

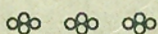
4-59 Biblioteca

EL SIGLO MEDICO

BOLETÍN DE MEDICINA, GACETA MÉDICA, GENIO MÉDICO-QUIRÚRGICO
Y LA CORRESPONDENCIA MÉDICA

PERIÓDICO DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Dedicado a los intereses morales, científicos y profesionales
de las clases médicas.

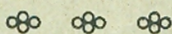


FUNDADORES:

Sres. Delgrás, Escolar, Méndez Alvaro, Tejada y España,
Nieto y Serrano y Cuesta Ckerner

DIRECTOR:

Excmo. Sr. D. Carlos María Cortezo



TOMO SESENTA Y SEIS

AÑO DE 1919



MADRID
IMPRENTA CARDENAL CISNEROS, 47

1919

También existe bastante mucina. Marcada cantidad de indican.

Este análisis denuncia una nefritis, seguramente debida al proceso tuberculoso culpable de las restantes complicaciones. Análisis posteriores al régimen alimenticio, que el enfermo siguió escrupulosamente, han rebajado considerablemente la cantidad de albúmina, dejándola reducida a indicios.

A continuación transcribimos el análisis de heces fecales practicado por el Dr. Pittaluga el 26 de Octubre del pasado año:

Caracteres macroscópicos: Heces semilíquidas, flúidas, con depósito pulverulento de color pardo verdoso, de olor fecaloide acentuado.

Resultado del examen microscópico directo: No se logra poner de relieve, con el examen de numerosas preparaciones del material en cuestión, y á pesar de muy detenida observación, la presencia de ningún parásito intestinal ni de huevos de helmintos. No hay amebas ni otros protozoos. La flora bacterica es abundantísima, agrupada en grandes masas compactas, constituidas de formas múltiples (grandes bacilos, bacterias móvil es é inmóviles, cocos, micrococos, etc.). Se aprecian células epiteliales escasas y pequeños filamentos de moco con leucocitos y pequeñas placas de descamación de la mucosa. Cristales de ácidos grasos y jabones. Restos alimenticios vegetales, etc.

Resultado del examen microscópico de preparaciones teñidas (método de Ziel-Zeelsen): Se aprecian en algunos campos microscópicos, tras detenida investigación, algunas formas bacilares ácido-y alcohol-resistentes identificables con el bacilo de Koch, en parte reunidas en pequeñas grupos de 5 ó 4 bacilos, casi todos de aspecto granuloso, algo autolizados, pero absolutamente específicos.

Prueba de la sangre (bencidina).—Resultado negativo.

Observaciones y resumen diagnóstico: No se ofrecen formas parasitarias (ni protozoos, ni helmintos, ni huevos de helmintos).

Existen bacilos ácido-y alcohol-resistentes identificables con el bacilo de Koch.

No se aprecian indicios de sangre.

Prueba de la tuberculina: Se practicó el 22 de Octubre de 1916 y dió resultado débilmente positivo.»

Por el estudio de esta historia se ve con claridad cómo una afección catarral de larga duración, bien tolerada al principio, dejó paso á la tuberculosis intestinal. El tratamiento dietético y medicamentoso aliviaron algo, pero después fueron impotentes, y el enfermo sucumbió el 3 de Noviembre.

El autor dice haber visto muchos casos en que una enteritis descuidada dió margen á una tuberculosis intestinal. Llama la atención sobre el particular á todos los médicos, y recomienda ser severos en el tratamiento de una afección, que abandonada á su curso puede tener funestas consecuencias.

A. TORRES LOPEZ

De la Clínica del Dr. Fidel Fernández Martínez, de Granada.

Cosas del siglo pasado.

EL HIPO Y SU TRATAMIENTO

En el *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* correspondiente al 17 de Octubre de 1847, encontramos un artículo acerca del tratamiento del hipo continuo, y en él se dice entre otras cosas lo siguiente:

«El hipo, que comúnmente no es más que una indisposición sin importancia, puede hacerse una afección muy grave cuando es continuo y prolongado. Mr. Bobe-Moreau ha visto, en efecto, un caso en que un hipo de esta especie causó la muerte, y sabemos que en varios otros, éste se hace rebelde á los tratamientos más enérgicos. Es, pues, útil hacer conocer todos los medios particulares opuestos á esta dolencia.

El tratamiento empleado por M. Leon Boyer no es nuevo, pero es poco conocido. Fué propuesto por Bourdeau, y luego adoptado por Rostan.

Habiéndose presentado á M. Leon Boyer tres casos de hipo muy intenso y rebelde á otros tratamientos, ha podido asegurarse de la eficacia y acción bien simple del medio que consiste en hacer una gran pelota de lienzo que se aplica sobre el epigastrio, apretándola fuertemente por medio de una toalla que se rodea al pecho.

En el primer caso el hipo era muy intenso y persistió, á pesar de la administración de una sangría. La aplicación del apósito le hizo cesar instantáneamente: habiéndose levantado la enferma el vendaje, á las cuatro horas volvió á aparecer el hipo; aplicado de nuevo desapareció por completo. Lo mismo ocurrió en el segundo caso.

Por último, en el tercer caso el hipo duró una hora; se hizo respirar al enfermo inútilmente vinagre y éter. La deglución era imposible; no se le podía hacer tomar nada al enfermo, y con la aplicación del vendaje se consiguió con tanta prontitud como en los casos precedentes.»

Periódicos médicos.

MEDICINA INTERNA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Algunas reflexiones sobre el tratamiento de la gripe, por el Dr. L. Mathé.**—En la profilaxia y tratamiento de la gripe, como en todas las enfermedades contagiosas, la higiene y el buen sentido deben conservar el sitio preferente. El 99 por 100 de las muertes son debidas á imprudencias en la higiene y, en el buen sentido, así tenemos el profesor Morestin yendo a comer en casa de un amigo con 39°,5, bronconeumonía y muerte á los tres días; el profesor Barns, de Tours, saliendo á la calle con 38°,5, bronconeumonía y muerte; el médico mayor Lecuyer continúa cuidando á sus enfermos de gripe, con 39°, bronconeumonía y muerte en cuarenta y ocho horas; el médico mayor Rollet, hijo del gran oculista lionés, va a Compiègne en automóvil cerrado, con 38°,8, bronconeumonía y muerte. Imprudencias graves, muy fácilmente evitables, he aquí lo que se encuentra siempre cuando se busca la causa de la muerte.

¿Qué clase paga el mayor tributo á la gripe en los hospitales?

La de los servidores, que prestan sus servicios hasta el límite de sus fuerzas y frecuentemente no se encaman más que por orden enérgica de sus maestros; entonces ya es demasiado tarde y la mortalidad llega al 30 por 100.

¿Qué es preciso hacer?

A título preventivo, mañana y tarde, aceite gomelonado en la nariz, ó pomada antiséptica, sublimado, bálsamo del Perú y excipiente adecuado. Los que estén en relación con los enfermos de gripe, aconsejarles los lavados de boca y los gargarismos.

En cuanto se sientan mal, tomar temperatura, y si tienen 38°, encamamiento inmediato, dieta láctea (caldo de legumbres, tisanas, infusiones azucaradas calientes), y si, como se

puede prever, todo pasa en algunos días, no levantarles ni tomar alimento más que lo dicho, hasta que el termómetro marque $36^{\circ},5$; si se toman alimentos sólidos, lo más sencillos que sean, se verá elevarse el termómetro inmediatamente un grado ó grado y medio.

Si se quiere continuar trabajando sin tener en consideración los fenómenos de alarma dichos, puede aparecer la intoxicación general sin complicaciones pulmonares ó con estas mismas.

En el primer caso se ensayará el suero específico (inglés ó el del Instituto Pasteur, etc.) ó la linfoterapia, que da excelentes resultados. (Poner un vejigatorio durante quince ó veinte horas, recoger la serosidad con jeringa esterilizada é inyectarlo subcutáneamente, viéndose la temperatura descender suavemente en algunos días y el estado general mejora.)

Si se presenta complicación pulmonar, ó hay simplemente amenaza de ella, recurrir en seguida á las ventosas, al aceite alcanforado y á la poción de acetato amónico; después la linfoterapia, el oro coloidal ó sueros específicos ó las inyecciones de sulfato de radio, producto que nos ha dado excelentes resultados en las enfermedades infecciosas, y cuyo único defecto es su elevado precio. En fin, no se olvidarán las envolturas húmedas ni los tónicos cardíacos.

Si hubo imprudencia por parte del enfermo, habrá miedo de que la terapéutica, aun la más activa, sea ineficaz. Si la bronconeumonía es de bacilo de Pfeiffer asociado al pneumococo, se puede esperar la curación; si, por el contrario es debida al estreptococo, la muerte casi será fatal.

Es de gran interés hacer guardar cama al convaleciente para que esta sea normal y haya pronta vuelta á la salud perfecta. Durante este período será conveniente la administración del arsénico, estricnina y quinina, etc.

Si se detienen los primeros síntomas (malestar general, cefalea, empacho gástrico, 3°) y si se ha tenido además el cuidado de poner al enfermo á dieta láctea y reposo en el lecho, se verá que la gripe es benigna y evolucionará en algunos días. Hemos de decir que si hubo imprudencia, principalmente el haber salido á la calle con temperatura de $38^{\circ},5$ hay que terminar diciendo que fué un suicidio. (*España Médica*. Madrid, 20 Marzo, 1919.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. Enfermedades mentales no sifilíticas en sifilíticos.—Wimmer, en el *Hospitalstidende*, de Copenhague, pasa revista al conocimiento actual de las manifestaciones de la sífilis en el sistema nervioso, especialmente la psicosis sifilítica. Las del tipo exógeno recuerdan las de la fiebre tifoidea, malaria, alcohol, cocaína, monóxido de carbono, diabetes, uremia, hipertiroidismo, etc. Pero cuando se encuentra la forma endógena, exacerbaciones periódicas de una anomalía constitucional hereditaria, del tipo de una manía depresiva, ó de varias formas paranoideas, debemos aceptar con muchas reservas el origen sifilítico. La probabilidad es que se trate de una coincidencia casual. En un caso descrito, el hombre, de veinticinco años, había presentado síntomas de tendencia á la demencia durante los últimos meses, cinco á seis años después de contraer una sífilis por la cual había estado en constante tratamiento. La fuerte reacción del líquido espinal, la conexión con los síntomas neurológicos, y la disminución de los síntomas de la demencia bajo el tratamiento específico, confirmó la hipótesis de una psicosis funcional transitoria. Otros 12 casos están descritos con todo detalle; en ellos, los síntomas nerviosos de la histeria coincidían con manifestaciones nerviosas. En el segundo período

de la sífilis, en una mujer de veintinueve años, el cuadro clínico era un verdadero rompecabezas: al principio se supuso la demencia. En otros casos ya hubo ataques de manía antes de la infección sifilítica. La necrosis confirmó la hipótesis de una antigua psicosis maníacodepresiva, endógena, con meningitis sifilítica reciente ó demencia parálitica. En otro caso, la psicosis paranoica con alucinaciones parecía una exacerbación de una constitución psicopática pronunciada de la cual la sífilis cerebral indudablemente no podía ser responsable. Los casos referidos demuestran que, hasta con cuatro reacciones positivas sifilíticas en el líquido espinal no se deduce que la psicosis observada sea necesariamente de origen sifilítico. Coincidencia de psicosis no sifilítica con sífilis cerebral ó meníngea es cosa muy rara.

3. El signo de Kernig en la septicemia, por los doctores Victor Audiber y Pierre Nalin.—Consiste el signo de Kernig señalado y descrito por éste en 1884 en la Sociedad Médica de San Petersburgo, en una contractura más ó menos intensa de los miembros inferiores que sobreviene en el curso de las meningitis. Cuando se hace sentar al enfermo, el tronco es incapaz de producir con los muslos un ángulo agudo, y si se insiste en ello, las piernas se pondrán en semiflexión con los muslos. Este signo se acompaña de envaramiento de la nuca y del tronco.

Quando exista ya la sospecha de meningitis—dice Kernig—el síntoma en cuestión asegurará el diagnóstico; en ausencia de toda sospecha de meningitis, la comprobación de este fenómeno determinará al médico á buscar los demás síntomas de la enfermedad.

Este síntoma fué observado en 1899 por Cippolina y Magliano en cuatro casos de fiebre tifoidea y luego se observó en esta enfermedad por otros muchos autores, y en la actualidad existe ya una estadística numerosa de meningitis, en que se encuentra el signo de Kernig. Esto ha dado lugar á que los autores de este trabajo establezcan las siguientes conclusiones:

1.^a El signo de Kernig es un signo muy frecuente en los estados eberthianos puesto que se le encuentra en más de la mitad de los casos.

2.^a Aparece al principio de la afección y no cede, generalmente, hasta la convalecencia.

3.^a Rara vez no se encuentra en las formas graves, salvo en las adinámicas, cuando el organismo no reacciona ya.

4.^a También se presenta en los estados eberthianos sin localización nerviosa y en las formas más ligeras del tífus levisimo.

5.^a No se acompaña de reacción meníngea alguna y se muestra con un líquido cefalorraquídeo absolutamente normal.

6.^a Se explica por una irritación del sistema motor cerebroespinal bajo la influencia de las toxinas eberthianas.

7.^a Se le puede, por lo tanto, considerar en la infección eberthiana como la demostración de una septicemia; de este modo la teoría primitivamente sanguínea de la fiebre tifoidea tal como la ha formulado Audibert, se encuentra confirmada. (*Gazette des Hôpitaux*, París, Marzo, 8, 1919.)

4. Notas sobre empiemas torácicos metaneumónicos, por el Dr. Jorge Monjardino.—Estudia el autor varios casos de empiema torácico de origen gripal, y deduce de su estudio las siguientes conclusiones:

1.^a Los abscesos de fijación aconsejados por algunos en las neumonías gripales, no deben ser considerados, en absoluto, como preventivos de los empiemas metaneumónicos.

2.^a En el diagnóstico de los empiemas debe apelarse á todos los medios de diagnóstico para fijar con toda exactitud la localización del foco de supuración.