

Por lo que respecta al epitelio vaginal, es sabido que el influjo estrogénico hace crecer a todos los tejidos de origen mulleriano, dejando sentir su efecto también sobre el canal vaginal. Desde las publicaciones de DIERCKS en 1927 se ha intentado aclarar si existe una respuesta cíclica de origen vaginal a las hormonas ováricas. Durante estos últimos años ha sido llevado a cabo el estudio de los frotis vaginales utilizando las tinciones de PAPANICOLAU y SHORR, creyendo NOVAK que al igual que pasa con la mucosa uterina las modificaciones postmenopáusicas a nivel de la vagina no han de ser constantemente de tipo atrófico o regresivo.

PAPANICOLAU describe en la menopausia precoz un aspecto de los extensiones vaginales que no varía mucho del normal, mientras que en fases más avanzadas sobreviene una atrofia más pronunciada del epitelio vaginal y cervical, apareciendo células de tipo atrófico de la capa basal.

PAPANICOLAU y SHORR en 1936, y PAPANICOLAU y TRAUT en 1943, ya descubren varios tipos de preparaciones vaginales que permitirían concluir que la vagina sufre durante la menopausia un cambio paralelo a la atrofia genital general. Cuando existe atrofia, el frotis es como sigue: preponderancia marcada de células ovales o redondas, pequeñas, con un núcleo de gran tamaño, las cuales provienen de la capa basal. También pueden hallarse cierto número de células superficiales en unión de algunos leucocitos y hematíes. Cuando esta atrofia es menos pronunciada aparecen células de la capa intermedia y de la superficial, siendo estas últimas dobladas, agrupadas y con núcleos densos, todo ello acompañado de abundantes leucocitos y bacilos de Doderlein a veces.

ZONDEK ha descrito casos en los que el frotis vaginal no es siempre el reflejo del estado funcional de la mucosa uterina, lo cual coincide con nuestro hallazgo, pues en lugar de tropetarnos con un examen que nos dé la imagen de un estrogenismo paralela a la que nos proporcionaría un endometrio, obtuvimos una extensión vaginal de tipo intermedio, expresivo de una falta de reactividad del epitelio vaginal a los estrógenos de origen extragonadal, según podemos aceptar y que también dejaban sentir su influjo sobre la mucosa uterina.

El interés en la publicación de este caso nos ha parecido que dimanaba de la palmaria disociación a la respuesta de las hormonas estrógenas en los dos efectores, endometrio y epitelio vaginal, y además por la rareza en la presentación de las hemorragias funcionales tras pasada la menopausia, cuyo estudio es poco conocido y su distinción diagnóstica de la máxima importancia clínica.

BIBLIOGRAFIA

- BOTELLA LLUSIÀ.—Toco-gine-práctica, 10, 6-7, 1951.
BUESO y BELLOT.—Rev. Esp. Obs. y Gin., 7, 52.
NOVAK.—Journ. Clin. End., 4, 575, 1944.

- PAPANICOLAU.—Amer. Journ. of Anat., 52, 519, 1933.
PAPANICOLAU y SHORR.—Amer. Journ. Obs. and Gyn., 31, 806, 1936.
PAPANICOLAU y TRAUT.—Diagnosis of Uterine Cancer by the vaginal smear. New York, 1943.
SHORR.—Science, 94, 595, 1941.
ZONDEK.—Journ. of End., 1950.

HIDRARTROSIS SIMETRICA EN LA INFANCIA. ENFERMEDAD DE CLUTTON

J. CALVO MELENDRO.

Clinica Médica del Hospital Provincial de Soria.
Director: Doctor J. CALVO MELENDRO.

En el año 1886 describió por primera vez CLUTTON una sinovitis simétrica de las rodillas en los heredoléticos. Sus características principales son las siguientes: Aparece, entre los ocho y diecisésis años, abultamiento de la articulación por derrame sinovial, falta de dolor, desarrollo insidioso y lento, están afectados sólo los tejidos blandos, cierta dificultad mecánica en los movimientos y las regiones principalmente afectadas son las rodillas y codos. De todas maneras, la marcha puede realizarse casi normalmente, no fiebre, ni calor local, ni rigidez. Si se aspira el líquido es rápidamente renovado, persistiendo durante años sin lesiones de los tejidos propiamente articulares. En el líquido se encuentran de 10 a 40.000 leucocitos, predominando los linfocitos. El examen radiológico es negativo, salvo la mayor separación de las extremidades óseas, debido a la acumulación del fluido. Se suele asociar queratitis intersticial, dientes de Hutchinson y algunos otros estigmas de sífilis congénita. Insisten todos los autores en que siempre que nos encontramos ante una hidrartrosis simétrica indolora en la infancia hay que pensar en sífilis. Responde bien al tratamiento antilútico, aunque suele haber alguna recaída. El Wassermann en sangre acostumbra a ser negativo, mientras que en el líquido sinovial la positividad es la regla.

Tales son los caracteres principales asignados a esta entidad nosológica. Se señalan como variantes algunas formas simulando el tumor blanco, otras poliarticulares y otros monoarticulares. En la punción del líquido, BLUM y FATOU, en vez de linfocitosis encuentran de 75 a 90 por 100 de polinucleares: LOUSTE, 82 por 100. Modernamente, YAMPOLSKY y HEYMAN han tratado tres niños con penicilina, a razón de 50.000 unidades por kilo de peso, durante ocho días; en dos, no se notó ningún efecto; en otro, mejoró algo, pero volvió a recaer.

En los últimos años apenas se encuentran comunicaciones sobre esta afección, coincidiendo con la opinión actualmente sustentada de que

el papel etiológico de la sífilis en las artritis o sinovitis es muy poco importante. Dice HENCH que cuanto más exactos son los métodos diagnósticos menos se encuentra esta etiología; ciertas lesiones articulares, anteriormente consideradas como sifilíticas, no lo son ahora; según este autor se encuentran menos de lo que sugiere la lectura de la literatura; cree que una reacción de Wassermann positiva en el líquido sinovial de un sifilítico no indica necesariamente que su proceso articular sea de tal naturaleza. La mejor prueba para el diagnóstico es la biopsia articular y una rápida respuesta a la terapéutica antisifilítica, aunque tampoco esto es

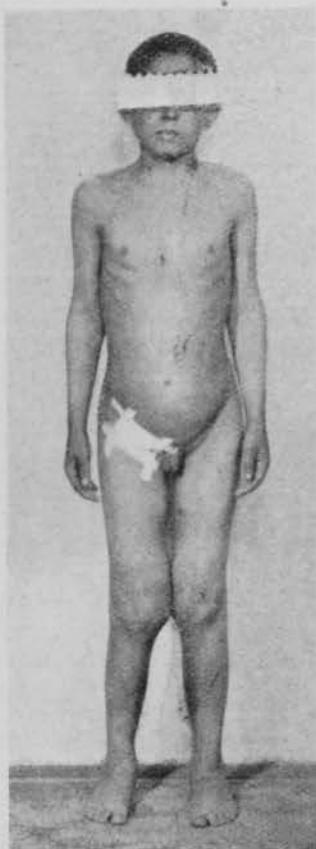


Fig. 1.

infalible. También han cambiado los criterios respecto a lo que antes se consideraban estígmas heredolúeticos.

Creemos que las características señaladas a este proceso son desde luego suficientes para no confundirla con la enfermedad de Still, reumatismo articular agudo, tuberculosis y otras artropatías infantiles.

Actualmente puede uno preguntarse si realmente existe la afección que nos ocupa, ya que apenas figura en los libros modernos y son muchos los médicos con abundante experiencia que jamás la han visto.

Nosotros no habíamos visto ningún enfermo hasta septiembre de 1951, en que nos llamó considerablemente la atención el caso que vamos a relatar:

Se trata de un chico de diecisésis años de edad, natural de un pueblo de esta provincia, que viene acompañado de su madre a la consulta gratuita del Hospital. Desde los diez años de edad le duelen algo, y se le hinchan, los tobillos; poco después pasó lo mismo con las rodillas, sin dolor; en las articulaciones primeramente



Fig. 2.

afectadas desapareció, poco a poco, la molestia, persistiendo en la misma forma en las últimas; en los demás sitios sólo refiere algunos pequeños dolores, poco duraderos, en la espalda. Catarros con frecuencia, poco apetito; siempre les ha llamado la atención el escaso desarollo. Dolores de cabeza a días sueltos con vómitos biliosos algunas veces. Se cansa algo al andar. Se afecta mucho por cualquier cosa y con frecuencia llora. Sus padres cree que están sanos. La madre ha tenido un aborto y un feto muerto a término. Son cinco hermanos en buen estado de salud, aunque uno de ellos se crió siempre débil y crecía poco.

Regular estado de nutrición, color de piel y mucosa, normal; 124 cms. de talla y 27,400 kilos de peso. As-

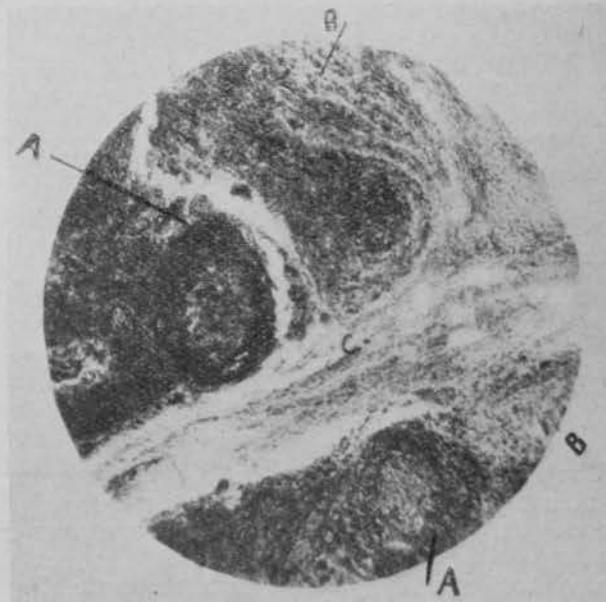


Fig. 3.—A pequeño aumento: A. Folículos linfoides del ganglio, en donde se aprecia en sus zonas centrales (más claras) la hiperplasia reticular que forma los llamados centros germinativos de Fleming o folículos secundarios de Hellmann. B. Senos linfáticos anchos llenos de células de reticulum (cátarro de los senos). C. Zona de fibrosis por evolución en este sentido del tejido linfóide crónicamente inflamado.

pecto infantil como de un niño de seis años, con ausencia completa de caracteres sexuales secundarios (figura 1). Psiquismo también correspondiente a esa misma edad. Llama en seguida la atención el abultamiento en ambas rodillas, más manifiesto en lado derecho, comprobándose a la palpación de consistencia líquida; también existe algo en ambos tobillos, más en el izquierdo,

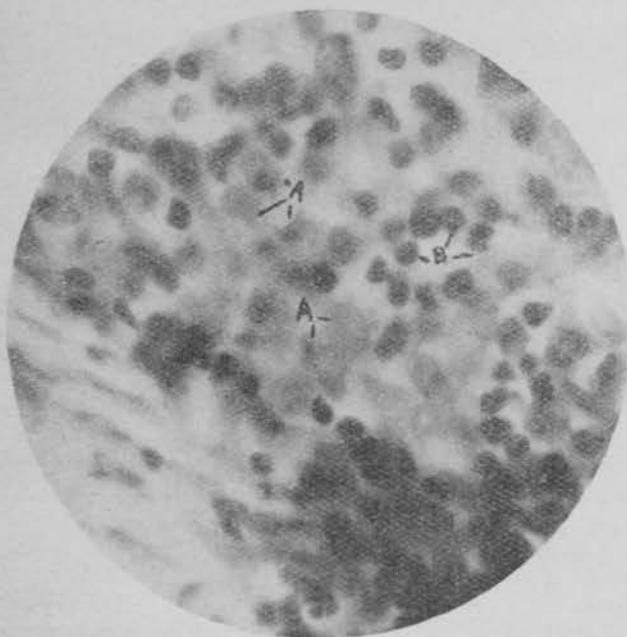


Fig. 4.—Aumento medio: A. Gran hiperplasia de células reticulares de los senos del ganglio, que llenan éstos. Entre ellas, aparecen linfocitos y algunos leucocitos (B).

pero aquí muy escaso. Los movimientos articulares pueden hacerse sin ninguna dificultad y sin que el enfermo experimente dolor, lo mismo que a la palpación. En ambas regiones inguinales se perciben varias adenopatías del tamaño de avellanas, duras, indoloras y rodaderas; igualmente en las axilas; no están aumentados los ganglios epitrocleares. En cuello existen numerosos gan-

glios, aunque de tamaño más pequeño, entre lentejas y guisantes. Bazo normal a la percusión: no es palpable. Las radiografías demuestran integridad ósea y normalidad en las articulaciones afectadas, salvo una ligera separación de las superficies articulares (fig. 2). Wassermann y complementarias, negativas en sangre, fuertemente positivas en líquido sinovial, en el cual predominan los leucocitos. Wassermann en la madre, positivo. En fórmula leucocitaria, acentuada linfocitosis. Velocidad de sedimentación, 9 a la hora. Cutirreacción a la tuberculina, negativa. El enfermo siempre ha vivido en un pueblo muy pequeño de esta provincia.

Se extirpó uno de los ganglios de ingle, y en el estudio histológico que ha hecho el doctor SUÁREZ LÓPEZ encontró una linfadenitis crónica intensa, con hiperplasia benigna del retículo y zonas de evolución fibrosa discreta (figs. 3 y 4). Histológicamente, nada específico de lúes, aunque las alteraciones referidas bien pue- de producirlas, entre otros procesos, la sífilis.

He aquí, pues, un caso cuyos síntomas coinciden bastante rigurosamente con la afección descrita por CLUTTON, presentando además infantilismo y adenopatías generalizadas, rasgos no consignados en otras publicaciones.

En este enfermo parece bastante probable la etiología luética, aunque la prueba del tratamiento ha sido poco convincente. Se le ha tratado con penicilina y bismuto, además de Testovirón a pequeñas dosis, observándose una mejoría del estado general y pequeña disminución del derrame sinovial. Continúa en vigilancia.

BIBLIOGRAFIA

- CLUTTON, cit. por COMROE.—Lancet, 1, 391, 1886.
COMROE.—*Arthritis and allied conditions*. Philadelphia, 1945.
LEON TIXIER.—*Les enfants syphilitiques*. Paris, 1931.
PHILIP S. HENCH y cols.—Ann. of Int. Med., 28, 66, 1948.
BEYER.—Munch Med. Wschr., 428, 1942.
BLUM y FATOU.—Presse Med., 1, 366, 1925.
LOUSTE.—Presse Med., 262, 1924.
YAMPOLSKY y HEYMAN.—J. A. M. A., 132, 369, 1946.

RESUMEN TERAPEUTICO DE ACTUALIDAD

UTILIDAD CLINICA DEL B. A. L.

R. ALCALÁ NÚÑEZ.

Clinica Médica del Hospital Provincial. Director: Profesor Doctor C. JIMÉNEZ DÍAZ.

Una de las consecuencias de la primera guerra mundial fué un detenido estudio de los cuerpos gaseosos que pudieran ser empleados como arma de combate, bien por su acción asfixiante, o por su acción irritante, o por su acción vesicante. Pues bien, entre los de este último grupo fué preparado en América, por LEWIS, uno que en honor suyo fué llamado Lewisita, y que químicamente es el dicloruro de clorovinilarsina, siendo su fórmula química $\text{CH}_2\text{Cl} - \text{CH} = \text{CH}_2 - \text{AsCl}_2$. Este agresivo no llegó a ser usado; pero según se pudo comprobar experimentalmente, era de unos efectos formidables tanto

irritantes como vesicantes. Consecuentemente con todo ello, al comienzo de la última guerra mundial se redoblaron los esfuerzos para encontrar antídotos a estos gases, y sobre todo se concentraron las investigaciones en encontrar un antídoto a la temible lewisita. PETERS y cols., de la Universidad de Oxford, fueron los que con mayor ahínco trabajaron estos problemas, y ya en 1945 pudieron comunicar el éxito obtenido con la utilización de un cuerpo que posteriormente fué denominado por los americanos B. A. L., iniciales de British Anti Lewisite.

Químicamente, este cuerpo es un dimercaptan con un grupo alcohol primario, y su fórmula es como sigue:



Es un aceite incoloro, estable en estado puro o cuando se disuelve en medios no acuosos, soluble