

gionares, oculares y esqueléticas diversas), la extraordinaria duración del proceso (más de 40 años) y su benignidad mantenida hasta fecha reciente. Se concede interés a la aparición en los últimos tiempos de una lesión vertebral cuya naturaleza queda algo imprecisa, la existencia de la cual guarda relación, en todo caso, con la diversidad de opiniones sobre la etiología, pronóstico y formas evolutivas de la afección.

PIE EQUINVARO EN LAS ÚLCERAS CRÓNICAS SUPRAMALEOLARES

J. VALLS SERRA

Trabajos de la Sección de Cirugía Vascular del Instituto Policlínico de Barcelona: DR. F. MARTORELL

Es de todos conocida la frecuencia con que se presenta la úlcera crónica supramaleolar, que, obedeciendo a diferentes causas y siguiendo un curso de una desesperante torpidez, pone a prueba la paciencia del médico y del enfermo. Afortunadamente va aclarándose poco a poco la etiopatogenia de dichas úlceras y con ello va progresando rápidamente la terapéutica que no se dirige ya, como hasta ahora, a su tratamiento local, sino que se dirige a tratar la enfermedad causal que la origina.

Las úlceras crónicas supramaleolares son, en su mayor parte, una complicación tardía de dos procesos vasculares: Varices esenciales y flebitis.

La relación entre varices esenciales y úlcera maleolar concomitante es universalmente aceptada a pesar de que todavía existan autores modernos que la nieguen, habiendo tomado carta de naturaleza el nombre de úlcera varicosa con que vulgar y científicamente se la conoce.

En cambio, no es tan evidente para muchos la etiología flebítica de una úlcera supramaleolar. Aparece ésta, generalmente, mucho tiempo después de pasado el ataque flebítico agudo y si no se interroga y explora bien al enfermo pensando en que pueda tratarse de una úlcera postflebítica no se aprecia dicha relación etiológica y se etiqueta de úlcera tórpida de la pierna o bien de úlcera varicosa si es que han aparecido venas de circulación complementaria en su extremidad.

Hasta hace muy poco tiempo eran consideradas dichas úlceras, llegadas ya a la fase de cronicidad, como incurables y dichos enfermos abandonados a su suerte, sufrían años y años su penosa afección, que, si bien no era incompatible con su vida, les ocasionaba molestias, dolores e incapacidad relativa para el trabajo, mientras iba extendiéndose en superficie y profundidad hasta llegar a formar un círculo completo alrededor de la pierna y asentando en un tejido esclerodérmico propicio a toda clase de infecciones secundarias.

Las consecuencias de estas úlceras a las que no

se encontraba solución, no se limitaban a su extensión o a sus molestias sino que con el decurso del tiempo llegan a establecerse verdaderas deformidades óseas y articulares. Tratados estos enfermos con la terapéutica etiológica adecuada y suprimida la úlcera no quedan curados por completo porque persiste un equinismo irreductible del pie que les impide la deambulacion.

El proceso de la deformación es muy lento y pasa primero por fases en las cuales todavía es posible la reductibilidad de la posición viciosa como hemos podido comprobar en algunos de nuestros casos que exponemos a continuación.

Establecida en un principio la úlcera pasa por sucesivas intermitencias de curación y recidiva, y como que la fase de úlcera es de corta duración no llega a afectar profundamente a los planos subyacentes y menos a las formaciones óseas.

Cuando por persistencia del proceso vascular original y disminución de la resistencia local se instala definitivamente, el enfermo procura acomodarse de manera que le produzca las menos molestias posibles, especialmente a la deambulacion, y para ello coloca el pie en posición de equinismo o de equinvaro si la úlcera es maleolar interna.

Las razones de dicha posición viciosa son bien sencillas. En el fondo de la úlcera a medida que va haciéndose escleroso el tejido de granulación, se fusionan todos los planos subyacentes, y como en la región maleolar el plano muscular es mínimo, la esclerosis llega en profundidad al mismo periostio y a cada movimiento de la articulación tibiotarsiana se provoca un intenso dolor a nivel de la úlcera que hace intolerable la marcha para el enfermo. Por ello se defiende colocando el pie en forma que obtenga la máxima relajación de los tejidos que forman el fondo de la úlcera y al mismo tiempo que permitan la deambulacion sin ejecutar movimiento alguno de dicho plano músculoaponeurótico subyacente. Con la posición de *equinismo* el enfermo consigue deambular sin flexionar la articulación tibiotarsiana, apoyándose solamente con los dedos y con ello deja inmóvil el lecho doloroso de la úlcera. Con la posición de *varus* en las úlceras supramaleolares internas se consigue, además, la máxima relajación de los tejidos subyacentes a la misma.

De la combinación de los dos movimientos se obtiene la posición viciosa en equinvaro completamente reductible en un principio.

Si se aplica precozmente una terapéutica etiológica antes de que se hayan producido transformaciones óseas irreversibles, curando la úlcera, todavía puede conseguirse el restablecimiento total del enfermo con desaparición completa de la posición viciosa, incluso en aquellos casos en que ya no se reducía ni con movimientos pasivos. Esto es lo que sucedió en la siguiente enferma afecta de úlcera crónica supramaleolar de etiología varicosa.

OBSERVACIÓN NÚM. 1. — Enferma A. L., de 73 años de edad, viuda, con abuela que fué varicosa y sin antecedentes flebíticos anteriores presenta varices bilaterales complicadas con úlceras.

En el lado izquierdo aparecieron las varices a la edad de

22 años con motivo del primer parto y desde hace 37 años se complicaron con úlcera maleolar interna, que al principio evolucionaba con alternativas pero que desde hace dos años no se cierra a pesar de todos los tratamientos dermatológicos, apareciendo un *equinismo progresivo*.

En el lado derecho aparecieron las varices hace 16 años y presenta úlcera varicosa con alternativas desde hace un año.

Exploración.—Nos encontramos con varices serpentinadas bilaterales en territorio de la safena interna, más acusadas en el lado izquierdo. Úlceras varicosas en ambos maléolos internos, más extensa y dolorosa en el lado izquierdo, situada en el centro de una gran placa esclerodérmica.

El pie izquierdo se encuentra en un equinismo muy marcado y en ligero varus que la enferma no puede espontáneamente reducir. Intentamos reducirlo con movimientos pasivos por flexión forzada del pie sin conseguirlo más que de una manera parcial e insuficiente.

La exploración clínica nos demostró la insuficiencia del cayado de la safena interna en el lado derecho y la de ambos cayados en el lado izquierdo.

Procedimos a la ligadura quirúrgica de las comunicantes insuficientes:

10 de julio de 1942: Ligadura del cayado de la safena interna derecha. Ligadura del tronco de la safena en el tercio inferior de muslo. Esclerosis retrógrada con 20 c. c. de INa al 30 por 100. Cola de cinc.

Curso normal: Se retiran los puntos a los diez días. Úlcera poco extensa cicatrizada en quince días.

25 de julio de 1942: Ligadura del cayado de la safena interna y del cayado de la safena externa. Esclerosis retrógrada por el cabo distal de la safena externa con 20 c. c. de INa al 30 por 100. Cola de cinc.

Curso normal: Úlcera cicatrizada lentamente al mes y medio de la intervención.

Cerrada la úlcera el equinismo fué desapareciendo paulatinamente hasta volver a deambular de una manera normal. A los dos años y medio de operada sigue con sus varices y úlceras curadas y sin ninguna deformidad ósea ni posición viciosa, trabajando activamente en los quehaceres domésticos a pesar de su edad avanzada.

No poseemos documento fotográfico de este interesante caso nuestro pero, por su analogía con el mismo, aportamos la historia de otra enferma tratada en la Sección de Cirugía vascular del Instituto policlínico de Barcelona a la cual pertenece la demostrativa fotografía núm. 1, mostrando su úlcera supramaleolar interna de etiología varicosa y el equinismo irreductible del pie correspondiente, antes de ser intervenida. Su historia es la siguiente:

OBSERVACIÓN NÚM. 2.—Enferma A. V., de 58 años de edad, viuda, sin antecedentes familiares varicosos ni flebíticos. Desde hace trece años padece úlcera maleolar interna pierna izquierda con alternativas.

Exploración.—No se aprecian varices visibles pero sí palpables en el territorio de la safena interna con insuficiencia del cayado y acentuada hipertensión venosa ortostática. Úlcera supramaleolar interna pierna izquierda, con eczema a su alrededor y pie equinivaro irreductible por posición antiálgica tal como muestra la figura 1.

En 16 de noviembre de 1944 se procedió a la ligadura del cayado de la safena interna izquierdo, ligadura con sección del tronco en tercio inferior de muslo, esclerosis retrógrada con 10 c. c. de suero hipertónico salino al 30 por 100. Cola de cinc.

Curso normal. Se retiran los puntos a los diez días. Cicatriza la úlcera rápidamente, con lo cual va desapareciendo progresivamente el equinismo.

Los dos casos anteriores corresponden a úlceras supramaleolares de etiología varicosa. La misma posición viciosa se da, también, en las úlceras postflebíticas las cuales son más dolorosas todavía y llegadas a la fase de cronicidad con fusión de todos los planos subyacentes obligan al enfermo a colo-

car el pie en la posición antiálgica de equinismo para evitar el movimiento de la articulación tibiotarsiana.

Puede verse dicha posición en la fotografía de la figura núm. 2, correspondiente a una pobre mujer afecta de úlcera postflebítica desde hace 25 años. A pesar de haber practicado una gangliectomía

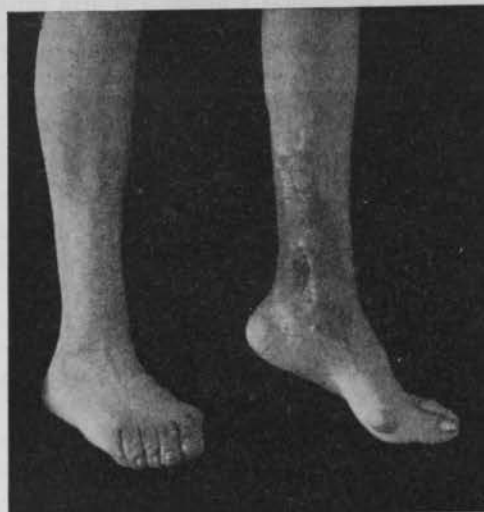


Fig. 1. — Úlcera varicosa supramaleolar interna que data de 13 años, con pie equinivaro irreductible. Operada con ligadura de la comunicante insuficiente, curó su úlcera y disminuyó su equinismo.

lumbar después de haber obtenido esta fotografía, la enferma no ha curado su úlcera. Los excelentes resultados que obtenemos en la mayoría de postflebíticos con dicha intervención, aquí no se han



Fig. 2. — Úlcera postflebítica excavada y extensa durante veinticinco años. Pie en equinismo por retracción antiálgica.

obtenido por acudir demasiado tarde cuando ya los planos profundos se han fusionado y los pequeños movimientos de flexión de la articulación tibiotarsiana transmitidos al fondo de la úlcera guillotinan los vasos que nutren el tejido de granulación.

OBSERVACIÓN NÚM. 3.—Enferma I. R., de 61 años de edad, casada. A los 22 años flebitis *post partum* de la pierna izquierda. Desde hace 25 años úlcera postflebítica en maléolo interno con períodos cortos de cicatrización.

Exploración. — Se aprecia una gran úlcera supramaleolar, excavada, casi circular, en pierna izquierda. Pie en equinismo por retracción antiálgica (véase fig. 2).

En 8 de agosto de 1944, el Dr. MARTORELL le practicó una gangliectomía lumbar por vía posterior mediante incisión transversa. Extirpación completa del tercer ganglio y mitad del cuarto. El segundo no aparecía visible. Sutura por planos.

El 22 se practican unos injertos de Thiersch. La úlcera va cicatrizando y presenta un excelente tejido de granulación.

Por dificultades económicas y debido a la gran extensión de la úlcera, la enferma sale de alta antes de cicatrizar por completo, y vista posteriormente se observa la persistencia de la

ósea y el depósito de la cal en los tejidos blandos de su alrededor verificando lo que LÉRICHE denomina "mutación cálcica" que contribuye en gran manera a aumentar la rigidez de la zona esclerodérmica peri y subulcerosa.



Fig. 2 bis. — Radiografía a nivel de la enorme úlcera de la figura anterior mostrando la intensa mutación cálcica que desplaza hacia los tejidos blandos sub y periulcerosos la cal de los huesos, contribuyendo con ello a formar un bloque compacto con el fondo de la úlcera que impide la cicatrización de la misma.

úlceras excavadas y del equinismo irreductible. La fusión de los planos tisulares y los pequeños movimientos de la articulación tibiotarsiana guillotinan el tejido de granulación e impiden su curación definitiva.

Finalmente presentamos un cuarto y último caso en el que la deformidad ha llegado ya a su estadio definitivo. La posición viciosa data de 20 años y aunque las úlceras varicosas curaron ya definitivamente hace dos años por ligadura de las comunicantes insuficientes, la enferma, sana y fuerte a pesar de sus 66 años de edad, se encuentra imposibilitada totalmente no sólo de andar sino incluso de tenerse simplemente en pie. La figura número 3, presenta la fotografía de dicha enferma con deformidad completa en equinovarus de ambos pies. Las úlceras varicosas siguen bien cicatrizadas a los dos años de operada, pero la enferma no puede deambular y para obtener esta fotografía tiene que ser sostenida por un ayudante.

En la radiografía de su pie y tercio inferior pierna (figura núm. 4) se aprecia la decalcificación



Fig. 3. — Enferma de 66 años. Úlcera varicosa bilateral durante 40 años. Operada el año 1942, curación de las úlceras. En la actualidad las úlceras siguen curadas, pero la enferma se ve imposibilitada de andar por la deformidad de sus pies que existe desde hace 20 años.

OBSERVACIÓN NÚM. 4. — Enferma C. C., de 66 años de edad, casada, con 5 gestaciones y un aborto. Durante la segunda gestación, hace 40 años, úlcera varicosa en la pierna izquierda y posteriormente bilateral con alternativas. Intensa



Fig. 4. — Radiografía de uno de los pies de la figura anterior. Se aprecia la decalcificación ósea y el depósito de la cal en los tejidos vecinos (mutación cálcica).

varicorrugia por trauma. Desde hace 20 años deformación progresiva en equinismo.

Exploración. — Se aprecia eczema y úlcera bilateral debidas a varices bilaterales en territorio de la safena interna. Ambos cayados de la safena interna insuficientes.

Con reposo en cama desaparecen las úlceras y el eczema.

El 3 de noviembre de 1942 se liga el cayado de la safena interna en el lado derecho.

El 12 de noviembre se liga el cayado de la safena interna del otro lado.

Vista a los dos años de la intervención sigue en el estado que muestra la figura 3, con las úlceras completamente cicatrizadas, pero con pie equinovaro bilateral irreductible que le impide incluso sostenerse de pie.

De los casos expuestos se desprende la necesidad de una terapéutica precoz. Debe tratarse la causa antes de aparecer la complicación ulcerosa y en los casos en que ésta ya ha aparecido no pueden dejarse los enfermos abandonados a su suerte porque terminan siempre en plazo más o menos lejano, convirtiéndose en unos inválidos.

RESUMEN

La inmensa mayoría de úlceras crónicas supramaleolares internas son debidas a dos procesos vasculares: Varices esenciales y flebitis.

Si no se trata la enfermedad causal y sigue la úlcera su curso crónico, el pie adopta una posición viciosa antiálgica en equinismo o en equinovaro en las úlceras internas.

Dicha posición con el tiempo se convierte en una deformación ósea del pie en equinovaro, completamente irreversible, aunque cure la úlcera tratando correctamente su causa.

Debe aplicarse, pues, una terapéutica precoz, antes de la aparición de la úlcera, o una vez establecida, inmediatamente después de su aparición, para evitar dicha deformidad y curar íntegramente al enfermo.

SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA FIEBRE TIFOIDEA CON PREPARADOS DE BISMUTO

M. FUENTES GÓMEZ

Beneficencia y Hospital Municipal (Merida)

Sin duda el método de KREHL para el tratamiento de la fiebre tifoidea supuso un avance notable en nuestros recursos contra tan peligrosa enfermedad. Pero el tratamiento con el piramidón de los procesos tíficos requiere experiencia y cautela en el manejo de dicho fármaco, que administrado alegremente y sin un buen control de sus efectos, puede no sólo ser ineficaz, sino hasta peligroso. Todo el que haya tratado muchos tíficos con dicho método sabe cuánto hay que individualizar y vigilar en cada caso, único modo de sacarle al método lo que de verdaderamente valioso encierra.

Por las razones anteriores no dejan de ser impresionantes los resultados logrados por DOMINGO CAMPS y SACRISTÁN TERRADILLAS con el yodobismutato de quinina en el tratamiento de la fiebre tifoidea, según dichos autores relatan en artículos aparecidos en esta misma *Revista*. Es natural que los que dedicamos nuestros afanes a la clínica diaria

quisiéramos comprobar en nuestro material los resultados descritos por dichos autores, entre otras razones, aparte del interés puramente científico, porque, como dice CAMPS, es interesante y útil conocer y difundir los resultados de una terapéutica que parece eficazísima para una enfermedad contra la que tan precariamente estamos armados.

Nosotros hemos ensayado el yodobismutato de quinina y otro preparado bismútico en once enfermos afectos de fiebre tifoidea o de paratífus A, y exponer los resultados obtenidos es el objeto del presente trabajo.

Como señala CAMPS, parece que ya LANGERON usó dicho compuesto en los procesos tíficos. También SAHLI, según STAEHELIN, usó un preparado de bismuto y yodo — el Quimby — con el mismo objeto. STAEHELIN, por su parte, dice que él no obtuvo resultados netos con dicho preparado.

En nuestros once casos los resultados obtenidos concuerdan, en general, con los señalados por CAMPS y SACRISTÁN. Sin embargo, nosotros no hemos visto efectos tan rápidos ni tan netos, sin dejar de ser marcados en la mayoría de los casos. En ninguno hemos conseguido la desaparición de la fiebre en crisis, sino en una lisis más o menos rápida. Pero en todos, salvo un caso, el descenso de la temperatura ha sido evidente desde las primeras inyecciones, la mejoría del estado general manifiesta y en los casos en que había estupor se consiguió su desaparición con las primeras inyecciones. El acortamiento del período febril es el hecho más llamativo: salvo el caso ya citado, en todos se ha reducido notablemente la duración de la enfermedad, consiguiéndose la apirexia a la tercera inyección en algunos, y en los más a la cuarta o a la quinta.

Las inyecciones se han practicado por vía intramuscular, cada dos o tres días, según la altura de la fiebre y los días que llevaba de duración el proceso. Salvo el dolor local que el yodobismutato produce, han sido perfectamente toleradas. En todos los enfermos se ha vigilado la orina y se ha observado la boca con cuidado para despistar la aparición de síntomas de estomatitis o nefritis bismúticas, que ningún enfermo ha presentado.

Aparte del tratamiento dietético y rigurosas medidas de higiene, no hemos usado otro tratamiento que el bismuto. Hasta que se hacía el diagnóstico biológico los enfermos tomaban piramidón; cuando aquél se establecía se prescindía de éste, no administrándose nada más que las inyecciones de bismuto para que no hubiera interferencia de efectos.

De nuestros once casos, los resultados se pueden calificar de francamente buenos en ocho; manifestos, pero no rápidos, en dos, y nulo en uno. Los resultados han sido tanto mejores cuanto más precozmente se empezó el tratamiento y cuanto menos intensidad ofrecía el cuadro clínico. Precisamente en el único caso cuya sintomatología era alarmante y la gravedad manifiesta desde el principio, la influencia del tratamiento ha sido nula. En otros dos casos tratados muy tardíamente, la influencia sobre la temperatura no tardó en manifestarse y el estado general también se influenció favorablemente, pero la apirexia total sólo se consiguió al cabo de mu-