

4-59 Biblioteca

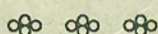
EL SIGLO MEDICO

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.

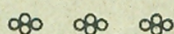


FUNDADORES:

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

gástrica modifica en estos enfermos y llega á hacer desaparecer el dolor, la hipersecreción y el espasmo pilórico.

2.^a No produce reacción inflamatoria ni distensión nociva de la cavidad gástrica aplicada por la técnica expuesta.

3.^a En casos en que el tratamiento medicamentoso seguido durante largo tiempo no ha tenido resultados favorables, vemos los efectos beneficiosos de este método.

4.^a En enfermos operados después del fracaso del tratamiento médico rigurosamente seguido y en los que el orificio quirúrgico producido por la gastroenterostomía funcionaba correctamente según comprobación radioscópica y cuyos síntomas se han reproducido, este método ha demostrado su efectividad más claramente. (*Vida Nueva*, Habana, Noviembre, 1918).

EN LENGUA EXTRANJERA

4. **Tratamiento de la erisipela facial por medio del colodión en Campo Cody.**—Avata, de Nueva York, y Wood-yatt, de Chicago, en el *Journ. American Med. Assoc.* del 14 de Septiembre 1918, recomiendan el método de tratamiento de la erisipela que emplean en Campo Cody.

Con colodión de la F. de los Estados Unidos (colodión no elástico), pintan todo alrededor de la zona erisipelatosa una línea de media pulgada de anchura y separada de la lesión por pulgada y media, de tal manera, que la superficie enferma queda completamente circunscrita. Se repiten las pincelaciones de colodión hasta que al secarse quede un canalillo profundo sin interrupción en su camino circular. En los días subsiguientes se inspecciona la línea del colodión para reparar las soluciones de su continuidad con nuevas pincelaciones. Cuando se usa bastante colodión para producir una depresión de un tercio ó un cuarto de una pulgada, la erisipela avanza hasta el colodión, pero no pasa de él. El colodión debe seguir colocado hasta que bajan la temperatura y la inflamación. Si hay una solución de continuidad en la línea del colodión, ó la depresión producida por éste es poco profunda, la enfermedad puede continuar su marcha invasora. Acaso el resultado feliz dependa de la constricción de los linfáticos que se encuentran en la piel, por donde la infección avanza.

El método de tratamiento de las erisipelas por el colodión, circunscribiendo el área enferma, ha determinado una reducción del tiempo empleado en el hospital por tales enfermos. También disminuye de manera marcada la longitud y elevación de la curva de la temperatura, disminuye los fenómenos tóxicos generales, y en las erisipelas faciales reduce la frecuencia de formación de abscesos hasta su casi cesación, en cuantas raras veces se presentan abscesos en las erisipelas limitadas a la cara. No se han obtenido con ningún otro método resultados comparables.

5. **Presión sanguínea y enfermedad amiloidea del riñón.**—En el *Bull. of Johns Hopkins Hospital*, de Baltimore, 29 de Agosto de 1918, Hirose dice haber examinado 59 casos, en los cuales la presencia de la amilosis renal ha estado siempre asociada á la nefritis crónica. Es imposible determinar si la nefritis ha precedido á la amilosis ó ha coincidido con ella. En 40 casos, en los cuales se tomaron medidas, el riñón era mayor que el normal, mientras en 9 era menor y granular. En todos, menos en un caso, de los 50, la presión sanguínea era normal ó inferior á la normal. En un paciente, cuya presión sistólica era 170 milímetros, los riñones eran más bien grandes y no había hipertrofia cardíaca. De los 59 casos, 10 ofrecían hipertrofia cardíaca y sólo uno de ellos estaba asociada á riñón granular pequeño; en ningún caso se observó una gran presión arterial. De esto se de-

duce que, aunque puede presumirse que una nefritis persistente produce una hipertrofia cardíaca é hipertensión, la presentación de la amilosis debe haber reducido la presión sanguínea á un punto bajo y hasta debe haber determinado una retrogresión del volumen del corazón.

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Terapéutica del tétanos.**—H. B. Gessner, de Nueva Orleans, en el *Journ. American Med. Assoc.* (14 de Septiembre de 1919), termina su magnífico trabajo con las siguientes conclusiones.

Todas las víctimas de traumatismos accidentales de carácter de punciones, laceraciones, aplastamientos ó explosiones, especialmente cuando van asociadas con cuerpos extraños ó expuestas á contaminaciones en la calle, en jardines ó en establos, deben recibir, como primer tratamiento, 1,500 unidades de suero antitetánico.

Todos los enfermos de este tipo que lleguen á observación secundariamente, deben recibir el suero, aunque hayan transcurrido algunos días desde el accidente.

Si en esta clase de casos continúa la supuración, debe repetirse la administración del suero en intervalos de diez días, porque hay razones para creer que su influencia protectora no pasa de ese tiempo.

Los enfermos que solicitan tratamiento, encontrándose ya en pleno tétanos, deben ser aislados en habitaciones tranquilas y cómodas, al cuidado de un cirujano y enfermeras interesados en su curación y persuadidos del benéfico resultado de una constante atención.

El tratamiento debe consistir en grandes dosis de suero de no menos de 10,000 unidades por dosis. La administración por las vías intravenosa, intraneural, intramuscular y subaracnoidea, debe ser hecha con mayor frecuencia para obtener toda la acción del suero.

Debe prestarse la mayor atención á la alimentación, al suministro de agua, á la limpieza de la piel, á la función de los intestinos y al uso de los calmantes, para disminuir la ansiedad y suprimir el dolor.

PEDIATRÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Tipo escalatiniforme de la gripe epidémica, por el Dr. Velasco Pajares.**—Presenta un tipo de gripe poco frecuente observada por el autor en niños que pasaron el verano en los pueblos y que llegaron á Madrid contagiados, y de su estudio deduce las siguientes conclusiones:

La gripe que hemos padecido en otoño, ha dado en los niños un número crecido de casos que por el exantema escarlatinoide, angina y albuminuria, ha semejado la escarlatina.

También ha sido observado en los adultos, pero con menos frecuencia.

Esta forma es difícil separar de las escarlatinas anómalas y abortivas, por lo que se hace necesario analizar minuciosamente el conjunto sintomático. Eritema de boca, angina, erupción, fiebre, albuminuria, decaimiento general, á los que hay que añadir el curso de la infección y el dato epidemiológico.

La angina y la erupción tienen valor diagnóstico consideradas en conjunto y no separadamente, ya que se presentan gripes con angina inicial pultácea y ganglios submaxilares dolorosos y escarlatinas con erupción poco apreciable, como la de la gripe. Pero la presencia de un exantema escarlatinoso borroso é incompleto—el de la gripe deja libre el

dorso y vientre—y una angina también ligera, debe hacer sospechar la gripe, que será confirmada por la rápida evolución de ambos síntomas en los dos días sucesivos.

Mayor valor diagnóstico tiene la fiebre, alta desde el principio de la gripe, 40 á 41°, sin variaciones al aparecer el exantema y de más corta duración que en la escarlatina. Descartamos, naturalmente, los casos de localizaciones pulmonares, gástricas, etc.

En muchos casos, sin embargo, resulta sumamente difícil poder establecer el diagnóstico y habrá necesidad de acudir al dato epidemiológico. En algunos niños, como los dos que hemos historiado en primer término, sólo ante el hecho de venir de una localidad fuertemente epidemiada y darse la enfermedad en otras personas de la familia, permitió aclarar el diagnóstico.

Las obras de Pediatría hablan también como síntoma cotizable para establecer el diagnóstico, de la gran decaencia que produce la gripe. Lo observado por nosotros en Madrid no concuerda con esa apreciación, ya que los niños atacados de gripe que no invadió su aparato respiratorio toleraron la enfermedad y aun las altas temperaturas, con relativo bienestar. (*La Pediatría Española*, Madrid, 20 de Diciembre de 1918.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. **Un caso de espasmo muscular en un niño, por el Dr. Reginald C. Jewersbury, con observaciones del Dr. F. Parkes Weber.**—Se trataba de una niña de nueve años de edad que hasta los siete años gozó de buena salud. A esta edad empezó á sufrir debilidad é inutilidad de los músculos de ambas piernas. Este estado progresó hasta causar una posición en equino-varo que hizo precisa la tenotomía del tendón de Aquiles. Reapareció la deformidad y las piernas se hacían muy rígidas al intentar andar. Un año y medio después se presentaron síntomas iguales en ambos brazos y en los músculos de la nuca y canales vertebrales.

Cuando se presentó al autor tenía el aspecto de una niña sana y muy inteligente. Había padecido únicamente sarampión. El padre había sufrido asma y falleció de neumonía.

Los músculos de ambas piernas eran débiles é inútiles. Los pies estaban en posición de equino-varo. No podía apoyar los talones en el suelo y marchaba sobre las puntas de los pies con movimientos bruscos, pero sin que constituyeran una marcha espasmódica típica. Estaban afectos de modo semejante ambos brazos, pero con menos intensidad que las piernas. Al coger algún objeto todos los músculos voluntarios sufrían un espasmo. Tenía también un torticolis persistente y algo de espasmo de los músculos de los canales vertebrales. Los músculos faciales no estaban atacados; tampoco había temblor ni atetosis. Los reflejos superficiales y los profundos eran normales; la sensibilidad no estaba alterada. Se trató á esta niña por masaje durante tres meses sin que se observase mejoría alguna.

Se trata en este caso, según indica Parkes Weber, de una distonía muscular deformante ó disbasia lordótica progresiva, denominaciones que la dió Oppenheim, quien la definió diciendo que era una enfermedad peculiar pseudoespasmódica de la infancia y de la juventud, considerándola como lesión orgánica que reside al parecer en el núcleo lenticular. Su marcha es crónica y progresiva en un principio con períodos de remisión, hasta que se alcanza un grado estacionario. Presenta una combinación extraña de hiper é hipotonía. Entre los síntomas prematuros, ó quizás el más prematuro, es la pérdida total de la función de una ó varias extremidades, generalmente las inferiores, debida á la falta de tonicidad. Los movimientos son espasmódicos, pero no verda-

deramente atetósicos. Síntomas psíquicos pueden aparecer pero son raros. (*The British Journal of Children's diseases*, Octubre á Diciembre de 1918).

ODONTOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **La neuralgia del trigémino, por Luis Vargas Salcedo.**—Describe el autor la neuralgia del trigémino y presenta algunas observaciones personales, deduciendo de su estudio las siguientes conclusiones:

1.^a El plexo nervioso pulpar dentario es una de las terminaciones del trigémino que se infecta con más facilidad y provoca la neuralgia facial.

2.^a En los casos de neuralgias faciales rebeldes á los tratamientos habituales, la resección química del nervio por medio de inyecciones de alcohol, es un remedio heroico para los desgraciados neurálgicos abandonados como incurables.

3.^a La alcoholización de las ramas del trigémino en los tres grupos, superficial, medio y profundo, debe ser puesta en práctica antes de resolverse á la inyección en el ganglio de Gasser, ó á su extirpación quirúrgica.

4.^a Este método es sencillo, no deja cicatrices en el rostro ni deformaciones, y las complicaciones que se observan son benignas. (*La Odontología*, Madrid, Diciembre, 1918).

EN LENGUA EXTRANJERA

2. **Bacteriología dental relacionada con la caries dental.**—Entre los agentes que atacan los dientes tenemos dos muy importantes: las bacterias y los hidratos de carbono. Según los estudios fundamentales de Miller, el ácido láctico ó sus similares, producido por la fermentación de los hidratos de carbono debida á las bacterias, es la causa de la decalcificación del esmalte, y una vez puesta al descubierto la dentina sufre pronto la acción proteolítica de las mismas bacterias. Sin embargo, ni Miller ni sus sucesores han dado con un microbio estrictamente específico de la caries. Ponen de manifiesto las investigaciones más recientes de Kligler que en la boca normal están representados toda clase de microbios principalmente cocos, estreptococos y tricomicetos. En los dientes sanos los tipos de microorganismos y su relativa abundancia son constantes aun cuando el conjunto varíe al variar las condiciones de la boca. Así, el número de bacterias que ordinariamente es de 25 millones por milímetro cúbico de depósito bucal, aumenta durante la noche, inmediatamente después de las comidas, en las bocas sucias, en las cuales llegan á hacerse el doble, y es tan variable con las condiciones de la boca como el número de las que habitan el tubo digestivo con las modificaciones de éste. En las bocas con dientes cariados hay disminución de estreptococos y aumento de los bacilos acidófilos. El medio bucal es pobre en proteínas y rico en hidratos de carbono, de ahí que se preste poco al desarrollo de las bacterias proteolíticas. A pesar de los trabajos realizados aún no se hallan bien fijadas las relaciones de causa á efecto en materia de la bacteriología de la caries, y si se diese el caso de encontrar un microorganismo responsable, aún quedaba por averiguar el modo de librarse de él, pues la antisepsia química es impracticable por su gran organotropismo. (*The Journal of the American Medical Association*, 21 de Septiembre de 1918.)