

de cicatriz engloba tejidos pigmentarios (uveales) y esto no obstante, la cicatriz es dura, seca. Atendiendo a esta circunstancia, cada vez va ganando partido en mi ánimo la fistulización metódica por el procedimiento de trepanación, aunque reconozco que la acompañan ciertos peligros, cual la eventualidad de una infección remota efectuada a través de la cubierta conjuntival; por más que no haya tenido ocasión de ver ningún caso en mi práctica, pero creo que queda compensado por el menor peligro de complicaciones durante el acto operatorio y durante el trabajo de cicatrización subsiguiente.

No habrá pasado inadvertido un detalle capital de la historia clínica que sirve de fundamento a estas consideraciones y que no pude apreciar sino a *posteriori*, por haberme ocultado al principio los antecedentes necesarios para apreciarlo. Me refiero a la curiosa circunstancia de sobrevenir una lesión sífilítica secundaria (pues yo creo que el goma del iris es una lesión secundaria) en un estado próximo a la saturación mercurial del paciente en cuestión. Y sin embargo, se dirá: ¿cómo hallándose el organismo en un estado próximo a la saturación se fraguaron tan exuberantes manifestaciones sífilíticas, y porqué con un pequeño aumento de mercurio desaparecieron con tanta rapidez? A esto responderé que la depleción sanguínea producida por la sanguijuela fué de una eficacia y oportunidad soberanas; que fué seguida de la aplicación de ventosas, que aumentaron la substracción de sangre, y que la aplicación del ion Hg. contribuyó al resultado terapéutico; pero no quiero pasar en silencio la influencia que debieron ejercer las uncciones mercuriales, pues soy un convencido de su eficacia, como lo demuestra el hecho de habérselas prescrito. Debo afirmar aquí (sin tener la intención en este momento de parangonar el valor relativo de los diferentes tratamientos y formas propuestas para combatir las manifestaciones sífilíticas), que en los individuos cuya piel se presta a la absorción del Hg. el procedimiento de las uncciones es muy eficaz y no merece bajo ningún concepto pasar al arsenal de lo inútil, pues aunque limitadas, tiene sus indicaciones, y dejo esta cuestión reducida a la categoría de un inciso, porque no es mi propósito ahondar en ella, en la que mucho podría decir como resultado de lo visto por mí en las Clínicas de Fournier, Martineau y Soler Buscallá, allá en mis mocedades.

También es de notar el equivocado concepto que debió formar de la eficacia relativa de la iridectomía y de la trepanación el oculista que le visitó accidentalmente, pues tomó la iritis por un nuevo ataque de glaucoma y le aconsejó se sometiera a la trepanación «que tan buen resultado le había dado en el ojo izquierdo», y sin embargo, ya hemos visto que afortunadamente no llegó a presentar ningún síntoma de glaucoma; antes bien, que soportó valientemente tan ruda prueba que sirvió para confirmar su eficacia absoluta.

Para terminar, repetiré que el hecho de presentarse la iritis gomosa en un ojo operado por glaucoma, sin provocar un nuevo acceso de hipertensión; el desarrollarse una manifestación sífilítica secundaria en un individuo casi saturado de mercurio; el haber curado la iritis sin dejar sinequias, no habiendo recurrido más que a la mercurialización y a las emisiones sanguíneas, prescindiendo de los miátricos, y la confirmación de la eficacia innegable de la iridectomía, son circunstancias que merecen la pena de consignarse por la enseñanza que de ella se desprende.

Sesión científica del día 30 de junio de 1919

Los estados septicémicos paragrippales

POR EL DOCTOR D. JOAQUIN TUIXANS

(Leída por el doctor COROLEU)

La última epidemia de gripe, sufrida durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 1918, ha contribuido con la brutalidad de su experiencia a que un gran número de trabajos bibliográficos recientes hayan aportado muchos y valiosos documentos nuevos. ¿Es que la historia expositiva y estudio clínico de los *estados gripales* se ha revuelto del todo? No lo creemos, a pesar de los contradictorios trabajos que la prensa médica, ha dado a la publicidad. En efecto, hay una cosa que resulta constante, invariable casi en la patología infecciosa, como en todas: la clínica. Digase lo

que se quiera, los tipos clínicos permanecen inmutables en sus grandes líneas: sólo difiere el modo de investigarlos y exponerlos en sus varias facetas bacteriológicas.

Fuerte en las enseñanzas de la clínica, y debiendo atenernos a ella, hemos esperado vislumbrar las causas que motivan el mecanismo de procesos no completamente estudiados, presentándonos una novedad digna de tomarse en consideración: es la de los estados septicémicos paragrippales (mejor diría *bacterémicos*).

Sólo después de madura reflexión y haber visto en esta provincia de Castellón de la Plana la suma de 7,214 invasiones de gripe, la clínica nos ha demostrado que además de ver siempre verdaderas gripes, había también un especial estado septicémico por bacterias afines al bacilo de Pfeiffer, como había siempre una neumonía, a pesar de la pneumococia, una erisipela, a pesar de la estreptococia, una tuberculosis ósea y una septicemia fímica.

Así pues, creemos nosotros haber visto en el curso de esta epidemia de gripe otros casos infecciosos por la introducción en el organismo de bacterias específicas, que se traducen por una fiebre esencial y síntomas generales, sin localización alguna a veces apreciable; verdadera *septicemia* y que a los pocos días, se manifiesta sobre tal o cual órgano o sobre varios a la vez o sucesivamente, de modo caprichoso, poliforme, verdadero proteo, presentándose bajo los aspectos más variados, descubriendo siempre al clínico la intoxicación, unida a la astenia más o menos profunda, más o menos durable, del sistema nervioso.

Al hablaros de los *estados gripales*, no cabe duda que me refiero a los *agentes específicos* (?). Y a renglón seguido me preguntaráis: ¿qué debe entenderse por *microbios paragripales*? Los que por sus reacciones culturales y proceder biológico son microbios intermedios entre el bacilo de Pfeiffer y los pneumococos de Talamon Fränkel y el de Friedländer, y demás estreptococos.

El bacilo de Pfeiffer forma un grupo autónomo, específico y caracterizado muy bien por sus reacciones específicas; no ocurre lo mismo con los *bacilos* que llamo *paragripales*, y el bacilo de Pfeiffer es único; por el contrario, los paragripales son múltiples.

Además, tengamos en cuenta que la clínica nos ha demostrado que al lado del bacilo de Pfeiffer las infecciones secundarias son más numerosas, más variadas y juegan un papel tan considerable, los pneumococos, estreptococos, y los *paragripales* (que son enterococo pseudodifitérico, micrococos catharralis, cocobacilo hemófilo, paratétrágeno zóogleico), que encuentran en el bacilo de la gripe un poderoso auxiliar, para manifestarse en el más alto grado de virulencia, realizando por su cuenta estas *bacteremias* o septicemias tan rápidamente mortales.

Livierato, en 1917, demostró ya que el agente específico de la gripe gozaba frente a los demás microbios específicos y también con algunos saprofitos, una notable propiedad de exaltación, dando origen a estos estados infecciosos, que hemos acordado llamarlos *paragripales*. En la presente comunicación no quiero describir ninguno de los tipos clínicos de la gripe; solamente expondré las sencillas impresiones clínicas recogidas en la pasada epidemia, por lo que atañe al estudio de los *estados paragripales*.

Ante todo, afirmemos que la identidad de la septicemia febril fué absoluta desde el punto de vista clínico-bacteriológico, y lo demuestra el ser los atacados con predilección entre los veinte años y cuarenta, más frecuente en las mujeres que en los hombres; la complicación más frecuente es la torácica, como desenlace fatal, siempre de evolución rápida, con edema pulmonar, cianosis, aspecto vultuoso, escasa tos y síndrome de fatiga nerviosa, intoxicación muscular (amiostenia), temperatura de 40°5 a 41° y muerte a los tres o cuatro días.

El síndrome asténico, que se confirma en todos los casos, se interpreta como expresión de una insuficiencia suprarrenal; pues la clínica nos ha demostrado en la pasada epidemia, que la mayoría de los atacados pertenecían al tipo hipotiroideo, con esplenomegalia, al parecer los más robustos, estatura baja, cuello corto, tórax ancho, la oposición a la menos gravedad de los de tipo longileo, hipertiroideos, delgado, alto, seco; en las mujeres ha sido observada que esta septicemia les adelanta, en la mayoría de los casos, el molimen menstrual en ocho o diez días de la fecha normal.

Estos estados paragripales, caracterizados por el síndrome *bacteriémico*, nos demuestran que en las autopsias practicadas se han hallado en gran cantidad estreptococos hemófilos, micrococos catharralis, paratétrágenos zóogleico y otros microorganismos del grupo parameningocócico, en los parénquimas de los pulmones y en la sangre circulante.

Los estados septicémicos paragripales, presentan las siguientes formas clínicas:

I. *Forma cerebral*.—Acusan extremada cefalalgia, escalofrío inicial, vómitos y una somnolencia vecina del coma; este estado dura pocas horas, acompañado de viva excitación; el delirio se presenta en las formas más variadas, terminando con todos los síntomas de meningoencefalitis, siempre mortal, con temperaturas extremas de 40°5.

II. *Forma bulbar*.—Dos síndromes hemos observado muy bien: los vago-paralíticos y los vago-

hiperquinéticos, traducidos por taquicardias con hipotensión arterial, desigualdad y pequeñez del pulso, arritmia depresible, dolor retroesternal muy pronunciado y muerte por síncope. Obsérvase gran disnea, sin catarro ni lesión pulmonar, comparable a la de la uremia; un pulso irregular, inestable, lento, lipotimias, vértigos y la muerte.

III. *Forma paralítica broncopléjica.*—Caracterizada por disnea intensa, respiración dificultosa, gruesos estertores tráqueobronquiales, ningún signo de bronquitis, fiebre de 38°5 a 39°, asfixia rápidamente progresiva, cianosis de las extremidades, muerte a los cinco o seis días.

Estas formas clínicas, puestas aquí de relieve, muy claramente observadas independientes de la gripe, se asocian y descomponen de distintos modos, y a veces enmascaradas por la propia infección del Pfeiffer.

No quiero entretenerme hablando de los epifenómenos y complicaciones de los estados gripales y sus determinaciones en los órganos, que obran como síntomas sobreañadidos en los demás aparatos; ni de las diversas secuelas y consecuencias de los estados septicémicos, lesiones provocadas, despertadas y activadas en el sistema nervioso respiratorio, circulatorio y riñón para no hacer más extensa esta comunicación, que deseo sea solamente un esbozo de unas impresiones clínicas de tan mortífera pandemia.

Demostrado está que el suero de los convalecientes contiene aglutininas, que han servido y prestarán excelentes auxilios al diagnóstico, para darle mayor precisión al proceder serodiagnóstico, para determinar en el suero de los atacados la *reacción aglutinante* en el Pfeiffer, y en los paragripales.

Tanto en el curso de las infecciones debidas al bacilo de la gripe, como en las infecciones pneumocócicas y estreptocócicas el suero de los enfermos adquiere la propiedad de aglutinar al pneumococo, al estreptococo, al paratetrágeno, al micrococo, pues estos prácticos trabajos los han iniciado Bezançon, Griffon, Widal, Sicart, Dopter, para el diagnóstico de las septicemias gripales.

Prácticamente utilizase el método de la siguiente manera: de la extremidad del dedo del enfermo se extrae sangre que se recoge en un tubo de pequeño calibre, después se decanta el suero que se hace obrar sobre muestras de pneumococos o de estreptococos aparte otra muestra de los otros microbios que llamo paragripales y por último una muestra de Pfeiffer; para que de esta manera podamos seguir midiendo el grado de aglutinación, según técnica de mensuración empleada corrientemente en los serodiagnósticos.

Pudiendo ocurrir que en una mezcla de los cuatro microorganismos siguientes: bacilo Pfeiffer, pneumococo, estafilococo y estreptococo, cuyas bacterias se hallan en suspensión en una solución fisiológica esterilizada y muertos ya, a baja temperatura, pues aun así, conservan la virtud de ser aglutinados. Se sacan con dos pipetas del mismo calibre X gotas de cultivo o mezcla bacteriana y una gota de suero del enfermo, se mezclan en un vidrio de reloj y después se coloca una gota en el portaobjetos, haciendo el examen con un objetivo en seco de mucho aumento y con ligero diafragma; si el suero sospechoso aglutina el pneumococo o estreptococo y es indiferente al Pfeiffer, el enfermo padece una pneumococia o estreptococia.

También puede ocurrir que el suero sospechoso aglutine varios pneumococos y el Pfeiffer. Coneste suero que aglutine diversas muestras de microbios, se trata de un enfermo de infecciones asociadas mixtas.

Por último ocurre que el suero sospechoso obra en grado más o menos relativo sobre los diversos paragripales: cocobacilo hemófilo, paratetrágeno, micrococo catharralis, sin mostrar predilección por el Pfeiffer; entonces tratase de una infección paragripal, siendo quizá estos microbios los productores de este *virus filtrable* descubierto por Nicolle de Túnez. Muchos piensan en la posibilidad de su existencia, sugerida por la relativa inconstancia del hallazgo del Pfeiffer, sobre todo en las complicaciones paragripales. Estos fenómenos de aglutinación, obsérvanse a los ocho o diez días de la enfermedad. Y esta aglutinación obsérvase lo propio algunos meses después de la enfermedad; reacción biológica que caracteriza el *paragrippe*. Gracias igualmente a la afinidad de estos diversos bacilos frente a una u otra aglutinina o sensibilizatriz, se puede diferenciarlos entre sí y decir: «he aquí un Pfeiffer, he aquí un *paragripal*». El diagnóstico se funda en estos criterios bacteriológicos y podemos resumir lo expuesto; en el adjunto cuadro sinóptico.

- | | | |
|--------------------|---|--|
| I Estados gripales | { | <ul style="list-style-type: none"> a) <i>Grippe</i>, cuyo microbio patógeno es el bacilo de Pfeiffer. Formas clínicas: cefálica, pulmonar y abdominal. b) <i>Infecciones secundarias</i>: pneumococia por el micrococo, pneumonía de Talamón Fränkel y el pneumobacilo de Friedlander. c) <i>Septicemia</i> o <i>bacteremia</i>: estreptococo piogenes. |
|--------------------|---|--|

II Estados paragrippales.	}	<ul style="list-style-type: none"> a) cocobacilo hemófilo. b) paratetrágeno zoogléico c) micrococus catharralis d) enterococo pseudodiftérico e) cocobacilo de la pneumoenteritis f) grupo parameningocócico. 	}	productores de una bacteremia, con las siguientes formas clí- nicas: <i>cerebral, bulbar y pa- rálisis broncopléjica.</i>
------------------------------	---	---	---	--

**Embarazo tubárico izquierdo con rotura tubárica a los dos meses. —
 Constitución del embarazo. — Aborto abdominal a los cuatro me-
 ses. — Intervención por hemorragia. — Feto vivo.**

DON ALVARO ESQUERDO

(Leída por el doctor Carulla)

El caso que motiva esta nota clínica es por demás interesante para darlo a conocer.

Se trata de una mujer francesa, de 28 años de edad, que había tenido un embarazo regular, con parto bueno, a los 16 años. Reglada desde muy joven, no había tenido nunca irregularidades ni sufrimientos menstruales. Después del parto no tuvo ningún trastorno.

Se presentó a la consulta del Hospital el día 11 de abril pasado, diciendo que había tenido un aborto y que continuaba teniendo dolores y hemorragia; que había expulsado un trozo de carne y no pudo decir lo que era.

Al examinarla encontré que el útero sangraba y estaba ligeramente entreabierto y reblandecido el cuello; pero por el tacto pude apreciar un abultamiento como una mandarina en el ligamento ancho izquierdo. Dicho abultamiento era duro y abollonado, bastante movable.

Admití el diagnóstico de aborto, supuse que quedaban restos de caduca, pero diagnosticué también ovario quístico izquierdo con saipingitis. Presumí que el aborto había sido provocado por la lesión anexial, pues la enferma no había hecho ni tomado nada para abortar. Propuse a la enferma que se quedase en la sala para practicarle un raspado si lo considerábamos necesario y después proceder a la extirpación de los anexos izquierdos. Se marchó la enferma y no supimos nada de ella hasta que el día seis de este mes volvió a presentarse a la consulta.

No había tenido ningún otro percance, pero notaba que se le abultaba el vientre y tenía dolores de cuando en cuando.

Por la palpación abdominal se notaba un tumor quístico en el hipogastrio hacia el lado izquierdo con abolladuras movibles. Por el tacto vaginal pudimos apreciar que el cuello del útero no ofrecía nada de particular, que el cuerpo estaba en anteflexión y dirigido hacia la derecha y que en el ligamento ancho izquierdo se apreciaba un tumor relacionado directamente con el útero, cuyo tumor era algo movable y correspondía al que se encontraba en el hipogastrio. Por la palpación combinada el tumor tenía el aspecto y daba la sensación de un útero grávido; pero como podíamos apreciar la flexión del cuerpo del útero y podíamos limitar bien el cuerpo por delante y por detrás desechamos tal idea.

No obstante, teniendo en cuenta el diagnóstico hecho en el otro registro y los datos que nos refirió la enferma, pensamos que sí que podía estar embarazada y que podía tratarse de un embarazo que comenzó siendo tubárico, que se había roto la trompa, que el óvulo cayó en la cavidad abdominal y que continuaba el embarazo.

Discurrimos sobre si podría tratarse de un quiste de ovario o de un fibroma subperitoneal, pero las sensaciones eran tales que hubimos de desear estas sospechas y aferrarnos al diagnóstico de embarazo extrauterino, intraabdominal.

Entonces planteamos y discutimos la cuestión de si debía o no intervenir.

Era posible que el embarazo continuase evolucionado, porque la enferma no tenía grandes molestias y que el feto adquiriese viabilidad, pero para esto necesitaban transcurrir tres meses más.