetes reservados.

Y otros cartelones también de gran tamaño que anuncian clínicas ó consultorios de enfermedades mil, y que bajo la advocación de algún Santo (clínica de San Vicente, consultorio de la Merced, etc., etc.), ofrecen curaciones á precios sumamente módicos.

Lo que por cierto no pude distinguir en la mayor parte de ellos, ni aun con mucho mirar y releer, fueron los apellidos de los Doctores que regentan esas... clínicas (passe le mot), porque hay que suponer que lo sean esas eminencias tan poseídas y dotadas de tan gran altruismo, que curan tan á boca de jarro al mísero paciente por un triste puñado de perras gordas.

La modestia, bella virtud que siempre va unida al verdadero mérito, impedirá ciertamente se den á conocer esos sapientísimos bienhechores de la humanidad.

No es el cartelito el que da patente de ciencia, sino la ciencia la que da el cartel. En nuestra profesión, tan personalísima, es el nombre del médico el que se acredita á fuerza de constancia y de trabajo, y no el anuncio de su consultorio, clínica ó gabinete, redactado en forma más ó menos extravagante, el que ha de abrirle el camino de la gloria y del crédito.

Sin especificar en la placa anunciadora de la profesión de nuestras verdaderas celebridades médicas, la especialidad que cultivan, se conocen éstas hasta por las personas más alejadas de todo trato con médicos.

Basta en nuestra ciudad nombrar á los doctores Candela ó López Sancho para que sepa cualquier mortal que son dos habilísimos ginecólogos; á D. Abelardo Lloret y á D. Antonio Bellver, dos eminentes cirujanos; al Dr. Blanco, para distinguir al oftalmólogo reputado; á Colomer y á Lleó, dos notables tocólogos; Gómez Ferrer, el primer pediatra; Bartrina, ilustre neu-

rólogo; Moliner ó Chabás, dos maestros en tisioterapia..., etc.

Según el criterio de algunos, no son los años, ni el estudio, ni la experiencia, ni el predilecto cultivo de una rama de las ciencias médicas lo que hace al especialista, no, es el cartelito de la puerta ó de la jamba lo que determina la especialidad. Y así vemos al Dr. Fulánez, que porque estuvo en la capital de Francia y visitó siete veces el Hospital de San Luis, ya consigna en su placa que es «dermatólogo», y á Mengánez, que por curar un enfit al chico de la portera ya se hace titular pediatra.

Y no sólo hay quien expresa en su rótulo la especialidad más de su gusto para manejarla ó nó en la práctica, sino que, poseyendo, sin duda, un cerebro envidiable que le permite abarcar el tronco y las ramas del árbol médico, es, los lunes y viernes (según el cartelón) oftalmólogo y rinólogo; los martes y jueves, ginecólogo y dermatólogo, y los miércoles y sábados, neurólogo y gastrópata.

Menos talentudos, ó menos atrevidos, otros, anuncian en sus rótulos dos especialidades nada más, pero no de esas afines como la Obstetricia y Ginecología ó la Dermatología y Sifiliografía, sino que son oto-laringólogos y tocólogos todo en una pieza, ó especialistas en estómago, intestinos é hígado... con asistencia á partos.

¿Habéis notado, queridos lectores, que es ya imposible comer regularmente en una fonda de menor cuantía, como no se denomine «La Morellana»? Pues lo mismo está ya sucediendo con las clínicas de los que se dedican á tratar enfermedades secretas, que han de irse titulando todas ellas «clínicas madrileñas». Y así como ya tenemos en la capital varias fondas llamadas la «Nueva Morellana», «La Antigua Morellana» y la «Verdadera Morellana», así tenemos también entre sus clínicas «La Madrileña», «La Nueva Madrileña» y «La Verdadera Clínica Madrileña», como si solamente en la corte se pudiera

tratar con éxito una blenorragia, ó administrar una fricción mercurial.

Y con una exposición tan minuciosa de los menús que se sirven en aquellos fondines, y con una descripción tan detallada de los males que se curan en esos consultorios, puede ocurrir que si el hambriento ó el paciente que á una de esas tiendas acude no se percata bien del sitio á donde va, su confusión le obligue á penetrar en «La Morellana» á que le incindan un bubón, ó á pedir en «La Madrileña» un buen plato de langostinos ó de arròs abanda.

La especialidad, y más actualmente, exige lo que nuestro genial Letamendi aconsejaba: aplicar el todo al ejercicio de una parte, y no el olvido de la totalidad para el cultivo imperfecto de una rama, y ello necesita aptitudes, aplicación, estudio y, sobre todo, tiempo, para conseguir el mayor grado de perfeccionamiento en su posesión.

El capricho, la ambición, la comodidad, no deben figurar entre los móviles de la elección, sino el profundo examen de las condiciones morales, intelectuales y físicas de sí propio para ver si pueden adaptarse al manejo de la especialidad.

Y procurar luego que sea la gente y no la placa la que diga: qué buen dermatólogo es Pérez, qué gran comadrón es Alvarez, ó qué buen oculista es Fernández.

Y la redacción del cartelillo que señala el domicilio del profesor que exprese sucintamente el nombre del mismo, sin que parezca, como algunos, el cartel anunciador de un espectáculo de varietés ó el menú de un cubierto de á dos pesetas con pan á discreción. La dignidad de nuestra clase sufre con elfo, no sólo ante los profesionales, sino ante el vulgo, que acabará por no distinguir entre el curandero de pla-

zuela y el médico serio con título universitario.

De seguir así confiando á los grandes carteles de letras coloradas con el rojo carmín de una vergüenza que cambió de lugar, la propaganda y crédito de la más sacerdotal de las profesiones, llegaremos bien pronto, no á la emulación científica, que no deja de ser un bien por lo que estimula al progreso, sino al mal de la competencia tenderil é hiperbólica que se traduciría por la aparición de cartelones del tenor siguiente:

«Gabinete anglo-americano de Medicina científica y antivaletudinaria.

Para la curación completa y radical de todas las enfermedades del hombre, de la mujer, del niño y del viejo.

Ojos, boca, nariz, garganta, oídos, piel, huesos, articulaciones, pecho, corazón, estómago, hígado, intestinos, médula, cerebro, riñones, matriz y órganos genitales.

Purgaciones en nueve días.
Sífilis en catorce y medio.
Tuberculosis en 40.
Histerismo en hora y media.
Electrología, rayos X, masaje vibratorio y baños de asiento.

Administración del «606» á quien lo desee y por toda clase de vías.

Precios módicos y garantizando la cura.

Horas de consulta de sol á sol. Asistencia á partos, desde tres reales en adelante, cada hora.

Nota.—Se suplica el irrigador. Otra.—Se admite calderilla.

TOMASILLO,

Alumno de primer curso de Deontología médica.