

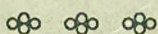
4-59 Biblioteca

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.

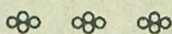


FUNDADORES:

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

dad y esmero, las importantísimas enseñanzas que habían de producir las vacunaciones. Esta junta se celebró en el Ayuntamiento la tarde del 30 de Julio.

(Concluirá)

LA GRIPE EN LA AUTOPSIA

POR EL

DR. J. H. CERDEIRAS (de Montevideo)

Ex-médico interno de la Clínica Médica del profesor Staehelin (Basilea).

Durante la última pandemia de gripe la literatura médica fué pródiga en publicaciones acerca de este asunto, de transcendental importancia para el mundo científico, pues la morbilidad y mortalidad por aquella causa fué verdaderamente enorme.

De un lado los bacteriólogos, que procuraron buscar la causa específica, cultivando el bacilo productor, originando, las diversas escuelas, controversias y discusiones sin cuento. Los clínicos, que por sólo el cuadro sintomático que presentaban los enfermos, colocaban la gripe en el grupo á que pertenecían los diferentes síntomas acusados, llevando, como es natural, aquéllas publicaciones al ánimo del público médico lector, á una desorientación, que entorpecía, tanto el exacto diagnóstico como la correcta terapéutica que debía emplearse.

En este trabajo no se pretende hacer un estudio completo de la gripe, sólo tiene por objeto aportar á aquellos otros que puedan realizarse la experiencia de una estadística de enfermos asistidos, y de ella su parte más interesante: el resultado de las autopsias practicadas.

Quinientos casos fueron observados en el servicio del profesor Staehelin, en el Hospital de Basilea. De ellos 385 hombre y 115 mujeres.

Trescientos noventa padecieron la complicación neumónica ó bronconeumónica, ocurriendo 79 defunciones; lo que acusa una mortalidad de un 15 por 100.

Resultados de la autopsias.—Las vías respiratorias se presentan constantemente alteradas, y estas modificaciones son las que caracterizan el cuadro anatómico en la autopsia, como durante la enfermedad realizaron el clínico.

La mucosa nasal tiene siempre una ligera hiperemia; la laringe, la tráquea y los bronquios se hallan muy enrojecidos. La laringe en algunos casos se encuentra muy pálida y con un punteado hemorrágico.

En la mayoría de los casos subsiste sólo esta hiperemia, en otros va acompañada de una descamación reducida del epitelio. En nueve casos fué observada una necrosis superficial del epitelio, con formación de pseudomembranas, localizadas en la laringe (clínicamente crisis de pseudocrup). La inflamación de la laringe va acompañada, á veces, de un edema de la glotis.

La hiperemia es mucho más acentuada en la parte inferior de la tráquea y de los bronquios; en éstos existe siempre un exudado serofibrinoso, que obstruye los orificios de las glándulas mucosas.

Los bronquios pequeños se encuentran casi siempre obstruídos con tapones fibrinosos.

Las alteraciones pulmonares son constantes y de gran interés. En la mayoría de los casos se trata de neumonías lobulares. En otros, llegan á ser neumonías pseudolobulares, teniendo unas y otras diferentes particularidades. En todos aparecen como constantes las hemorragias que, en los casos agudísimos, ésta es la única manifestación que presenta la autopsia, sin encontrarse otros cambios patológicos. Esto pudo observarse en dos casos que duraron uno doce horas y el otro veinticuatro, y aparte de estos focos hemorrágicos, el pulmón estaba hiperémico, existiendo alvéolos en parte permeables y otros edematosos.

La neumonía se caracteriza, aparte de la hemorragia, por lesiones combinadas entre sí y de distintas formas. Los focos neumónicos, en los casos de curso rápido, eran pequeños, localizados en uno o más lobulillos, predisponiendo á una gran confluencia, que en corto tiempo llegaban á abarcar todo un lóbulo, dando lugar á la forma pseudolobular. La superficie pulmonar no ofrece modificaciones por igual, ya que están representadas las distintas fases del proceso neumónico.

Los focos iniciales hemorrágicos, como ya se ha indicado, pueden estar perfectamente limitados en la resto hiperémico del campo pulmonar, dando el aspecto de pequeños infartos. En diez y ocho casos en estos focos se encontraban pequeños abscesos, situados á lo largo de las pequeñas ramas bronquiales.

Las alteraciones histológicas del pulmón son muy variables. En los focos recientes existe una congestión y repleción de los capilares, con hemorragias en los alvéolos; el epitelio alveolar aparece inflamado y en parte descamado; en las partes hepatizadas se encuentra gran cantidad de leucocitos mezclados con glóbulos rojos y epitelios descamados. El exudado de fibrina y leucocitos, así como los tabiques, se encuentran necrosados ó con pequeños abscesos. Al lado de los focos neumónicos se encuentra edema difuso.

De la misma manera que los alvéolos, se comportan los pequeños bronquios, estando éstos llenos de leucocitos, epitelios descamados, y siempre con pequeños tapones fibrinosos.

En las neumonías y bronconeumonías, presentan los pulmones, macroscópicamente, un aspecto jaspeado, debido á las distintas fases de evolución en que se encuentran los focos. En la parte anterior del pulmón el color es blanquecino; en las bases, rojo oscuro con manchas violáceas. La consistencia es muy blanda en las partes blanquecinas, y más duras en las bases. La sección del pulmón dá salida á un líquido espumoso en los lóbulos superiores, y en los inferiores el líquido es rojo oscuro, sanguinolento, mezclado con pus, que fluye también al seccionar los bronquios y bronquiolos.

Aunque la localización de los focos neumónicos es generalmente en los lóbulos inferiores, pueden presentarse en todo el campo pulmonar. En casi todos los enfermos el proceso fué bilateral; en veinte sólo fué unilateral y en diez de ellos localizado en el lóbulo superior.

El proceso neumónico por su confluencia es siem-

pre extenso y superficial; por eso no es de extrañar que las pleuras estén comprometidas, presentando un punteado hemorrágico, seguramente debido á la destrucción de paredes vasculares, como sucede en los pulmones. En veintiocho casos se encontró además de estas variaciones, un abundante exudado serohemorrágico; en nueve, el exudado era purulento, la pleura estaba cubierta por una capa fibrinosa.

Sin excepción, se encuentran los ganglios linfáticos regionales tumefactos é hiperémicos, especialmente los ganglios tráqueobronquiales (motivo suficiente para explicar la tos convulsiva de muchos enfermos).

Como resumen de lo expuesto, puede afirmarse que en los casos de gripe, en los pulmones existe una hipermia, con éxtasis de los capilares y destrucción del endotelio vascular—por una toxina aún no descubierta—y que puede acompañarse de la formación de trombus; dando lugar á las hemorragias de mayor ó menor extensión, como ya se indicó al citar los dos casos observados en los que la enfermedad fué de curso agudísimo.

La destrucción del endotelio capilar produce, además, trasudación (que es la causa del edema). A esto se unen las bacterias del árbol bronquial ó de la sangre, encontrando terreno apropiado para acrecentar su toxicidad, y según la cantidad, modo de actuar y virulencia, la infección secundaria dará lugar á las neumonías, abscesos, gangrena, etc.

Ya hemos dicho que los focos hemorrágicos, parecidos á los que ocasionan los infartos, pueden formarse con ó sin trombus. Esto no obsta á que en las formaciones necróticas, si éstas se extienden á las paredes vasculares den lugar á trombus secundarios.

En los casos de neumonía y bronconeumonía, las demás vísceras (hígado, bazo, riñón, páncreas, estómago, intestinos, cerebro y meninges) presentan una hipermia intensa.

En aquellos otros casos sépticos se observa lesiones congestivas, y degenerativas al igual de toda sepsis.

El corazón está casi siempre dilatado, lleno de coágulos fibrinosos ó cruóricos. Esto demuestra que el desfallecimiento del miocardio es la causa inmediata de la muerte, causa secundaria ya que la primordial es la lesión pulmonar más ó menos extendida en el parénquima y bronquios, con la característica esencial de ser de reacción inflamatoria.

Por la constancia de las lesiones pulmonares debe considerarse la gripe como una afección de las vías respiratorias infecciosa y contagiosa, con lesiones inflamatorias variables en extensión y evolución que repercuten en el estado general por un síndrome infeccioso de distinta intensidad.

El síndrome infeccioso se intensifica y agrava con la extensión de las lesiones en las formas neumónicas y bronconeumónicas; por eso la asfixia, consecuencia de la extensión de los focos de hepatización, es fenómeno esencial del período de estado y se manifiesta cuando las lesiones empiezan á bloquear el árbol bronquial; por eso, en las formas masivas, la asfixia es inicial y en las otras, de focos diseminados, es más ó menos tardía.

La insuficiencia cardíaca tiene gran importancia, porque en estas complicaciones, múltiples causas se unen y refuerzan para trastornar profundamente la mecánica circulatoria; la asfixia de los centros nerviosos, lesiones toxi-infecciosas del miocardio, trastornos vasomotores, principalmente la hipotensión que favorece el éxtasis, y por lo tanto la congestión é infección progresiva del pulmón, dando lugar á que la barrera mecánica se haga más ostensible.

Pero hay muchos casos fatales, verdaderas toxemias, con signos de una intoxicación profunda, en que el síndrome ataxoadinámico está completo, con una insuficiencia suprarrenal manifestada por hipotensión del pulso, etc., y en que la autopsia, como se ha visto, daba lesiones pulmonares mínimas, es decir, congestión pulmonar con focos hemorrágicos muy diseminados.

Los resultados de las autopsias comprueban la existencia de tres grupos de enfermos: unos en que la enfermedad es de una toxicidad fulminante, y otros de forma progresiva y en que el síndrome asfíctico va constituyéndose poco á poco, á medida que las lesiones se extienden, durando la enfermedad de ocho á quince días y terminando fatalmente.

El tercer grupo está constituido por las formas prolongadas y tardías, en que los enfermos, aparentemente curados, mueren en asistolia.

Por esto, aparte del tratamiento adecuado en todo caso de gripe (balneación, aireación y ventilación, etcétera) y la terapéutica sintomática, es necesario emplear aquella que tiende á aumentar las defensas orgánicas, como son los sueros, las vacunas, etc. Así como la adrenalina, en inyecciones intravenosas por su acción excitadora del sistema vasomotor. La cura preventiva por la digital, es indispensable, pues evitará el desfallecimiento cardíaco, que será la causa de un desenlace funesto.

Madrid, Octubre, 1919.

TRATAMIENTO DE LOS SIFILÍTICOS POR LAS CORRIENTES DE ALTA FRECUENCIA

POR EL

DR. G. HURTADO

Como es sabido, las manifestaciones de la sífilis pasados los primeros periodos se caracterizan por la aparición de gomas en los parénquimas, músculos, fascias, tejido celular, etc., es decir, por la transformación en parte del tejido normal de la región, en tejido fibroso, con abundantes exudados que se organizan dando lugar á los llamados empastes ó restos inflamatorios, que comprimiendo los vasillos por donde la linfa y la sangre circulan, dejan aquella zona en especiales desfavorables condiciones de nutrición.

La autocondensación y la diatermia, transformando parte de la energía eléctrica en energía calorífica en el interior de los tejidos, además de calentarlos, dilata los pequeños vasos, produciendo hipermia activa, estimulando el proceso metabólico de desintegración, como lo