

filis hereditaria o adquirida; el diagnóstico será fácil cuando se obtenga la confesión del enfermo o exista la cicatriz de un chancro. Conviene, pues, buscar las manifestaciones específicas discretas, que tienen gran valor en estos casos: clangor del segundo ruido aórtico, abolición de los reflejos rotulianos, existencia del signo de Argyll-Robertson y, en la mujer, la multiplicitad de abortos. En muchos casos, sin embargo, ni el interrogatorio, ni el examen clínico del enfermo, son decisivos; es preciso recurrir, entonces, a los exámenes de laboratorio y, sobre todo, al tratamiento de prueba.

El examen del líquido ascítico desde el punto de vista físico y químico y el examen microscópico del sedimento de centrifugación, no dan, a menudo, ninguna prueba.

La constatación de una reacción de Wassermann positiva en la sangre, indica la existencia de una sífilis, pero no prueba, de ningún modo, que la cirrosis sea sifilítica. Contrariamente, la presencia de anticuerpos específicos en la ascitis de una cirrosis demuestra la naturaleza sifilítica de esta, pues la reacción de Wassermann no se ha encontrado jamás positiva en el exudado peritoneal de sujetos afectados de afecciones diversas.

Una reacción positiva indica, pues, que se trata de una sífilis hepática, pero, si la reacción es negativa, ¿debemos rechazar el diagnóstico de sífilis? Ciertamente que no, si es fundada la sospecha de una sífilis; en estos casos resolverá las dudas el tratamiento de prueba, pues la eficacia del tratamiento es el elemento de diagnóstico más seguro.

¿En qué debe consistir el tratamiento de prueba? El cianuro de mercurio, por sus propiedades diuréticas y antiespecíficas, es de todos los tratamientos antisifilíticos el que ha dado mejores resultados: la mejoría se traduce rápidamente por un aumento de la diuresis, el levantamiento del estado general, la reproducción más lenta de la ascitis, e incluso su desaparición definitiva. Se emplea simultáneamente el carbonato de bismuto (a la dosis de 1 gr. por día), para prevenir la diarrea que podría provocar el cianuro.

La opoterapia hepática (3 gr. por día) será un coadyuvante precioso para luchar contra la insuficiencia hepática.

En resumen, diremos que muchas cirrosis extremadamente semejantes a las cirrosis atroficas alcohólicas, son de origen sifilítico.

Las pruebas nos las proporcionan: los antecedentes del enfermo; los estigmas de la sífilis, en general muy discretos, que pueda presentar; la constatación de la reacción de Wassermann en la sangre y en el líquido ascítico y la eficacia del tratamiento antisifilítico.

La reacción de Wassermann debe ser practicada sistemáticamente en todo cirrótico; si es positiva se instituirá inmediatamente el tratamiento antisifilítico. En los casos dudosos no será abandonado el tratamiento ensayado, hasta después de haber comprobado su fracaso.

¿Qué podemos esperar de este tratamiento?

A veces, una curación total, definitiva (observacio-

nes I y II); son los casos tratados en sus comienzos. En otros casos una notable mejoría (observación IV), que en ocasiones puede ser muy rápida.

Terminaremos encareciendo la investigación minuciosa de la sífilis en los períodos iniciales de la cirrosis atrofica con ascitis, pues la lesión etiológica es aquí capital, ya que nos permite instituir un tratamiento eficaz, racional, y el único que—atacando a la causa—puede hacer esperar una curación completa y definitiva.

DEFORMIDADES CONGÉNITAS TRIBUTARIAS DE PIERNAS ARTIFICIALES

por el doctor

M. OLIVERAS DEVESA

de Barcelona

El uso de piernas artificiales no es—como al parecer pudiera—exclusivo de los amputados de extremidad inferior, sino que pueden beneficiarse también del porte de aquellas ciertos deformados con lesiones congénitas o adquiridas que comprometen seriamente el normal funcionalismo del miembro afecto y le inutilizan incluso para la bipedestación.

Facilmente se comprende que, en estos casos la protesización no puede en modo alguno efectuarse según reglas prestablecidas sino es menester en cada uno de ellos aguzar el ingenio y seguir procedimientos atípicos, estudiando de antemano los peculiares caracteres de la deformidad para deducir luego el tipo de prótesis más conveniente.

Comunmente ocurre que las malformaciones de carácter grave que radican por debajo de la rodilla y que producen notable acortamiento de la pierna las resuelve el ortopédico no titular aconsejando un pilón con marcha sobre la rodilla en flexión o un calzado de alza, si el esqueleto de la pierna es capaz de resistir el peso del cuerpo a algunas veces se liquida la comprometida (?) situación confiando todo el porvenir del lisiado a unas rutinarias muletas. Científica y socialmente deben proscribirse estas o por lo menos limitar mucho su empleo reduciéndolo a los casos estrictamente necesarios que son, en verdad, muy contados. En uno de nuestros escritos (*) expusimos los trastornos a que pueden dar lugar y los peligros a que esta expuesto quien a ellas se confía.

Las deformidades congénitas de pierna que con más frecuencia vemos, son las *incurvaciones* y *pseudartrosis de tibia y peroné*, *hemimelias en sus diferentes grados* y *formas* (ausencias por insuficiencia de desarrollo) y *amputaciones congénitas*. Todas ellas son tributarias de piernas artificiales cuando existe importante desplazamiento y acortamiento de la extremidad.

Las primeras se caracterizan por un trastorno de desarrollo de la pierna a la unión de su tercio medio

(*) M. OLIVERAS DEVESA. Trastornos consecutivos al uso de muletas. *Rev. Méd. de Barcelona*. Abril 1924.

con su tercio inferior acompañados de notable desviación axial y atrofia. Estas incurvaciones suelen ser angulares, de convexidad anterior y van acompañadas de malformaciones secundarias del pie; se las distingue de las desviaciones raquílicas por su unilateralidad, por aparecer en el momento mismo del nacimiento y por presentar un ángulo de desviación con una cicatriz cutánea en su vértice. Se estiman originadas por fracturas intrauterinas mal consolidadas.

Su evolución es variable, si bien tienden a empeorar cuando el niño empieza a andar por la influencia misma del peso. Algunas veces, sin motivo apreciable o a consecuencia de un traumatismo insignificante se produce una fractura cuya característica es la de no llegar a la consolidación.

Las tentativas de enderezamiento forzado y aun las osteotomías y osteoclasis generalmente fracasan y no consiguen más que convertir esta deformidad en otra todavía más desagradable: la pseudartrosis, debido al escaso poder osteogénico de la tibia consecutivo a sus serias alteraciones tróficas. Es más: aun suponiendo que se consiguiera una perfecta rectificación de la pierna, con excelente unión ósea de ninguna manera se lograría obtener quirúrgicamente la longitud conveniente de la pierna atrofica sería pues necesario también el uso de algún agente de prótesis funcional. La terapéutica a emplear es por tanto de orden protésico esencialmente y para combatir factores tan importantes cual son la desviación y acortamiento de la extremidad entendemos que no debe recurrirse más que a la prescripción de una pierna artificial "sui generis", si queremos obtener seguro éxito, prescindiendo en absoluto de todo otro proceder.

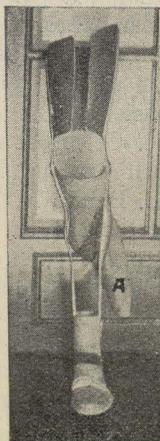


Fig. 1. — Un modelo en construcción. Una brida llevará la punta del pie A hacia la línea media.

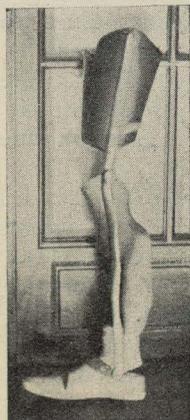


Fig. 2. — El mismo modelo visto de perfil.

A pesar de no ser muchos los deformados de esta naturaleza que acuden espontáneamente al médico ortopédico, en este comienzo de año hemos visto dos pacientes con incurvación congénita de tibia cuyas lesiones eran en un todo semejantes, a los cuales indicamos la conveniencia de adaptarles una pierna protésica cuyo tipo representamos en la adjunta figura.

Caso primero. C. P. de 40 años de edad, natural y residente en Palma de Mallorca. Constitución física y desarrollo corporal normales, sin más deformidad que una incurvación congénita de pierna izquierda que esquematizamos en la fig. 3. Padres y sus dos hermanos absolutamente normales no recordando ninguno de ellos defecto análogo entre su numerosa familia.

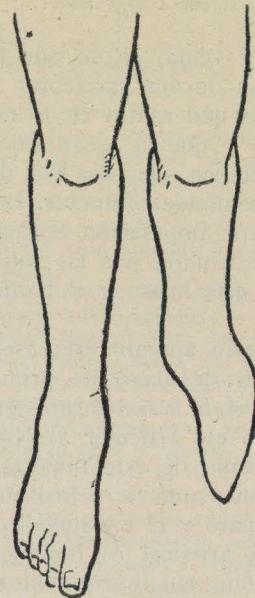


Fig. 3. — Esquema representativo de la deformidad de nuestro caso 1.º

Anduvo durante algún tiempo a beneficio de un pilón con apoyo rotuliano y desde muchos años abandonó aquel para no usar más que muletas. Refiere que, según manifestación de uno de sus parientes con el cual convivió durante su infancia, la lesión que en los primeros meses de existencia era poco manifiesta se acentuó notablemente durante el segundo y tercer años.

Se niega rotundamente a dejarse fotografiar.

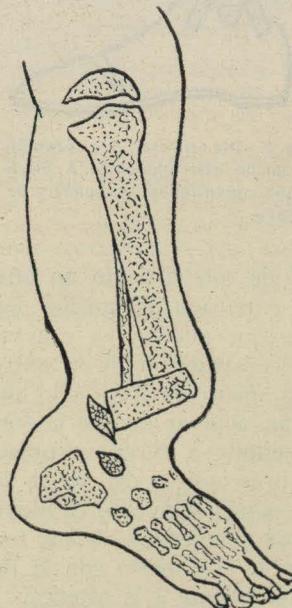


Fig. 4. — Diseño de una incurvación (o pseudartrosis) congénita.

Caso segundo. V. M. de 23 años de edad, soltero, natural de Esparraguera y residente en Barcelona. Como el anterior

sin antecedentes familiares. La pierna afecta es también la izquierda, con la única diferencia de que su ángulo de desviación es más abierto. Pie muy atrofico con considerable limitación de movimientos en la articulación tibio-tarsiana. Desarrollo esquelético normal, si bien aprecio exagerado valgismo en ambos codos.

Ha usado diferentes formas de calzados ortopédicos y actualmente marcha sobre un pilón-pierna, con pie simulado.

Se niega asimismo a ser fotografiado.

Lo interesante y ventajoso de este personal modelo es la concomitancia de dos excelentes *zonas de apoyo*. Una de ellas es la que radica en la rama horizontalizada del miembro y que la aseguramos y reforzamos por un estribo metálico que pasa por debajo del amoldado de cuero o celuloide contentor. La otra es—como en las protesis para amputación normal de pierna—la meseta tibial representada por las tuberosidades anterior y laterales y este hueso y el borde inferior de la rótula.

La solidez de este aparato esta asegurada por dos montantes laterales de acero de primera calidad los cuales tienen al nivel de la rodilla una charnela que coincide con el mismo eje articular al objeto de permitir el libre funcionalismo de este importante artículo. El pie es de sauce con planta de fieltro amortiguadora del choque al dar el paso y el eje metálico de la articulación tibio-tarsiana artificial es totalmente regulable y reajutable limitando sus movimientos dos topes de caucho intercambiables. La pieza A la preferimos de madera de haya por su mucha mayor resistencia, pues debe tenerse presente que está muy expuesta a deterioros. Inmediatamente se adquiere el hábito al porte de esta pierna sin necesidad de reeducación médica.

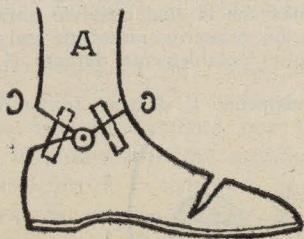


Fig. 5.—Pie artificial; c, c, topes de caucho intercambiables; A, pieza que construimos con madera de haya.

Si la finalidad de este artículo no pusiera un razonable límite a la extensión del mismo detallaríamos algunas variaciones que puedan ya y a veces deben introducirse en la construcción de la extremidad artificial. Sin embargo añadiremos tan solo que en las pseudartosis congénitas, a pesar de que la forma del miembro es muy semejante a la que representamos en la figura 4 ha de prescindirse del apoyo bajo ya que—como se adivina—aquél segmento es movable y en cambio cabe enderezar el miembro de tal forma que algunas veces es posible englobarlo con la pantorrilla artificial sin faltar seriamente a la estética.

En los diferentes grados de hemimelias la forma definitiva de la protesis depende naturalmente de la del miembro, quedando siempre condicionada por la des-

viación y acortamiento de este. En cuanto a las amputaciones congénitas es bien notorio que siendo la deformidad que más analogía tiene con las amputaciones quirúrgicas su protesización será también análoga, y huelga por ende que nos detengamos a hablar de ella.

De cuanto llevamos dicho queda bien patente que para rehabilitar físicamente a estos grupos de contrahchos que acuden ya adultos al médico ortopédico cuenta el especialista con excelentes e inofensivos recursos que ofrecen, al propio tiempo más garantías que cualquier procedimiento quirúrgico. Véase como en este punto los agentes de mecánica ortopédica lejos de ser un eficaz auxiliar del cirujano son de más segura acción que este y por su sola mediación se obtienen más ventajosos resultados.

CRÓNICA

VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

En los días del 7 al 10 del mes de Abril próximo pasado, se celebró en Roma esta importante reunión de cirujanos pertenecientes a la Sociedad Internacional de Cirugía. El profesor WILLEMS, de Lieja, y el doctor MAYER, docente de la Universidad de Bruselas y Secretario general de la Sociedad, cuidaron, juntamente con el profesor GIORDANO de Venecia, nombrado presidente del VII Congreso, de los trabajos preparatorios de la magna reunión. Hubo las pequeñas deficiencias que son propias de una reunión de esta naturaleza, a la que acuden profesores de muy distintos países y de distintas lenguas. En conjunto, sin embargo, la reunión se deslizó normalmente y los médicos y cirujanos pudieron seguir atentamente la labor de los ponentes e intervenir activamente en las discusiones.

La sesión inaugural fué solemne. Celebróse a las 10 de la mañana del día 7 de Abril en una hermosa sala del Capitolio, presidiendo S. E. Benito MUSSOLINI, Jefe del Gobierno italiano, quien tenía a su derecha a los Profesores WILLIAMS y GIORDANO y a su izquierda al senador CREMONESI, gobernador de Roma y al doctor MAYER.

El Senador CREMONESI abrió el Congreso dando la bienvenida a los Congresistas y expresando la esperanza de que Roma vuelva a ser un centro de civilización y de progreso al servicio de la paz y de la concordia universal,

Benito MUSSOLINI pronunció el siguiente discurso:

Doy la bienvenida, en nombre del Gobierno italiano, a los más ilustres maestros de este arte quirúrgico en el que la ciencia médica ha sabido encontrar, a través de los siglos, una de sus más grandes y gloriosas conquistas. La palabra que designa vuestro arte, Señores congresistas, no lo define suficientemente ni indica, sobre todo, su ideal significación, y su alto valor humano. Por sus raíces griegas, la palabra "cirugía" sólo tiene, en efecto, una muy modesta significación. Puede traducirse: "trabajo de la mano". Pero las más brillantes virtudes de la inteligencia y las más arraigadas energías de la voluntad y del carácter deben conducir y sostener esta