

la evolución más rápida, por la coexistencia de elementos piodérmicos dispersos menos verrugosos o no verrugosos, por la mayor irritabilidad de las lesiones en la piodermatitis verrugosa.

El proceso retrocede con una terapéutica antiséptica sobre todo la fungicida, el cobre, dejando unas digitaciones cicatriciales que son también consecutivas de las otras modalidades y que responden o las formaciones córnea, quística, descritas, esta última por AZÚA.

La histología demuestra formaciones verrugosas con elementos de disqueratosis o quísticos; la siembra da lugar a piógenos.

3.^a—Modalidad papilomatosa

La formación de vegetaciones como causa de piógenos es cosa conocida de todos y sabemos que las úlceras de las piernas y las heridas infectadas son capaces de producirlas. GOUGEROT estudiando las complicaciones de las heridas de guerra las ha descrito con todo su polimorfismo vastísimo.

Además existen las botriomicosis que sabemos que son procesos piodérmicos primero y especialísimo de ciertas regiones (palma de la mano y dedos principalmente), condicionada por la resistencia de la capa córnea que hace que la vegetación surja como de un ojal.

Fuera de esto, hay vegetaciones papilomatosas blandas primarias y AZÚA describió ya un caso; nosotros las hemos visto hasta seis veces, coexistiendo con otros procesos piodérmicos como en un caso en que se ve una perionixis flictenular también vegetante y una placa papilomatosa secretante, semejante a la forma verrugosa pero de papilas blandas, secretantes, que clínica e histológicamente son diferentes, es la misma diferencia de la verruga y el papiloma; en otra región como por ejemplo la pubiana, se forman vegetaciones claras que sin serlo parecen las vegetaciones papilosas venéreas, pero que se sitúan en regiones de piel seca, en donde no se sitúa el papiloma no se observa; en la frente en dos casos se parecen a un grande botriomicoma.

La histología muestra las formaciones papilares, con escasa hiperacantosis, hay pequeños abscesos miliares que se abren en la superficie, desecándose y cubriéndose de los elementos córneos. (Microfotografía número 2).

RESUMEN

A parte de las piodermatitis que se pueden hacer accidentalmente vegetantes, las hay que comienzan, siendo primitivas y constantemente vegetantes; de estas no hay más que una modalidad que clínica e histológicamente parecen epitelomas, otra modalidad que parecen tuberculosis verrugosa o blastomicosis y otra que parecen papilomas.

Es de interés clínico el conocimiento por cuanto estos procesos que pueden confundirse con los otros, a los que se asemejan, se curan rápidamente con anti-sépticos principalmente a base de fungicidas o sea el cobre.

UNA COMPLICACIÓN VASCULAR POCO FRECUENTE DE LAS INYECCIONES BISMÚTICAS INTRAMUSCULARES

por el doctor

JUAN VANRELL

de Barcelona

La Clínica, tan varia en las pequeñas modalidades de reacción individual como constante en la exteriorización de los grandes síndromes que responden a procesos fisiopatológicos definidos, guarda de cuando en cuando para el práctico sorpresas que, si en los primeros momentos desconciertan, el examen atento de los hechos y el conocimiento preciso de las correlaciones funcionales y anatómicas permite en muchos casos referir en definitiva a su causa verdadera.

El motivo de esta pequeña nota es precisamente un hecho de esta naturaleza aparecido con comitancia con otros síntomas de localización distinta y aparentemente inconexos del primero pero que un análisis detenido del proceso permite atribuir a idéntica etiología.

Los accidentes vasculares consecutivos a las inyecciones intramusculares de los preparados insolubles de bismuto son relativamente raros. Las obras modernas de sifiliografía ni siquiera los mencionan. En la literatura médica hemos podido recoger tan solo nueve trabajos dedicados al estudio de la cuestión, y aún todos ellos se refieren exclusivamente a accidentes vasculares locales, es decir aparecidos en las proximidades del sitio de la inyección.

BARTHELEMY en una reciente comunicación al III Congreso de dermatólogos y sifiliógrafos de lengua francesa resume así la sintomatología de estas complicaciones vasculares:

1.º Dolor ordinariamente precoz, intenso y progresivo entre las 12 y 24 horas que siguen a una inyección en apariencia normal y que alcanza a veces un paroxismo tal que desafía a la morfina.

2.º Tumefacción en masa con equimosis más o menos extensa.

3.º Resolución lenta y a menudo incompleta ya que en ocasiones se trata de gangrena superficial y aún hipodérmica con impotencia prolongada y cicatrización tardía a consecuencia de verdaderas embolias arteriales hecho puesto en evidencia histológicamente por FREUDENTHAL en 1924 y corroborado al año siguiente por NIGOLAU.

El proceso embólico puede alcanzar grados diversos que van desde el *exantema cárdeno* o *livedoide* a la *gangrena dermo-hipodérmica*, pasando por los estadios de *placa equimótico-flictenular* y *dermitis gangrenosa*.

El primer proceso corresponde al *exantema embólico local* de JADASSOHN y FREUDENTAL, caracterizado por intenso dolor local poco después de la inyección, hipertermia, y aparición de un exantema de color violáceo constituido por placas cíclicas, que adoptan la forma de hojas de helecho (BARTHELEMY) y dejan entre si espacios blanco-lívidos, las cuales tardan días en regresar. La duración del accidente es de dos a tres semanas durante cuyo intervalo van menguando los

síntomas dolorosos, quedando a veces como secuela cierta impotencia funcional que tarda en desaparecer.

La segunda forma, descrita por JEANSELME, GEORGES LEVY y HUET, tiene un comienzo semejante pero la evolución clínica local se caracteriza por la aparición de placas equimóticas que llegan a producir abombamientos flictenulares, con urticaria periflictenular, análogos a los de una aplicación intensa de tintura de yodo. La curación es la regla, pero las induraciones dolorosas persisten algún tiempo en las regiones flictenizadas.

La tercera categoría de accidentes, descritos por el profesor NICOLAU con el nombre de *dermitis livedoide* y *gangrenosa*, dejan ya secuelas desagradables a consecuencia de la escarificación de una parte de la piel isquemiada y de las cicatrices consecutivas. Estas, aunque superficiales, constituyen un daño indeleble desde el punto de vista estético.

El caso de NICOLAU y el relatado por BARTHELEMY son demostrativos y ambos señalan con precisión las fases sucesivas del proceso: anemia pasajera de los tegumentos a la que sigue inmediatamente la tumefacción en masa de la región afecta con tinte rojo violáceo; a las pocas horas, marmoraciones violáceas que cubren la nalga y se extienden más allá de la línea medio-sacra. Al siguiente día placa irregular rojo-rubí, de apariencia purpúrica, rodeada de un semillero de pequeños puntos redondeados del mismo color. La marmoración, que no desaparece a la presión, constituye una vasta red con el aspecto de *livido* ya descrito por FREUDENTHAL. Al quinto día el contorno de la gran placa es asiento de una flictenización plana, algo elevada en sus bordes por un líquido sero-purulento, la cual poco a poco va ennegreciéndose y tomando el aspecto de una escara tegumentaria apergamínada. Al doceavo día comienza la eliminación de los tejidos esfacelados y el proceso de reparación que deja a los 28 una cicatriz indeleble.

El cuarto grado constituye una agravación del anterior, con formación de escara profunda y reparación difícil y tardía que se traduce en una cicatriz viciosa que dificulta la marcha, se erosiona con facilidad y obliga a veces a la exéresis quirúrgica en bloque de la masa fibrosa.

Los preparados bismúticos que han ocasionado los accidentes consignados hasta el presente en la literatura son: el yodoquinato (ANDRY, MARSANET, NICOLAU), el óxido (JEANSELME, HERSCHER, BARTHELEMY), el oxiyodogallato (JEANSELME), el carbonato (BARTHELEMY) y el bismuto en combinación con el ácido oxibenzoico (JADASSOHN y FREUDENTAL, BETTMANN).

El caso que vamos a relatar seguidamente difiere substancialmente de los anteriores por la localización especial de la zona de esfacelo, producida a distancia, pero coincide con las descripciones transcritas en lo que hace referencia a la evolución de los fenómenos locales. Se trata de un caso posiblemente único en la casuística de esta clase de complicaciones vasculares y es por ello que hemos creído interesante su divulgación.

J. F., empleado, 48 años, complexión débil; infancia sin antecedentes patológicos de importancia. En su juventud, reinfección tuberculosa de evolución discreta y de la que curó

sin dejar aparentemente otras secuelas que bronquitis de repetición. Buen estado general. Padre muerto, según dice, de asistolia a los 57 años; madre fallecida rápidamente sin poder establecer la causa a los 34; dos hermanos: uno muerto a los cuatro años de enfermedad indeterminada; el otro vive en buena salud. Infecciones sexuales repetidas. Hemorragia a los 20 años. Esclerosis inicial a los 47, cuidada seguidamente por un especialista. El tratamiento de ataque consistió en 3'60 gramos de salvarsán, 10 inyecciones de bismuto y 12 de Novasurol. Al año siguiente se repite la cura y en el curso del tratamiento se le administra (día 20 del pasado julio), una inyección intramuscular en la región glútea de 3 c. c. de un preparado nacional de bismuto insoluble: yodo bismutado de quinina al 10 por 100 en suspensión en aceite de olivas desacidificado. La inyección produjo seguidamente un calambre que irradiaba hasta la pierna, con impotencia funcional y dolor que fué progresivamente en aumento, obligándole a guardar cama e imposibilitándole de reposar sobre la región afecta; poco a poco el sitio de la inyección tornose tumefacto y la región fué cubriéndose de marmoraciones violáceas con aspecto equimótico; durante los dos primeros días el dolor local y la reacción térmica dominaron el cuadro pero el enfermo afirma haber notado cierta desazón en el glande a la que no prestó mayor atención dada la violencia dolorosa de la reacción focal.

Al tercer día se observan en la cúpula del glande las primeras modificaciones patológicas caracterizadas por insensibilidad a la presión y cambio de coloración de la mucosa, la cual adquiere alrededor del meato un tinte rojo sombreado que poco a poco vira a violáceo. El médico de cabecera Dr. CIRERA, que había sido llamado por el enfermo, justamente alarmado por el cariz del proceso recabó el concurso de otro facultativo. En este momento el estado general del enfermo se hallaba deprimido, la reacción térmica era de 38 grados con remisiones frecuentes, el dolor en la región glútea había cedido en intensidad y las marmoraciones violáceas así como el empastamiento difuso de la región mostraban asimismo alguna tendencia a la regresión. En el glande aparecía una extensa zona violácea en forma de casquete alrededor del meato que poco a poco fué adquiriendo tintes más pronunciadamente oscuros (fig. 1). Insensible al tacto era sin embargo dolorosa a la presión profunda. La zona de anestesia continuaba por encima del surco balano-prepucial. En el pene existían tres zonas superpuestas: la inferior insensible al tacto, oscura y de frialdad mármorea constituida por el tejido en vías de esfacelo; la media, circundando a la anterior, con isquemia, anestesia y débil coloración; la superior hiperhémica y de calorificación normal.



Fig. 1.—La necrosis de la cúpula del glande, a consecuencia de inyecciones bismúticas, 12 días después de su aparición.

Nada de particular en los restantes aparatos; pulso rítmico a 100; tensión con el Vaquez Laubry 18-9. Orina sin albúmina ni glucosa. Wassermann negativo.

El tratamiento prescrito consistió en baños locales semi-permanentes de suero fisiológico calentado a 38°. Dos veces al día el suero fisiológico era reemplazado por cocimiento de quina alcanforada, a igual temperatura. A medida que se formaba el surco de eliminación los baños de quina fueron substituyendo a los de suero hasta reemplazarlos totalmente. Se procuró levantar la moral del enfermo y su estado general y al objeto de aumentar en lo posible la irrigación del órgano se administraron cuotidianamente inyecciones de metil-arsenato de yohimbina y de estrignina bajo la forma de ampollas de Juvenina. El 5 de Agosto el surco de eliminación estaba formado y el 15 del mismo mes desprendióse una extensa escara esfero-cónica que comprendía la cúpula del glande en un radio de trece milímetros por su parte anterior y llegaba hasta la inserción libre del frenillo en su porción posterior (fig. 1.^a) apareciendo una superficie cruenta de aspecto infundibuliforme en cuyo fondo se abría el nuevo orificio de la uretra. Poco a poco fué granulando la herida merced a curas tópicas y aplicaciones de luz ultravioleta hallándose al presente casi cicatrizada. En la nalga se aprecia todavía un cierto grado de empastamiento, una coloración oscura de la piel así como trastornos tróficos de la misma de tipo paraqueratótico; continúan los dolores a la presión en el trayecto del ciático y, aunque menos acentuada, la meiopragia funcional."

Esta es en sus rasgos esenciales la historia clínica del caso: a consecuencia de una inyección intraglátea de sales bismúticas practicada en individuo delgado y sin comprobar si la aguja ha lesionado ocasionalmente un vaso, ocurren accidentes locales semejantes al exantema embólico local de JADASSOHN, con la diferencia de su mayor extensión y persistencia: la observación en sí no tendría en estas circunstancias otro valor que el de enseñanza personal que pudiera deducir el práctico de una contingencia semejante. Pero el hecho de la gangrena local de la verga añadido al síndrome reseñado le presta un interés particular.

¿Pueden considerarse ambos procesos como fenómenos concomitantes pero sin relación alguna entre sí? Asignando a la necrobiosis del miembro el carácter de entidad autónoma podría tratarse quizás de una manifestación polineurítica, pero aparte de que el enfermo no presenta otro síntoma ostensible de esta enfermedad, la localización peneana es asimismo un caso excepcional, asentando preferentemente estas ulceraciones en zonas de decúbito. La neuritis traumática o compresiva local debe asimismo rechazarse dado el carácter central de la zona de esfacelo, que siempre es unilateral en los procesos tróficos por angioespasmo, y acostumbran a producir gangrenas húmedas. El estudio de la tensión sanguínea, el examen de la orina, y la reacción Wassermann permiten eliminar desde luego una endoarteritis obliterante local por arterioesclerosis, diabetes o sífilis activa. Todo conspira pues para que en presencia de una gangrena seca se piense lógicamente en una embolia de tipo arterial. Ahora bien, ¿cómo ha sido movilizado el émbolo y por qué curiosa casualidad ha venido a obturar los vasos nutricios del pene? Y, si realmente procede de la terapéutica a que ha sido sometida una región relativamente distante del lugar del conflicto, ¿qué camino arterial ha puesto en relación directa ambos territorios?

Sabemos que son dos los troncos arteriales que irrigan la región glútea: la isquiática y la glútea propiamente dicha. En ninguno de estos troncos ha podido sin embargo tener lugar la embolia de referencia por

cuanto ambos se ramifican por la región y todo lo más habrían dado lugar a una gangrena local como en el caso reseñado por BARTHELEMY. Recordemos de paso que estas ramas de la iliaca externa proceden junto con el nervio ciático de la escotadura ciática mayor, circunstancia que hace peligrosísima toda inyección intramuscular practicada en las regiones media e infero-internas de la nalga.

Existe sin embargo un punto preciso en que las masas glúteas se hallan atravesadas por otra arteria importante: la pudenda interna, la cual se hace precisamente accesible a las punciones practicadas en esa región en el momento en que descendiendo por delante del piramidal y del plexo sacro sale de la pelvis por la parte inferior de la escotadura ciática mayor y rodea, por debajo de aquel músculo, la cara externa de la espina ciática para insinuarse en el espesor del periné

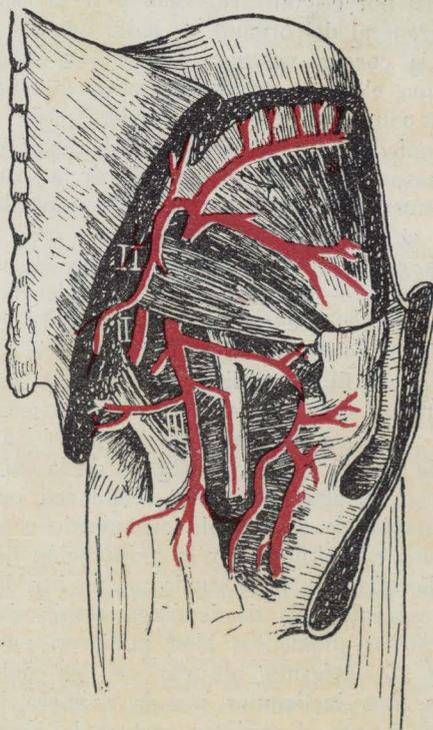


Fig. 2.—Anatomía topográfico-vascular de la región glútea. I pudenda interna; II glútea; III isquiática (según TESTUT).

Ahora bien, la pudenda después de haber dado varias ramas colaterales (hemorroidales inferiores, perineal superficial y perineal profunda) se divide en dos ramas terminales: la cavernosa y la dorsal del pene.

La cavernosa, que nace de la pudenda algo por debajo de la sínfisis púbica, penetra en el cuerpo cavernoso por su extremidad posterior y termina en este órgano eréctil suministrando ramúsculos flexuosos y contorneados en espiral que llevan el nombre de arterias helicinas.

Por el contrario, la dorsal del pene, naciendo a la misma altura que la anterior, atraviesa el ligamento suspensorio y va a colocarse sobre la cara superior del cuerpo cavernoso que sigue hasta la base del glande. Corre por ella, a cada lado del surco medio, paralela-

mente a la del lado opuesto de la que está separada únicamente por la vena del mismo nombre que, por rara excepción a la regla general, es impar y media. En el trayecto suministra ramas al cuerpo cavernoso correspondiente y emite otras que circundando a éste van a distribuirse por la porción esponjosa de la uretra anastomosándose con las divisiones anteriores de la arteria bulbosa. Al llegar al glande se anastomosa con la del lado opuesto y forma en la base de este órgano una especie de corona arterial de donde escapan ramos y ramúsculos para el glande y para el prepucio. La circulación del prepucio se halla asegurada además por las pudendas externas, ramas de la femoral, y por las perineales superficiales ramas de la pudenda interna. La porción esponjosa de la uretra tiene como arteriolas compensadoras los ramos uretrales de la perineal profunda.

El glande, por el contrario, dentro de la rica vascularización general del órgano, se halla únicamente irrigado por la corona vascular que hemos mencionado y que forma el plexo terminal de las dos pudendas. Este plexo constituye en consecuencia un filtro sumamente apropiado para la detención de cualquier obstáculo intravascular y a él han de ir a parar casi indefectiblemente los émbolos de toda naturaleza fragmentados en el territorio de la pudenda.

Podemos explicarnos por tanto desde el punto de vista anatómico el mecanismo especial del fenómeno de necrobiosis distante aparecido en nuestro enfermo, calificándolo simplemente de embolia de la pudenda y necrosis de su filtro terminal.

La naturaleza del émbolo podría quizás prestarse a discusión: ¿se trata de una embolia primitiva constituida por la propia materia cristalina de la sal de bismuto que se ha atascado en la ténue red capilar o, por el contrario, de un émbolo organizado a expensas del hematoma constituido por la vulneración de la pudenda y liberado más tarde en la propia luz del vaso? A pesar de la ausencia de fenómenos subjetivos, que en los primeros momentos bien pudieron pasar desapercibidos al enfermo absorto en los dolores de su neuritis, nos inclinamos por la primera hipótesis teniendo en cuenta el carácter central del foco necrótico; como puede observarse en la fotografía que acompaña, el esfacelo se extiende a todo el filtro terminal constituido por la fusión de las dos pudendas: parece por lo tanto como si en esa región más finamente tamizadora hubiese ido a detenerse la materia pulverulenta repartiéndose por igual entre los capilares. Falta empero la comprobación histológica del caso, previa biopsia, que no pudimos llevar a cabo tratándose de un enfermo particular y nada puede concluirse en definitiva sobre ello.

Creemos, sin embargo, haber demostrado la posibilidad anatómica del hecho de referencia y ello ha de constituir para el práctico un motivo más para que extreme las precauciones de rigor que deben tomarse en toda inyección intramuscular, al objeto de evitar accidentes desagradables, de los que puede resultar para el enfermo una mutilación tan indeleble como delicadísima.

BIBLIOGRAFIA

- ANDRY.—Análisis del trabajo de Freudenthal. *Ann. de Derm.* Julio 1925, pág. 474.
 BARTHELEMY.—*Annales des Mal. Ven.* Agosto 1925, núm. 8. *Soc. G. Derm.* Mayo 1926.
 FREUDENTHAL.—*Arch. G. Derm.* 147 vol., 1 cuad. 24 Abril 1924.
 JODASSOHN.—*Soc. Alemana de Derm.* Congreso de Munich, Mayo 1923.
 JEANSELME, GEORGES LEVY, LEÓN HUET.—*Bull. Soc. G. Derm.* Febrero 1926, pág. 98.
 UCLEAN, BARTHELEMY, GOUGEROT, *Ib. idem.* (Discusión).
 NICOLAU.—*Annales des Mal. Ven.* Mayo 1925, núm. 6.
 SAINZ DE AJA.—Hemorragias intersticiales por inyecciones intramusculares. (*Atlas Derm. Sifil.* XI. Octubre 1918, p. 20).
 BARTHELEMY.—Comunicación al Tercer Congreso de Dermatólogos y Sifiliógrafos de lengua francesa, 1926.

LA VACUNOTERAPIA EN LA BLENNORRAGIA

Estudio clínico

por el doctor

A. RAVENTÓS MORAGAS

del Hospital Clínico de Barcelona

En la formidable batalla entablada contra esa plaga de la humanidad, llamada blenorragia, numerosas armas se han adoptado, y tampoco habían de faltar aquí los elementos biológicos, representados por las vacunas.

Años hace ya que se emplean y sin embargo no hemos adelantado mucho; ha sido poco a poco, a paso de tortuga, que avanzamos hacia la meta de la curación, que por desgracia aun se vislumbra muy lejos.

No vamos a estudiar su modo de preparación ni su mecanismo de acción más que muy someramente; es su acción en las distintas fases de la blenorragia y lo que de ellas cabe esperar, lo que constituirá la materia en el presente artículo.

BLENNORRAGIA AGUDA

Se aconseja (CATTIER) que cuando un individuo ha practicado un coito sospechoso, además de la profilaxis "post coitum", esté atento, vigilante, ojo avizor pendiente de su uretra, para que al menor cosquilleo, antes de que aparezca gota, ya empiece a practicar el tratamiento abortivo. Y yo creo que junto con la primera inyección uretral de argirol, tendría que ir siempre la primera inyección de vacuna. Es noción fundamental, indiscutible, que cuanto más precozmente instituyamos el tratamiento por las vacunas, mayores garantías tendremos de una absoluta curación y sobre todo de la *evitación de complicaciones*.

¿Cómo debemos obrar? Antes que todo asegurarnos que es una blenorragia, examinando el flujo uretral al microscopio con el Gram. No basta un flujo uretral abundante, purulento, verdoso; esto lo puede provocar una uretritis banal (coito en período menstrual), y es tan necesario cerciorarse, que CATTIER en una de sus gráficas frases, dice que un urólogo sin microscopio, es como un internista sin termómetro o un cirujano sin bisturí.