

SESIONES DE LA CLINICA DEL PROF. C. JIMENEZ DIAZ

Cátedra de Patología Médica. Clínica del Hospital Provincial. Madrid. Prof. C. JIMENEZ DIAZ

SESIONES DE LOS JUEVES. — CLINICAS

Jueves 13 de marzo de 1952.

REUMATOIDE OSTEOPOROTICO POR ALTERACION METABOLICA DE BASE ENDOCRINA

Enfermo de cincuenta y un años que desde pequeño viene teniendo dolores pluriarticulares, principalmente en hombros, codos y muñecas, de pequeña intensidad y no acompañados de alteración en las articulaciones afectadas. Hace diez años estos dolores se hicieron más frecuentes e intensos y fué tratado entonces con proteinoterapia y preparados salicílicos que le mejoraron poco. Continuó así hasta mediados de diciembre último, que por primera vez presentó junto a los dolores hinchazón articular en tobillos, cuya hinchazón ascendía hasta las piernas. Nunca ha notado fiebre.

En la exploración se encuentra un enfermo con un aspecto especial de la cara caracterizado por aire de tristeza y palidez. En tórax no se aprecia nada anormal. Y en abdomen sólo se ve abundante panículo adiposo. La exploración articular no permite objetivar alteraciones; las articulaciones no están deformadas ni infiltradas, y únicamente se aprecia un edema pretibial pálido.

El cuadro que ofrece el enfermo es un cuadro reumático, pero que no va acompañado de deformidades objetivables en las articulaciones. Esto se ve muchas veces en la práctica y los enfermos que lo presentan son, en ocasiones, auténticamente reumáticos; padecen una fibrosistosis, un reumatismo miotendineo, etc., que puede cursar intermitentemente, con velocidad de sedimentación alta e incluso con endocarditis, pero sin participación propiamente articular objetivable. Otras veces se puede objetivar en ellos un proceso vascular que es el responsable del cuadro y constituye el llamado reumatismo vasomotor que puede verse en la enfermedad de Burguer, en la hipotensión habitual que con tanta frecuencia se acompaña de dolores articulares unidos a crisis de desmayo, en la acrocianosis, etc. Hay otros casos en los que existe un trastorno óseo, tal se ve en el denominado reumatismo de los enfermos Basedowianos, en los que se observa una porosis acentuada o, por lo menos, una decalcificación que puede aumentar, como asimismo los dolores, al extirpar el tiroides o radiarlo. Finalmente otro tipo de poliartralgias con las características señaladas, se da en la pubertad, sobre todo, en sujetos que han crecido mucho y se las ve desaparecer con un tratamiento a base de vitamina D y calcio.

En el enfermo aquí presentado, que ha sido estudiado por los Dres. PARRA y RAMIREZ, la radiografía del pie recuerda a la que podría ofrecer un pie que ha sido escayolado largo tiempo: se observa una porosis ósea acentuada con decalcificación. La velocidad de sedimentación es normal. Tiene una anemia de 3.500.000 hematíes que no ha respondido al hierro. En la orina no existen alteraciones. Las fosfatases ácida y alcalina son normales. Pero la cifra de calcio en sangre es un poco alta, tiene 12 mgr. por 100. Por el poco vello que presenta en la cara y la disposición horizontal que ofrece el del pubis, se hizo un metabolismo basal encontrándose evidentemente descendido, a menos 23 por 100, con una cifra de yodo proteico en sangre de 6 gammas, por consiguiente la tiroxinemia es normal.

Por todos los datos expuestos, el Prof. JIMÉNEZ DIAZ considera que en este enfermo existe una poliartralgie no auténticamente reumática, en cuya determinación influyeron factores de crecimiento o endocrinos en la época puberal que condicionaron la elevada talla que tiene y ciertos rasgos acromegaloideos, y asimismo, su cuadro hipotiroides y también hipogonadal, este último evidenciable por los caracteres del vello anteriormente señalados y por la precoz desaparición de la libido que el enfermo refiere. Ese complejo endocrino fué el responsable de los dolores por decalcificación que ha venido teniendo y quizás sobre esa base se esté haciendo últimamente una verdadera artritis reumatoide, ya que hay un dato de valor para pensar que está en marcha y es la positividad de la reacción de Rose Svartz que ahora presenta.

Tiene de interés el enfermo el que demuestra que no es lo mismo poliartralgia que reumatismo. Si bien es verosímil que ahora esté haciendo, por la razón antes apuntada, una verdadera artritis reumatoide, es indudable que previamente lo que tenía era un cuadro reumatoide por una alteración metabólica de base endocrina. Podría hablarse de un seudoreumatismo osteoporótico, determinado por la falta de matriz ósea en virtud de la disfunción principalmente gonadal.

Teniendo en cuenta todos los factores que pueden intervenir en la génesis de su cuadro, se propone un tratamiento con dosis altas de andrógenos, tiroides, vitamina D y calcio.

Otro problema interesante que plantea este enfermo es la disociación que existe entre su metabolismo basal bajo con su yodo proteico normal. Esta disociación la estamos viendo con frecuencia y demuestra que el metabolismo en ocasiones no se altera por alteración tiroidea, sino por alteraciones periféricas en la utilización de la tiroxina.

RETICULOSARCOMA

Enfermo de veintiséis años, que hace cuarenta días le salió un bulto en la región parotidea izquierda que aumentó de tamaño muy rápidamente, llegando a alcanzar en doce horas el de una naranja. A los pocos días el bulto disminuyó de tamaño con un tratamiento con penicilina y sulfatiazol, pero no desapareció del todo, por lo que vino a Madrid y le hicieron una biopsia, cuyo informe nos trae. Ultimamente ha empezado a tener dolores en zona lumbar irradiados a espalda.

En la exploración se encuentra el bulto que se menciona en la historia que corresponde a una adenopatía; tenía hace unos días que ingresó en el hospital, un tamaño como una nuez y con radioterapia ha desaparecido por completo. El pulmón y el corazón son normales. Y en abdomen se palpa el borde inferior del bazo.

La exploración otorrinolaringológica practicada por el Dr. ASÍN, no demuestra nada anormal en los senos ni en el cavum.

La velocidad de sedimentación es normal. Y en la orina no existen alteraciones. La radiografía de tórax y de columna vertebral no ofrecen nada significativo. El informe anatopatológico de la biopsia ganglionar demuestra que se trata de un reticulosarcoma.

Tiene este reticulosarcoma varios aspectos interesantes: En primer lugar, el comienzo tan agudo que tuvo

y la rapidez enorme con que el bulto creció en el curso de muy pocas horas. Junto a esto el que remitió su tamaño, el tener la velocidad de sedimentación normal y, por último, no cursar con fiebre.

Todas son peculiaridades poco corrientes en el reticulosarcoma, que en este caso es primariamente ganglionar; no se ha encontrado ninguna localización primaria exógena.

SATURNISMO

Enfermo de cincuenta y dos años, que hace un mes, estando previamente bien, tuvo una tarde escalofríos y al día siguiente dolor cólico abdominal con estreñimiento que duró ocho días, haciendo al final una deposición como cieno. Poco después apareció ictericia con orinas colúricas y siguió con el estreñimiento y las crisis dolorosas abdominales. Con ese cuadro vino a nuestro servicio.

En la exploración se objetivaba la ictericia de pequeña intensidad y no había ningún otro dato significativo.

La reacción de Hanger era de dos cruces. La de Maclagan de 11,5 unidades y la de Kunkel de 19 unidades. En la orina tenía urobilina y sales biliares. La colema estaba alta. En la exploración radioscópica de aparato digestivo no se encontraba nada anormal. Y el jugo gástrico era normal de tipo bajo.

El enfermo lo presenta el Dr. GILSANZ, quien al verlo, por la poca intensidad de la ictericia y por ir unida a cólicos intestinales con estreñimiento, pensó en un saturnismo. Se confirmó el diagnóstico al comprobar ribete de Burton en las encías y una anemia de 3.800.000, hipocrómica y con muy abundantes hematies con punteado basófilo. Al revisar la anamnesis también se encontró el dato de que en octubre había trabajado con abonos que contenían plomo.

El caso es interesante porque constituye la forma clínica que aquí hemos descrito y su recuerdo condujo al diagnóstico.

FIEBRE DE MALTA

Enfermo de diecinueve años, que cuando tenía trece tuvo un proceso febril de un año de duración, con temperaturas que, a temporadas, llegaban a 39° y que se acompañó de dolores articulares, sudoración profusa y cefalea; en el curso de este proceso tuvo orquitis y cuando llevaba ocho meses de enfermedad ambliopía que mejoró al cesar la fiebre. Estando convaleciente tuvo una hemiparesia izquierda que desapareció sola y al mismo tiempo alucinaciones visuales con visión de animales que estuvieron apareciendo durante seis meses. Todo mejoró a excepción de la visión que no recuperó totalmente y es por lo que viene a la consulta.

Es un enfermo de constitución asténica, moreno, con frente estrecha, lanugo persistente, escasa barba y ginecomastia. Los tonos cardíacos son puros. Las tensiones arteriales 12/7. Y en abdomen no se palpa nada anormal.

La velocidad de sedimentación es normal y el análisis morfológico de sangre no demuestra alteraciones. Trae unas aglutinaciones a Malta practicadas en el curso de su proceso febril que son fuertemente positivas. En orina existen 0,20 gr. de albúmina con leucocitos, hematies y algún cilindro hialino y hialino-granuloso. El aclaramiento ureico (Van Slyke) es de 60 por 100 y la urea en sangre es normal. El Wassermann es negativo. El fondo de ojo demuestra una retinitis pigmentaria con papillas atróficas y vasos adelgazados. La agudeza visual está disminuida.

El enfermo es presentado por los Dres. LÓPEZ GARCÍA y MERCHANTE e intervienen en su discusión, junto al Profesor JIMÉNEZ DÍAZ, los Dres. RODA y OYA.

El cuadro se interpreta de la siguiente manera: La retinitis pigmentaria es, desde luego, constitucional, y nada tiene que ver con su actual disminución de visión. Esta es una secuela de su fiebre de Malta, cuyo proceso no hay duda que padeció por el tipo de fiebre, los dolores articulares, la orquitis y la positividad de las aglutinaciones. Dicha fiebre de Malta fué muy vio-

lenta y aparte de los síntomas anteriores originó una encefalitis con neuritis del óptico, responsables de la hemiparesia y las alucinaciones visuales que son crisis temporales sintomáticas y, asimismo, de la disminución de visión por atrofia óptica post-neuritis. También la fiebre de Malta condujo a una nefritis que persiste, siendo expresión de la misma la albuminuria con cilindruria y la disminución de la función renal.

Este caso tiene el interés de demostrarnos el ranpolimorfismo que puede presentar la fiebre de Malta.

ESPONDILOARTROSIS CON AFECTACIÓN RADICULAR Y CLAUDICACIÓN EN LA MARCHA (SINDROME DE LA SEGUNDA LUMBAR)

Enfermo de sesenta y ocho años, que hace dieciocho, tuvo durante unos días dolor en la cadera izquierda y a continuación parestesias en la pierna izquierda que cuatro meses más tarde aparecieron en la derecha y persisten. Tiene también dolor a lo largo de ambos ciáticos y, desde hace tres meses, claudicación en la marcha que le obliga a pararse cuando lleva un rato andando, porque ambas piernas se ponen doloridas y calientes.

En la exploración se encuentra un enfermo bien constituido. Sin nada anormal en el tórax y abdomen. La tensión arterial es de 14/8,5. Tiene dolor y rigidez en zona lumbar con discreta atrofia muscular en glúteos y en los músculos de ambas piernas. Los reflejos rotulianos están conservados, pero los aquileos, abolidos. En la pierna izquierda existe una zona de anestesia correspondiendo a la raíz sacra primera. No tiene Las segue.

La velocidad de sedimentación es normal. En la sangre y en la orina no existen alteraciones. La oscilometría en piernas y la termometría cutánea son normales. El líquido cefalorraquídeo se obtiene a una presión de 29 que con la compresión yugular asciende a 42, y en su análisis se encuentran nueve células, 26 mgr. de proteínas y Wassermann negativo.

La radiografía de columna lumbar demuestra una marcada espondiloartrosis con cuerpos aplastados y exostosis violentas que forman puente entre segunda y tercera lumbares.

El enfermo es presentado por dos Dres. R. MIÑÓN y PALACIOS e intervienen en su discusión los Dres. OYA, GILSANZ, LÓPEZ GARCÍA y PUIG.

El Prof. JIMÉNEZ DÍAZ coincide en la interpretación que se ha dado a su cuadro: Es indudable que se trata de una espondiloartrosis violenta con afectación radicular difusa responsable de las parestesias, la atrofia muscular, los reflejos abolidos y la zona de anestesia, pero, además, presenta fenómenos de claudicación en la marcha, que aquí hemos señalado con motivo de otros enfermos que padecían espondiloartrosis con afectación de la segunda lumbar, por lo que hemos hablado de síndrome de la segunda lumbar. En este síndrome aparece un cuadro de claudicación por afectación simpática y, en ocasiones, con eritemalgia, que en este enfermo se indica.

FROHLICH PREPUBERAL CON ACNE SEBORREICO

Enfermo de doce años, que nació con gran tamaño y que desde los primeros años empezó a engordar, siendo siempre muy grueso. La obesidad le produce cansancio y no disminuye a pesar de que está sometido a un régimen bastante severo. Cuando tenía un año le apareció un eritema en el labio superior del tamaño de una moneda con descamación y secreción de un líquido claro. Alteraciones dérmicas de este aspecto ha tenido también en varios sitios: escroto, mastoides, y ahora otra vez en los labios.

En su familia es frecuente la obesidad. La madre es diabética y el padre tuvo Wassermann positivo que se trató.

En la exploración se encuentra un niño obeso con piel áspera e hiperqueratosis pilar en algunas zonas. Alrededor de los labios existen unas lesiones dérmicas de aspecto impetiginoso. Testículos pequeños y el derecho no descendido. Pulmón y corazón, normales. En abdomen no se palpa ninguna alteración.

La velocidad de sedimentación y el análisis morfológico de sangre son normales. En la orina no se encuentran alteraciones. La eliminación de 17 cetoestroides en las veinticuatro horas es de ocho miligramos. El metabolismo basal es normal.

El enfermo es presentado por los Dres. RODA y FERNÁNDEZ CRIADO. Se trata de un Fröhlich prepupal que es de esperar, como ocurre en estos casos, que revierta en la pubertad. Respecto a las lesiones de piel tienen el aspecto de un acné seborreico impetiginizado. La disposición de la piel al acné seborreico se ve mucho en los sujetos con hipofunción gonadal, que en este niño es secundaria a la falta de función prehipofisaria.

Se aconseja tratamiento con hormona de lóbulo anterior y, aparte de esto, el tratamiento local de su cuadro seborreico.

INFORMACION

PRESIDENCIA DEL GOBIERNO

Administración Central. Dirección General de Marruecos y Colonias.

Anunciando oposición para proveer en propiedad plazas de Médicos del Cuerpo de los Servicios Sanitarios de la Zona de Protectorado de España en Marruecos. (*Boletín Oficial del Estado* de 27 de agosto de 1953.)

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Orden de 10 de julio de 1953 por la que se convoca a concurso-oposición una plaza de Médico de guardia vacante en el Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. (*Boletín Oficial del Estado* de 9 de agosto de 1953.)

* Orden de 10 de julio de 1953 por la que se convoca concurso-oposición para proveer una plaza de Profesor adjunto en la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, adscrita a la enseñanza de "Medicina Legal". (*Boletín Oficial del Estado* de 10 de agosto de 1953.)

Administración Central. (Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago).

Anunciando a oposición una plaza de Médico de guardia en el Hospital Clínico. (*Boletín Oficial del Estado* de 12 de agosto de 1953.)

Orden de 15 de julio de 1953 por la que se convoca a oposición una plaza de Médico de guardia vacante en el Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago. (*Boletín Oficial del Estado* de 28 de agosto de 1953.)

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Orden de 4 de agosto de 1953 por la que se dispone queden aprobadas las oposiciones para ingreso y provisión de plazas de Médicos de Asistencia Pública Doméstica, transcribiendo relaciones números 1 al 4. (*Boletín Oficial del Estado* de 31 de agosto de 1953.)

MINISTERIO DEL TRABAJO

Administración Central.

Resolución sobre modificaciones del sistema de concurso para la provisión de plazas de Médicos, establecido con carácter normal por la Reglamentación del Tra-

bajo de 4 de octubre de 1946, reguladora de las condiciones de trabajo para los Médicos al servicio de entidades de Asistencia Médico-farmacéuticas. (*Boletín Oficial del Estado* de 10 de agosto de 1953.)

MINISTERIO DEL EJERCITO

Orden de 20 de agosto de 1953 por la que se abre concurso para cubrir vacantes de Oficiales Médicos que existen en los Cuerpos y Centros que se relacionan. (*Boletín Oficial del Estado* de 28 de agosto de 1953.)

HOSPITAL PROVINCIAL DE MADRID

Servicio de Traumatología, Huesos y Articulaciones. Jefe: Profesor Doctor V. Sanchis-Olmos.

IV CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA.

1 de octubre de 1953 a 30 de junio de 1954.

El Curso de Especialización constará de la *enseñanza práctica* que los alumnos realizarán en el Servicio, frecuentando diaria y rotatoriamente las secciones del mismo, y de la *enseñanza teórica*, que se realizará asistiendo a los diversos Cursillos que se organicen sobre temas monográficos, así como a las Sesiones Científicas y Biблиográficas del Servicio.

En las lecciones y prácticas del Curso colaborarán con el Doctor Sanchis-Olmos los Doctores B. Esteban Múgica, M. Ferrer, J. López Quiles, J. M. Prieto, M. Salinas, J. Sánchez Albalá, J. Silva y F. Vaquero González.

Independientemente del programa de los Cursillos, que se detallará, diversos profesores nacionales y extranjeros pronunciarán conferencias sobre distintos temas de la especialidad.

Los derechos de inscripción para el Curso completo son 3.000 pesetas, admitiéndose un número máximo de diez alumnos. Independientemente se admite un número variable de inscripciones para los Cursillos aislados cuya cuantía se detallará para cada uno de ellos. Todos aquellos que se matriculen en el Curso completo de Especialización, deberán asistir a las lecciones teóricas de todos y cada uno de los Cursillos, recibiendo al final el diploma correspondiente.

Primer Cursillo: Poliomielitis (19-24 de octubre), 500 pesetas.

Segundo Cursillo: Tuberculosis del esqueleto (9-14 de noviembre), 500 pesetas.

Tercer Cursillo: Fracturas (15-27 de febrero), 1.000 pesetas.