

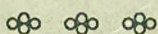
4-59 Biblioteca

# 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.

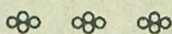


FUNDADORES:

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



**Caso séptimo.**—Blenorragia aguda con artritis de la rodilla derecha.

José V. D., de veintidós años, soltero, natural de Lugo, residente en Madrid, donde es jornalero

Sus padres viven. El de pequeño estuvo sano. En los primeros días del último Agosto tuvo una blenorragia y al final del mismo mes afirma que sufrió una nueva infección y otra más aguda en Septiembre, acompañada de dolores en la vejiga de la orina, frecuencia de la micción y hematuria terminal. Se trató con medicación interna, píldoras y polvos.

Hace diez días tiene dolores é inflamación en la rodilla derecha.

*Estado actual.*—Micción cada media hora. Orina purulenta, supuración uretral escasa. La rodilla derecha está bastante aumentada de volumen, tiene considerable cantidad de derrame sinovial y es dolorosa.

Se ordena al enfermo permanezca en la cama, obligándole al reposo más completo y le ponemos inyecciones intravenosas de sublimado corrosivo al 1 por 1.000.

Hacia el 25 de Noviembre, es decir, seis días después de ingresado en la clínica, se le presentó una inflamación en el epididimo derecho que le desapareció en cuatro días quedándole un pequeño nódulo en el polo superior.

El día 1 de Diciembre y para esterilizar el aparato genital hice la vasopunción del deferente derecho donde inyecté 2 c. c. de colargol. Hay un pequeño hidrocele, lo incindió y frotó la vaginal con una torunda. Practico idéntica inyección en el deferente izquierdo donde también había unos cuantos gramos de líquido seroso en la vaginal.

Cinco días después tuvo el enfermo una eyaculación negra. El curso de esta operación como el de todas las anteriores, fué apirético, se quitaron los puntos á los seis días y se dió de alta al enfermo tres días después.

Sólo en un caso comprobamos la existencia de una oclusión del deferente que nos impidió practicar la inyección ya descubierto el conducto. En dos ocasiones encontramos hidroceles muy pequeños, reaccionales, en procesos inflamatorios del epididimo. En casi todos los casos, los enfermos acusaron la eliminación de la substancia inyectada que apareció en la orina en un caso, y en forma de poluciones en otros varios. Estas poluciones, negras por el colargol, fueron en días sucesivos al de la inyección, en un caso al quinto día, lo que demuestra que todo ese tiempo había permanecido en la vesícula el antiséptico ejerciendo su benéfica influencia. Todos los enfermos se consideraron curados al marchar del hospital, habían cesado las molestias que les obligaron á ingresar en la clínica y á casi todos hemos vuelto á ver en ocasiones distintas encontrándolos libres de alteraciones referentes á las vesículas. *En ningún caso, lo repetimos, hemos visto epididimitis, ni funiculitis después de las inyecciones.*

## Síntomas notables observados en la epidemia de gripe del otoño de 1918

POR EL

DR. D. CASTO MARTÍN GONZÁLEZ

Médico titular de Ventas con Peña Aguilera (Toledo).

*Colapso de las fibras musculares, de los bronquios y vesículas pulmonares.*—Determinado por un estado de hepaticización del parénquima, con inhibición de los movimientos respiratorios y rigidez de las paredes costales. Es preciso para descubrir este fenómeno, excitar fuertemente al enfermo para que tosa ó respire profundamente mientras se le ausculta, y entonces percibe el oído el despegamiento de las vesículas ó el estertor subcrepitante, revelador del proceso inflamatorio del pulmón, que casi siempre se localiza en los lóbulos inferiores. Este síntoma se observa en las formas graves y adinámicas, con algo de submacidez, y precede á los característicos de la neumonía.

*Manchas pseudoequimóticas producidas por el empleo de los rubefacientes.*—Si á un enfermo de gripe se le aplica un sinapismo, éste produce en la piel una mancha casi equimótica del tamaño de aquél, de color intensamente violáceo, que desaparece á la presión del dedo, pero cuya mancha dura hasta más allá de la convalecencia aunque la enfermedad sea larga. He observado que la intensidad de aquélla es tanto mayor cuanto más grave es el caso. Se trata sin duda de un trastorno circulatorio con parálisis vasomotora. Sin pretender que este sea un síntoma nuevo de la gripe, yo al menos no le he visto descrito en ninguna patología.

*Vértigo.*—Es frecuente en el curso de la gripe, se determina al moverse el enfermo para sentarse, ó bajarse de la cama y también persiste en la convalecencia.

*Vómitos y diarrea.*—En el curso de una gripe de marcha normal ocurren con frecuencia, y cuando éstos se presentan son reveladores de invasión neumónica; la auscultación inmediata confirma la existencia de la pulmonía, antes que haya expectoración, punta de costado, etc.

*Ronquera.*—Es muy frecuente en todas las formas, pero en las graves adquiere este síntoma una importancia capital. Ocasionada por una intensa laringitis con sequedad de la mucosa así como de todo el árbol aéreo, es un síntoma muy penoso para el enfermo y de muy difícil tratamiento. Acusa éste un intenso ardor con sensación de quemadura y cuerpo extraño que se extiende á la tráquea. Hay afonía completa y acompaña siempre á neumonías de curso rápido; regularmente estas laringitis las preceden. Los más diversos medios empleados son ineficaces; sólo el suero antidiftérico algunas veces lo es.

*Escudados pulmonares.*—En las formas hemorrágicas, el esputo tiene tres aspectos; el francamente hemoptoico de color rojo vivo de sangre arterial, el de color vinoso parecido al del infarto pulmonar y, por último, el serosanguinolento. Este es muy notable por la cantidad, pues constituye una verdadera exósmosis de tra-



audación del suero de la sangre que riega el aparato respiratorio. La espución es constante, con tos breve y frecuente y á veces por un movimiento de regurgitación, como si lleno el árbol aéreo del líquido, constantemente estuviera desagüando. Es tal la cantidad, que las jofainas, de visita á visita, se encuentran llenas ó medias. Sale constantemente de la boca de los enfermos, y si adoptan el decúbito lateral se escapa por las comisuras manchando las ropas de cama. El aspecto de éstos no puede ser más grave, mueren todos con síntomas de asfixia siendo ineficaz el tratamiento.

*Exantemas.*—Tres formas se han observado: la *morbiliósa*, la *escarlatinosa* y la *urticaria*.

El más frecuente es el escarlatinoso, acompaña casi siempre á la gripe hemorrágica y es un signo de gravedad; sin embargo, se han visto dos casos en los tipos graves con altas temperaturas y sin complicaciones pulmonares. El aspecto de los enfermos es por demás grave. Tienen la cara roja, abotagada, los ojos salientes y llorosos, las fauces abiertas, el cuello aparece algo hinchado y toda la piel del cuerpo presenta el eritema de punteado fino propio de la escarlatina. La lengua, boca, nariz y faringe están secas, y aquella tiene un color violáceo brillante como si estuviera recubierta con un barniz.

La palabra es difícil, la voz ronca, apagada y hay una ansiedad, un desasosiego, un malestar indefinibles como no se observan en ninguna otra enfermedad, acompañado de una angustia epigástrica indescriptible. Así que el enfermo se sienta en la cama, y si va acompañado de laringitis como casi siempre ocurre, acusa una sensación constrictora en el cuello, en el pecho, llevándose la mano á estas partes como queriendo arrancar lo que le constriñe, y con las fauces y la boca respira ruidosamente, dando el paso del aire por la tráquea una sensación análoga al ruido que se produce cuando se sopla por un tubo de mediano calibre. Inclina el tronco hacia adelante, se agarra á las ropas de la cama, y con la mirada fija en el espacio, con expresión de terror, haciendo un violento esfuerzo cae pesadamente en el lecho doblando la cabeza. Otro nuevo acceso análogo al anterior se repite después de permanecer en un estado de soñolencia casi estuporosa interrumpido tan sólo por la sed devoradora; sed que no se calma por las bebidas, ni éstas tampoco humedecen sus secas fauces.

*Aborto.*—En las mujeres embarazadas atacadas de gripe es frecuente el aborto, y si son invadidas de neumonía, en casi todas tiene lugar éste ó el parto prematuro.

*Menorragias.*—En las demás es muy frecuente que el flujo catamenial, en el curso de la gripe normal ó complicada, se presente, corresponda ó no á las épocas de las reglas. Como signo pronóstico no es malo. Acaso tenga un mecanismo parecido esta hemorragia á las epistaxis que por cierto no se le puede considerar como síntoma nuevo ó no observado antes. Son bastantes los autores de patología que describen este síntoma,

La influencia de la sangría general en las mujeres en gestación con pulmonía ó congestión es beneficiosa; si no cura muchas veces, llena indicaciones vitales y da lugar y espera para poder emplear otros medios. Ella por sí sola no determina el aborto ni el parto prematuro, antes bien le evita muchas veces.

En un caso de gripe de forma hemorrágica y exantemática complicada con edema pulmonar y neumonía, ocurre el parto prematuro (seis meses) con placenta previa. Es expulsada ésta y con los movimientos de la enferma se rompe la inserción del cordón quedando el feto dentro. Es notable que á pesar de romperse el cordón y no ser ligado no existiera la más pequeña hemorragia que ni siquiera mancha las ropas de la cama. La enferma muere á las pocas horas con signos de asfixia. ¿Cómo pudo suceder ésto, cuando precisamente el síntoma hemorragia es el que caracteriza la placenta previa? Acaso la gran congestión en los órganos respiratorios y la insuficiencia circulatoria pudieran explicar el hecho.

No he visto fenómenos de descamación en las formas exantemáticas de la gripe.

*Punta de costado.*—En las neumonías de forma pleurítica (lobulares todas) el dolor de costado ha sido tan intenso, que fueron necesarias fuertes dosis de morfina para calmarle (3 ó 4 centigramos en inyecciones en las veinticuatro horas). Llama la atención la tolerancia por parte del enfermo, y la influencia favorable para la tos, pues merced á aquélla ésta puede verificarse. La evolución de la pulmonía es larga y termina por crisis escalonada.

*Bradycardia.*—Es corriente la bradicardia, tanto que este síntoma á pesar de coexistir con estados graves da una impresión falsa que se desvanece después de un reconocimiento del aparato cardiorrespiratorio.

*Taquicardia.*—En cambio la taquicardia sólo se presenta en las neumonías que han de terminar por la muerte; entonces adquiere el ritmo pendular, y á veces el pulso es taquiarrítmico. Esta taquicardia tiene de particular que no es influenciada por la digital ni la digitalina, antes bien parece que la agrava. El aceite alcanforado, la cafeína, la esparteína y la estriénina no parece que tampoco ejerzan influjo, sostienen el tono precariamente y nada más.

Ya se invoque la teoría bulbar ó la miocárdica en la génesis de esta taquicardia, es lo cierto que se presenta repentinamente en el curso de una neumonía que ha evolucionado hasta entonces, con pulso regular y bradicárdico, modificando el aspecto del enfermo y anunciando un fin funesto.

*Olor que exhala el enfermo de gripe.*—Es *sui generis*, excesivamente fétido, tirando á agrio el aliento; pero el que exhala de la piel por el sudor tiene una fetidez especial que aumenta en los locales cerrados. En los primeros días de la epidemia, hasta que las gentes se convencieron de la bondad de la ventilación, la permanencia en las habitaciones de los enfermos era verdaderamente molesta y penosa, se sentía la necesidad de respirar



otro aire y salir cuanto antes. Después, sea porque las familias se habituaron á la ventilación ó porque la enfermedad no tuviera la virulencia que antes, y las ropas se mudasen con frecuencia, ya no se percibe el mal olor de entonces.

*Sordera.*—Es muy frecuente, y lo mismo se presenta en las formas graves que en las de mediana intensidad. A veces desaparece rápidamente. Es acompañada de zumbido de oídos, independiente de toda medicación. Se le puede atribuir á un catarro de la trompa.

*Epiptaxis.*—Se observa con relativa frecuencia, sobre todo en los niños. Suele ser muy abundante, tanto que asusta á las familias, pero se cohibe fácilmente con taponamiento anterior empapados los algodones en solución de antipirina. No constituye síntoma nuevo, son muchos los autores de patología que le citan, en sus descripciones; y todos están conformes en su significación pronóstica favorable.

*Sensación de muerte inminente.*—En los casos graves, complicados, con lucidez, es muy frecuente, casi pudiéramos decir constantemente que los enfermos acusan la sensación de muerte inminente; todos dicen: «Me muero». Y lo dicen (salvo dos excepciones en que el delirio fué terrorífico) con una tranquilidad, una convicción que asusta, como si fuera la muerte la solución más natural, la única, que debe tener su enfermedad, dejando la vida con resignación tranquila.

*Delirio.*—Al pasar á supuración las neumonías se presenta un delirio tranquilo que es casi siempre el anuncio de un fin funesto. Otras veces es debido á hiperemias cerebrales y meníngeas, y en este caso suele ser terrorífico. Acaso, influido por el ambiente de pesimismo de todas las conversaciones. En todos la facies retrata el terror; se levantan, se sientan en el lecho y con los ojos desmesuradamente abiertos dicen que se mueren. Pero aquí es la expresión del miedo insuperable lo que mueve á exteriorizar la idea vesánica, muy á la inversa de lo que ocurre en los que conservan lucidez, donde la convicción íntima determina la creencia tranquila de su próximo fin.

## BIBLIOGRAFIA

### ANALES DE LA CLÍNICA DE SAN IGNACIO

Hemos recibido este folleto con un resumen de los enfermos operados en 1918.

Casos verdaderamente notables son los que presenta en ellos el Dr. Urrutia. Acostumbrados nos tiene este eminente cirujano á estas muestras de su gran valer y al modo cómo sabe hacer provechosa para los demás la enseñanza que le deja la labor diaria con sus enfermos.

Constantemente, en libros y revistas, nos da notas de gran saber clínico, y en ocasiones, como ésta, nos presenta con resultados tan brillantes un resumen, en donde nos señala, con su modo de proceder y de razonar, orientación en el modo de resolver muchos problemas de la clínica.

El total de intervenciones practicadas ha sido 133, entre ellas 112 laparotomías con 12 muertos. Cita un caso de estenosis de cardias, en donde hizo una gastrostomía; 10 cánceres de estómago, en tres hizo sólo gastroenterostomía y en los otros siete gastrectomía. Reduce mucho las contraindicaciones de la gastrectomía, dejando la gastroenterostomía para muy contados casos, que por circunstancias de orden general ó local no sea factible la resección. Treinta y cuatro úlceras crónicas de estómago y 23 duodenales; tres fueron tratadas por gastroenterostomía y 54 por gastrectomía. La técnica con preferencia la gastroenterostomía posterior, reservando la gastroyeyunostomía término lateral para casos especiales, sobre todo para las resecciones muy extensas. Una observación de linitis de Brinton (variedad fibromatosa) que operó haciendo una resección casi total y anastomosis del yeyuno, según el proceder de Richel Polya.

Cinco casos de afecciones del ciego; uno, laparotomizado, no intervino por inoperabilidad del tumor. En dos hizo colectomía derecha, una por tuberculosis úlcerohipertrofica y otra por tiflitis tumoral, y en otras dos, por éstasis intestinales, reseccó parte del ileon, colon ascendente y parte del transversal. La anastomosis la hace con botón de Murphy, y, siguiendo el proceder de Lane, una vez hecha la hemostasia de la extensa superficie cuenta que resulta de haber extirpado el colon, procede á la sutura parietal, sin preocuparse de la peritonización.

Hay ocho casos de apendicitis crónicas y uno aguda; dos casos de colecistitis calculosa tratados por colecistectomía, una de colecistitis crónica sin cálculo, que tras una colecistostomía á lo Kehrer-Poppert reaparecieron las molestias á los ocho meses con sensibilidad de la región apendicular y hubo, en una segunda intervención, de extirpar la vesícula y el apéndice.

Dos casos de obstrucción calculosa del colédoco por cálculo y uno por induración de la cabeza del páncreas; uno muy curioso de cáncer recto sigmoideo y una porción de casos más de no menor interés.

Muy interesantes son también los casos que publican los Dres. Oreja (génitourinarias), Castañeda y Antín (garganta, nariz y oídos) y Vidaur (cirugía ocular), así como las observaciones que sobre las complicaciones broncopulmonares en las intervenciones abdominales hace el Dr. Bergareche.

DR. CARMELO VALLS.

## Periódicos médicos.

### BACTERIOLOGIA

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Tratamiento de las vacunas estafilocócicas polivalentes, por el Dr. Marcelino Pinto.**—He aquí las conclusiones que el autor deduce de su interesante trabajo:

1.<sup>a</sup> Que en todas las manifestaciones estafilocócicas, ya agudas ó crónicas, deben ser empleadas sin pérdida de tiempo las vacunas específicas polivalentes, reservándose las autógenas para aquellos casos de señalada rebeldía, en los que pudiera haber fracasado (muy raros) las de tipo stock.

2.<sup>a</sup> El uso de estas vacunas es inofensivo, si se observan las debidas y elementales precauciones en su administración (reacciones local y general y cuidados de anafilaxia).

3.<sup>a</sup> Los resultados de su aplicación son siempre en extremo beneficiosos; ya abortando unos casos, limitando otros y previniendo en todos, sucesivas reinfecciones, si se hace una completa inmunización, por lo que el método tendrá cada vez más adeptos, como lo han conseguido otros sueros y vacunas en los que tantos beneficios se reportan hoy día á la Humanidad.

4.<sup>a</sup> La utilización de estas vacunas se hacen perfectamente compatibles con todas las demás medicaciones locales que en muchas ocasiones las complementan. (*Boletín de Medicina Naval*, Madrid, Abril 1919.)