

garse en la figura 2; estas rickettsias tienen el tipo característico de las productoras de la fiebre quintana.

El diagnóstico ha quedado, pues, establecido de una manera segura, y este método que creemos que en el futuro debe alcanzar más difusión semejantemente al exodiagnóstico de Brumpt en la enfermedad de Chagas, nos permite afirmar la existencia de casos de fiebre quintana que no es breve, o medianamente prolongada, sino que puede durar tres

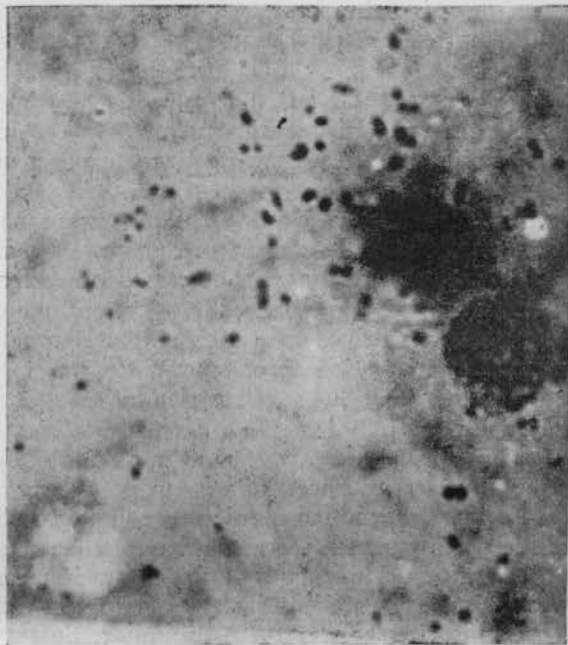


Fig. 2

años y no sabemos si aun más. La *rickettsia quintanae* es en general poco resistente a la defensa natural humana. Dos de nosotros (E. A. y J. M. A.) hemos procedido a inocularnos la sangre de un enfermo con fiebre quintana, tomada en el momento de comenzar la fiebre. Después de una incubación de varios días apareció en ambos una fiebre quintana típica que después de pocas crisis desapareció fácilmente. (Detalles de esta inoculación serán publicados aparte.) Estos casos en que la afección es más prolongada se explicarían o bien por tratarse de una raza especialmente resistente o bien por no existir unas defensas antiparasitarias bastantes en el sujeto.

El proceso continúa igual en estas fechas; todos los tratamientos han dado un resultado negativo.

RESUMEN

Se comunica un caso de fiebre de las trincheras que lleva con típicos accesos cerca de tres años; el diagnóstico se ha confirmado por la aplicación de piojos estériles durante ocho días sobre el antebrazo del enfermo demostrándose el *rickettsia quintanae* en el aparato digestivo del piojo. Se hace resaltar el interés práctico de este método diagnóstico en casos dudosos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 JUNGMAN. — Wolhynische Fieber. Ed. Springer. Berlín, 1919.
- 2 CASTELLANI y JACONO. — Manuale di clinica tropicale. Ed. Rosenberg-Seller. Torino, 1937.
- 3 SCHITTENHELM. — En el Hdb. de BERGMANN y STAHELIN. Editorial Springer, t. I, pág. 1.001. Berlín, 1934.
- 4 RUGE, MÜHLENS y Z. VERTH. — Krankh. u. Hyg. warm. Länder, 1925.

ABSCESO DE PULMÓN CONSECUTIVO A LA ASPIRACIÓN DE AGUA DEL MAR

A. URGOITI

Dispensario Antituberculoso Central de La Coruña.

Director: DR. ALVARO URGOITI

Recientemente hemos tenido ocasión de observar un absceso de pulmón consecutivo, con toda probabilidad, a la aspiración de abundante cantidad de agua durante una caída en el mar.

La semejanza de nuestro caso — en lo que se refiere a la etiología — con los publicados recientemente por SANTY y BERARD y la llamada que sobre esta misma etiología ha hecho últimamente RIST, me mueven a comunicarlo, para aumentar así con un caso más la casuística de los abscesos de pulmón consecutivos a este accidente. He aquí nuestra observación.

A. E. E., natural y vecino de La Coruña, de 16 años, marinero. Sin antecedentes personales ni familiares dignos de mención. Lo vimos por primera vez en nuestra consulta el día 21 de junio de 1943, enviado por su médico para diagnóstico. Nos dice que, desde hace 15 días, pescando sardina en una "tarrafa", a unas 6 millas de la costa, cayó al mar, siendo extraído rápidamente (la inmersión duró, aproximadamente, 3 minutos). Como no sabía nadar, y, por otra parte, estaba enteramente vestido, en el poco tiempo que estuvo en el agua "ahogándose" deglutió y aspiró gran cantidad de la misma.

Tres días después comenzó un dolor en costado izquierdo, con tos seca que exacerbaba el dolor, y que no iba seguida de expectoración. Fiebre, sudores y sensación de encontrarse mal. Este síndrome persiste en la actualidad. Ha adelgazado unos 4 kilogramos, y se queja especialmente del dolor y de la tos.

La exploración clínica muestra macidez en base izquierda, en plano posterior, con ruidos respiratorios disminuidos y algún estertor de burbujas gruesas.

Radiográficamente se observa una sombra de regular densidad, homogénea, que ocupa el tercio inferior izquierdo, en la incidencia dorsoventral. En las proyecciones oblicuas se observa que la sombra corresponde al plano posterior; y es de forma triangular, con base diafragmática. En una palabra, corresponde al lóbulo inferior izquierdo.

La velocidad de sedimentación es de 55 mm. en la primera hora. Tiene 11.200 leucocitos con 72 por 100 de neutrófilos, de los que 2 juveniles y 11 en bastón. La reacción a la tuberculina es negativa (cuti e intradermo con 0.1 c. c. de la dilución al 1 por 1.000).

Se hace un diagnóstico de congestión aguda con atelectasia del lóbulo inferior izquierdo con participación pleural, aconsejando un tratamiento con sulfotiazol y onda corta, y bajo una estrecha vigilancia médica.

El 26 de julio, es decir, a los 50 días de ocurrido el accidente y a los 35 de la primera consulta, es examinado nuevamente. Ha hecho el tratamiento indicado. Ha cedido en gran parte la tos, y desde hace varios días tiene una pequeña expectoración.

toración mucopurulenta; el dolor torácico ha disminuido en intensidad. Dice que se encuentra mejor de estado general.

La exploración muestra la persistencia de la macidez de base derecha en plano posterior, pero registra un aumento considerable de los ruidos adventicios representados por estertores de burbujas gruesas y medianas con broncofonía.

La imagen radiológica se mantiene en los mismos límites, pero aparece menos densa y menos homogénea. La baciloscopia del esputo es negativa. Se aconseja continúe el tratamiento con onda corta e inyecciones de neo.

Deja de venir hasta el 8 de octubre, en que es examinado nuevamente. Cuenta que el dolor ha desaparecido enteramente, que la tos sólo ocurre para expulsar fácil y abundantemente una expectoración purulenta, muchas veces muy fétida. Clínica y radiológicamente persiste la imagen anterior, más difusa y menos homogénea. La velocidad de sedimentación es de 61 mm. a la hora. Tiene 7.600 leucocitos, con 4 eosinófilos, 56 neutrófilos, de los que 10 en bastón. El esputo es negativo para el bacilo de Koch, y la flora es banal, sin predominio especial de ningún agente bacteriano. Se hace el diagnóstico formal de absceso de pulmón, y se aconseja la intervención. El enfermo es perdido de vista.

SANTY y BERARD comunican en el número 32 de la *Presse Medicale* correspondiente al 28 de agosto de 1934 tres observaciones de absceso de pulmón, dos de ellas consecutivas a la aspiración de agua de mar durante la llamada "caza submarina", y otra ocurrida después de frecuentes inmersiones en el mar.

La "caza submarina", deporte importante de América, consiste en la caza de animales marinos bajo el agua, utilizando un arpón disparado por un fusil de resorte. Para ello el cazador se mantiene flotando sobre el agua, boca abajo y con la cabeza sumergida para poder inspeccionar así el fondo, buscando su presa. Sus ojos están protegidos por gafas especiales. Respira a través de un tubo de goma sólidamente sujeto a la boca en uno de sus extremos, y con el otro en comunicación con el aire, mantenido en la superficie merced a un flotador. De este modo puede permanecer mucho tiempo inmóvil y sin sacar la cabeza para respirar. Apercebida la presa y arponeada, el cazador inicia la inmersión para atraparla. Esta inmersión puede alcanzar, para los cazadores muy entrenados que trabajan con bastante fondo, hasta los 10 metros de profundidad. Debido al esfuerzo y a la permanencia bajo el agua sin respirar — pues el corto tubo de goma acompaña al cazador en su inmersión, no sirviendo ya en ese momento como conductor del aire, — a la salida el cazador está ávido de aire, y corre el riesgo de recibir en sus pulmones, al hacer la primera inspiración, todo el agua acumulada en el tubo de goma, que ha acompañado a éste, repito, durante la inmersión. Por eso precisa siempre efectuar, ya fuera del agua, una espiración brusca que libre de la misma al tubo de goma, permitiendo así que la inspiración que la sigue sea solamente de aire. Sin embargo, ocurre con frecuencia que el pescador, sediento de aire, olvide esta precaución fundamental, e inhale de este modo una cierta cantidad de agua.

En el primer caso de los autores mencionados, un hombre de 42 años dedicado a este deporte, hace de este modo una aspiración masiva de agua del mar. Después de un estado de *shock* prolongado, expulsa por sus vías respiratorias agua espumosa en cantidad, cediendo así en parte una intensa disnea. Algunos días después tiene fiebre, que llega a 39°,

y doce días más tarde hemoptisis. Por último, tiene una vómica fétida 20 días después del accidente.

Examinado cuatro meses más tarde, se observa una imagen hidroaérea de base derecha en plano anterior. Diagnosticado de absceso de pulmón, se trata con neumotomía, que va seguida de la curación.

En el segundo caso, un hombre de 48 años, practicando el mismo deporte, aspira una pequeña cantidad de agua de mar. Este incidente va seguido de malestar general y sudores durante varios días. Un mes después fiebre hasta 38,5, observándose a rayos X una sombra perihilar derecha. No tos ni expectoración. A los 15 días hemoptisis, que va seguida de expectoración mucopurulenta escasa. A los dos meses se diagnostica un absceso del lóbulo medio derecho, que cura igualmente por neumotomía.

En la tercera observación de estos autores no hay un claro antecedente de aspiración de agua de mar, pero sí la práctica prolongada de este deporte marino. Se trata de un muchacho de 20 años, que al final de un verano en el que abusó de los baños y de la caza acuática, tiene bruscamente un dolor en costado izquierdo y fiebre alta, siendo diagnosticado de neumonía. A los pocos días se modifica el diagnóstico por la presentación de una vómica fétida. Se observa entonces una sombra difusa de todo el campo pulmonar izquierdo, con una imagen hidroaérea pequeña localizada en la base, en plano posterior del mismo lado. La operación permite el diagnóstico de piotorax tabicado con amplia comunicación con el foco pulmonar. Se trata con drenaje.

Los autores atribuyen a la inhalación de agua de mar estos casos de absceso. Según ellos, la aspiración de agua y su mantenimiento en las vías respiratorias está favorecida porque el reflejo tusígeno está disminuido en estos sujetos físicamente fatigados y enfriados por la prolongada permanencia en el agua. Interviene también quizá un cierto grado de broncoespasmo que se opone así a la expulsión completa del agua de los bronquiolos. De este modo, no es extraña la complicación pulmonar, tanto a *frigore* como por embolia brónquica por aspiración de agua, que puede a veces ser séptica, pues siendo más abundante la caza en las aguas de los puertos y en las proximidades de los desagües, los cazadores efectúan a veces sus exploraciones en estos parajes de aguas fuertemente contaminadas.

RIST recuerda que los abscesos de pulmón consecutivos a la inhalación masiva de agua de mar, ha sido observada hace tiempo por él; que en el Congreso Francés de Medicina, celebrado en Nancy en 1926, ya señaló y defendió esta patogenia de los abscesos gangrenosos del pulmón, insistiendo en que en el estudio realizado por él en el plankton del agua del Mediterráneo a lo largo de la costa egipcia encontró numerosas bacterias anaerobias, una de ellas del tipo *perfringens*. Dice que varias veces ha visto enfermos de absceso de pulmón en cuyos antecedentes recientes se contaba una inmersión en agua del mar. Casi constantemente se trataba de accidentes en el curso del baño: pocos días después

del mismo se presentaba una neumopatía aguda, calificada de congestión pulmonar, y que algunos días más tarde daba su prueba al expectorar pus fétido. Comunica la observación de una joven que tuvo seis meses después de un accidente de mar, en el que estuvo a punto de ahogarse, un absceso gangrenoso de pulmón.

Por otra parte, el mismo autor comenta la comunicación verbal que recibiera de un médico de un hospital londinense, situado en el barrio de los docks, diciendo que observaba con frecuencia este mismo tipo de absceso de pulmón en individuos "pescados" en el agua, sumamente contaminada, de los docks.

Dice RIST que la contaminación del agua no parece indispensable, a pesar de que las supuraciones gangrenosas y fétidas son siempre producidas por bacterias anaerobias, ya que muchas de éstas viven saprofiticamente en las mucosas, y podrían ser arrastradas y fijadas por el agua. Pero también en la superficie del suelo y en las aguas quietas o corrientes se encuentran en abundancia y podría, por tanto, proceder de ellas. Se pregunta si el agua del mar contiene una flora anaerobia. Recuerda sus investigaciones en el Mediterráneo, en las que aparecía en el agua limpia procedente de playas lejanas a los puertos una flora bacteriana en la que abunda una bacteria en forma de bastón, Gram positivo, con todos los caracteres del bacilo *perfringens*, salvo que era móvil y provisto de pestañas vibrátiles.

Hemos querido, al comunicar esta observación, relatar lo que se ha escrito últimamente respecto a este asunto, con el deseo de subrayar la posible importancia que estos accidentes de aspiración de agua marina pueda tener en la génesis del absceso de pulmón. Esta etiología, admitida ya desde hace tiempo, y citada de este modo en todos los tratados, no ha sido, sin embargo, objeto — que nosotros sepamos — de amplios comentarios. Por otra parte, plantea esta cuestión un problema que no deja de tener interés teóricopráctico: el de si tal aspiración de agua sólo obra por un mecanismo indirecto, produciendo en el territorio broncopulmonar inundado y afectado por la aspiración una situación de menor resistencia, que favorecería el anidamiento y multiplicación de las bacterias de cualquier clase y de cualquier procedencia (vehiculadas por el agua, especialmente aquellas que asientan en las vías respiratorias superiores), o ya porque el mismo líquido contenga una flora propia que pueda ser patógena. Esta última cuestión ha sido objeto de numerosos trabajos que han demostrado la contaminación con toda clase de bacterias de las aguas de los puertos, y ha sido estudiada entre nosotros por BEATO y SOUTO. Pero, indudablemente, serían precisas nuevas investigaciones en este sentido, antes de sentar cualquier conclusión.

TORSIÓN DE QUISTE HIDATÍDICO SOLITARIO DEL EPIPLON

P. PIULACHS y H. HEDERICH

Servicio de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Barcelona. Profesor: P. PIULACHS

Ante toda localización equinocócica peritoneal, especialmente si es múltiple, se piensa en una forma secundaria a una localización primitiva, hepática casi siempre y con menor frecuencia esplénica.

El peritoneo tiene la propiedad, tal como han demostrado LEBEDEFF y ANDREJEW⁹, RIEMANN¹⁰, V. ALEXINSKY¹, DÉVÉ^{5, 6} y HOSEMANN⁷, de incorporar los parásitos desparramados sobre su superficie, y al igual de lo que sucede con otros cuerpos extraños (MARCHAND¹¹), recubrirlos de un exudado que se organiza y desplaza el parásito haciéndolo subperitoneal.

Tanto los escolex (V. ALEXINSKY¹, DÉVÉ^{5, 6}, HOSEMANN⁷) como las vesículas hijas (RIEMANN¹⁰, HOSEMANN⁷), pueden dar lugar a la formación de nuevos quistes, aunque una gran parte de aquellas formaciones sucumba y quede englobada a modo de seudotubérculos o granuloma de cuerpos extraños (RIEMANN¹⁰).

Sin embargo, se han descrito casos, aunque raros, de equinococo solitario de epiplon mayor (BOLOGNESI³, KLEINSCHMIDT⁸) en el que la lesión aparecía de un modo primitivo, por localización por vía hematógena.

Estos quistes van desarrollándose llegando a adquirir un gran tamaño, sin que se produzcan adherencias que los fijen, apareciendo como una tumoración, que puede desplazarse pasivamente en todas direcciones, y que como tira del colon transversal, puede provocar dolores cólicos a veces intensos.

RECLU¹⁸ en un caso halló un quiste hidatídico de epiplon en el contenido de un saco herniario.

TUFFIER²² y BROCA⁴ han descrito casos con torsión de quiste hidatídico de epiplon, pudiendo incluso según LEHMANN¹⁰, llegar a provocarse la necrosis de la tumoración.

Otra complicación que se ha observado en esta localización, es la supuración del quiste, descrita por SPENCER WELLS²¹, ANNANDALE² y PEAN¹⁴.

Nosotros hemos tenido ocasión de observar el caso de torsión de quiste hidatídico solitario de epiplon, que exponemos a continuación.

F. S., enferma de 19 años, soltera.

Antecedentes. — Menarquia a los 13 años tipo $\frac{4-5}{28-38}$

Ligeras molestias abdominales desde hace aproximadamente un año, que habían sido atribuidas a ptosis gástrica.

Enfermedad actual. — El 25-VI-1944 ingresa en el Servicio de Urgencia del Hospital Clínico y cuenta que hace 20 horas al llegar a su casa después de haber pasado toda la tarde bailando, presentó un dolor intensísimo, de aparición súbita, que se extiende de un modo difuso por la región infraumbilical. Náuseas, sin vómitos. Dice haber tenido fiebre. El dolor en las últimas horas se ha localizado en la fosa ilíaca derecha.

En el momento de su ingreso sigue el dolor, en la fosa ilíaca derecha, sin que haya tenido remisión, y que se exacerba al orinar, de tal modo que dificulta la micción. Cierre abdominal. Persisten las náuseas. A veces sobrevienen algunos movi-