

Revista Médica Salmantina

AGOSTO DE 1906.

SECCION DOCTRINAL

Algo sobre la investigación del bacilo de Koch en los esputos

por el Dr. Arturo NUÑEZ

I

Hemos analizado algunos millares de esputos con el fin de investigar en ellos la presencia del bacilo de R. Koch.

Nuestra larga práctica nos ha permitido observar algunos detalles curiosos que merecen consignarse.

En primer lugar, los métodos á la simple coloración deben ser desechados. Es mucho más difícil hacer que resalte el bacilo en rojo ó en azul, sobre fondo blanco, que sobre otro fondo coloreado.

En segundo lugar, este color de fondo debe ser en lo posible, complementario del que tiñe al bacilo; así es que para el rojo (color más usado) el fondo debe ser coloreado en verde, mejor que en azul.

Es necesario también no excederse en la decoloración que precede á la sobre coloración, pues nos exponemos á que se decolore el bacilo.

He aquí cómo nosotros acostumbramos á proceder:

Tómese el esputo sobre agua y en una cubeta negra, ó bien en un vaso de cristal, á cuya pared se ha pegado por fuera un papel negro que ocupa al menos un tercio de la periferia del vaso.

De este modo se vé muy bien el producto espectorado y se elige uno de los grumos profundos, de aspecto más sospechoso.

Estendido sobre un cobre-objetos y bien trabajado con las agujas, pásese otro cobre-objetos por encima y deslizando suavemente ambos cobre-objetos, se obtendrá una delgada película, Enseguida se pasan por la llama del alcohol, colocando siempre hacia arriba la capa manchada por el esputo.

Después, con una pipeta se depositan sobre el esputo desecado unas gotas de una solución compuesta de:

Rojo magenta	un gramo.
Alcohol de 90°.	diez gramos.
Acido féénico.	cinco gramos.
Agua destilada y filtrada. . .	cien gramos.

Esta fórmula, que es la propuesta por Ziehl Neelsen, debe obrar en caliente, pero sin llegar á hervir. Esto se consigue colocando los portas, con su cara teñida y cubierta por el líquido hacia arriba, y pasándolos á distancia de la llama de alcohol, hasta emitir vapores.

Toda la operación dura próximamente un cuarto de hora.

Después lavaremos á chorro fino, por medio de un frasco bitubulado, y para decolorar, sumergiremos un instante los cobre-objetos en un pocillo con alcohol ordinario. Cuando se advierte un color de rosa no debe pasarse adelante. Inmediatamente sumérjanse de nuevo en agua y deságüense á la lámpara.

Esta modificación nuestra, de usar como decolorante el alcohol, en lugar del ácido nítrico al cuarto, nos ha hecho encontrar bacilos en esputos en los cuales, no habían podido verse por el otro procedimiento.

Después, bastan dos minutos de teñido en una solución de verde malaquita en agua alcoholizada, para que resulte coloreada.

do el fondo en verde, mientras que los bacilos siguen teñidos en rojo.

Un aumento de mil diámetros basta para la investigación.

II.

Pero aún hay más. El verde malaquita, lo mismo que el azul de metileno, tiñen con más intensidad, todas las otras bacterias del esputo, que no resistieron á la decoloración por el alcohol. Así podremos observar todas estas bacterias teñidas con el colorante de fondo y solo el bacilo de R. Koch coloreado en rojo.

Las preparaciones se montan al bálsamo si han de conservarse, pero también pueden ser montadas á la glicerina y aun con una gota del líquido de inmersión (como resina de oliva y aceite de cedro) que es un magnífico aclarador

Siempre es preferible usar lente de inmersión homogénea, condensador y espejo plano. No obstante, con algunos apocromáticos y oculares de compensación, pueden observarse perfectamente los esputos así preparados.

En fin, no me cansaré de recomendar que se trabaje en lugar ventilado y se evite el respirar en torno del esputo cuando se está desecando. La más pequeña partícula, llevada por el aire á nuestro pulmón, puede ser vehículo de agentes infecciosos que pongan en peligro nuestra vida.

El mejor preservativo es una careta, especie de bozal de algodón hidrófilo, que tamice el aire que respiramos. Toda precaución es poca si tenemos en cuenta el grave peligro á que estamos sujetos en el momento en que desecamos un esputo.

III.

Con estas precauciones se obtienen preparaciones hermosísimas, pero no se crea tan fácil encontrar en ellas el agente patógeno de la tuberculosis.

Es necesario recorrer con atención. Hacer que nuestros ojos descansen para volver á empezar de nuevo; diafragmar de diversas maneras y permanecer en observación largo rato.

Y no se busque jamás el bacilo en la idea de encontrarlo solo. Las más variadas asociaciones microbianas se presentan al observador.

El pneumococo capsulado, el pneumo-bacilo, el estreptococo, el estafilococo, el bacilo de Pfeiffer, los tetrades y sarcinas son sumamente frecuentes.

Sobre todo el pneumococo capsulado aparece un 75 % de veces en el esputo tuberculoso.

Además, dada la difusibilidad del bacilo de R. Koch en todos los medios, la presencia de un bacilo en el esputo no autoriza á hacer un diagnóstico categórico y terminante. Es necesario que acompañen á varios bacilos de Koch alguna célula gigante, alguna célula epitelioides, algunas fibras elásticas. Todos estos elementos conjuntivos denotan la profundidad del proceso destructor y las defensas fagocitósicas despertadas en el organismo que se prepara á rechazar á tan temible y poderoso enemigo.

IV

En resumen: la presencia del bacilo de R. Koch es un dato afirmativo de la tuberculosis cuando se repite y se acompaña de elementos histológicos propios de la zona sarcomatosa del tubérculo.

Pero si podemos en estas condiciones afirmar la existencia de la tuberculosis, no podemos negarla cuando el bacilo no ha sido encontrado. Sucede muchas veces que el esputo sometido á nuestro análisis no procede de una región del pulmón ocupada por los bacilos, sino de regiones limítrofes. En ese caso el esputo no contiene bacilos, aún cuando el sujeto sea positivamente un tuberculoso.

Tal consideración nos obliga á recomendar que el análisis se repita con cortos intervalos de tiempo y obrando sobre esputos diferentes de un mismo sujeto. Solo en esta forma obtendremos los resultados apetecidos y podremos hacer un diagnóstico firme y seguro de la tuberculosis, tomando por base el análisis de los esputos.

Á LOS FUTUROS MÉDICOS

por el Dr. PINILLA.

Hay una crisis de las clases médicas tanto en Francia como en España.

Entre nuestros vecinos es tan aguda, que ha puesto en movimiento á todas las Corporaciones científicas y económicas, á la prensa profesional y política, y no tardando mucho, toda esta agitación se traducirá en alguna medida de gobierno: probablemente, no en cerrar las Universidades, ni en fijar previamente el número de médicos que han de salir de ellas—como ha propuesto mi amigo Royo Villanova—sino en aumentar á un año más el tiempo de asistencia á las clínicas.

Con motivo de estas discusiones han salido á luz datos curiosísimos. Así, por ejemplo, se observa entre los escolares médicos de Francia como entre los de España—aquí en grado menor—un centralismo marcado. La Facultad de Medicina de París cuenta con 3.500 alumnos; Lyon con 950; Montpellier con 500; Rennes con 171; Grenoble con 124; Dijon, 84; Poitiers, 59, y Caen con 34.

En España no es tan exagerada esta afición á los grandes centros, y no hay Facultad de Medicina que cuente tan exiguo número de escolares como las tres últimas indicadas en Francia.

Que esta aglomeración no se debe al amor al estudio con maestros eminentes, lo prueba el hecho de que en París no asisten á clase los matriculados.—Si asistieran, necesitarían un aula como la galería de máquinas.—No asisten sobre todo á los cursos teóri-

cos, que se dan en familia, y se aglomeran, dificultando la enseñanza, en los hospitales, clínicas y cursos prácticos.

Y aun así, es deficientísima esa misma enseñanza práctica. En efecto, los estudios médicos—excepción de los preparatorios—se hacen en Francia en cuatro años; pero solo es obligatoria la asistencia á los tres últimos cursos, de unos seis meses cada uno, y en esos diez y ocho meses es imposible atender á todas las clínicas médico-quirúrgicas; de donde resulta que se fijan en una especialidad, con riesgo del aprendizaje integral que debía hacerse primero, dejando para lo último lo especial, pues sabido es que solo un buen médico general puede llegar á ser un acabado especialista.

Otro dato curioso de la *enquete* francesa se refiere á la benignidad de los tribunales de examen. Parece que hay jueces «demasiado buenos» y que el aprobar las asignaturas en muchos sitios es solo cuestión de paciencia. Cuéntase, sin embargo, que habiéndole faltado esa virtud á cierto escolar que—como decía un abuelo mio—estudiaba quinto de primero, se lanzó á ejercer fiado en su *práctica* y sin el título correspondiente, vino á parar por *intruso* ante los tribunales. Su abogado, que no debía ser rana, se encaró con el tribunal y le dijo: «pido que se haga una información para depurar si durante el tiempo que mi defendido ejerció la profesión en X... aumentó allí la mortalidad.»

Esta *salida* del abogado Laboulaye es, en efecto, una gran defensa, no de los intrusos, sino del total régimen imperante en materia de enseñanza médica, y una gran defensa de los «jueces bondadosos», que proveen á quien lo pide en forma, del correspondiente título para *saignandi et taillandi impune per totam terram*, como diría Moliere.

Y que la producción de médicos es enorme, lo prueba en virtud de una ley económica, el hecho de que están malamente pagados.

Véase—por lo que respecta á Francia—estos datos del *Avenir Medical*:

«Las estadísticas—dice—revelan que actualmente en Francia el 40 por 100 solamente de médicos poseen un ingreso total igual ó superior á 8.000 francos: el 15 por 100 llegan á un ingreso de 3.500 francos; el 45 por 100 no realizan anualmente 2 000 francos de honorarios.

El número de estudiantes es evidentemente desproporcionado al de colocaciones; siendo la cifra media de mortalidad médica anual el 26 por

100, constituye por defunción 550 colocaciones aproximadamente cada año.

Por otra parte, se puede estimar en 150 colocaciones el número de las que quedan por cesación de ejercicio, ó sea un total de 700 vacantes por año como máximo; ahora bien, siendo la cifra anual de los médicos salidos de la Facultad de Medicina unos 1.200, resulta que todos los años hay una sobreproducción de 500 médicos; 500 desgraciados destinados á aumentar el número ya considerable de los que vegetan, de los que sufren, de los que lamentan vivamente haber sacrificado una fortuna y una juventud en una labor penosa y estéril».

En España ocurre otro tanto, aunque no tengamos esas curiosas estadísticas que nos revela el *Avenir Medical*.

Hemos producido muchos médicos, así como muchos abogados, y así ha ocurrido que, primero, cuentan con facultativo, pueblos pequeños que podrían agruparse con otros para dotar bien una plaza y estar bien servidos, y segundo, que ha estallado una guerra de competencia entre los mismos compañeros, y á lo mejor se ve en un pueblo de seis mil almas cuatro médicos, y en aldeas de cien vecinos un par de doctores.

Como decía con cierta gracia un redactor de un periódico médico, hace poco tiempo, á la clase médica rural, solo le queda un porvenir seguro: casarse con la señorita más rica de las cercanías.

Para evitar esta crisis, que engendra graves conflictos profesionales, no puede aceptarse el remedio de que el gobierno fije el número de Licenciados que han de salir de las Escuelas. Quizás se quedarían los jóvenes de más talento y aptitudes entre los que no se les permitía avanzar.. La tasa está condenada por la historia. El proteccionismo no es aplicable al trabajo intelectual que quiere un régimen de libre plática, sin cuarentenas de ningún género.

Pero en cambio deben acabarse los «buenos jueces», los «amables profesores», que buscan no hacerse antipáticos de los alumnos, prodigando los sobresalientes y los aprobados, ó que por motivos ajenos á la cultura patria—que es el supremo interés—transigen demasiado, como si aspirasen á conseguir el éxito de cartel que anuncian muchos propietarios de Colegios: ¡120 alumnos, 120 aprobados!

Lejos de nuestro ánimo el trinar una vez más á favor del aumento de industriales y la disminución de doctores. No; bien ven-

gan los doctores si quieren serlo y tienen aptitudes para ello, mas á condición de que lo sean de veras, no en el título. La vida hace luego la selección. Será más dolorosa, pero el aprender es doloroso siempre.

Hay quien ha pensado también dirigirse á los escolares en los Institutos, y por medio de conferencias ó de impresos, poner ante sus sentidos el cuadro de tristezas que les espera si son médicos... Error funesto igualmente. A nadie debe desanimársele cuando tiene una determinada aptitud ó afición siquiera.

Y si se piensa que los jóvenes en los Institutos, aún no tienen aptitud ni afición determinada, peor será el predicarles en contra de una que solo se acentúa bien en los comienzos de la carrera misma, que es cuando más rigor deben tener las pruebas de esa aptitud.

En interés por lo tanto de la cultura pátria, y de todos los médicos, yo solo veo un remedio al malestar de que se habla: enseñar bien, y suspender mucho y bien.

Clinica de Patologia General

Un caso de Meningitis tuberculosa y Tumor encefálico
por Enrique Rocándio Martín.

Alumno de 4.º año

Anamnesia.—Desde el día 15 de Febrero del corriente año, ocupa la cama número 4 de la sala del Niño Jesús del Hospicio de Salamanca, S. R. de seis años de edad, natural de Ciudad-Rodrigo, con habitual residencia en la referida casa de Misericordia, de temperamento linfático, débil constitución é idiosincracia cerebral.

Dado el sitio en que se hace la observación, la edad del pequeño enfermo y ser hijo de padres desconocidos, hace no pueden recogerse antecedentes de herencia patológica, así como tampoco las individuales en virtud de la enfermedad actual.

De esta hemos podido obtener los siguientes datos: que abrieron la escena hace un año próximamente, frecuentes cefalalgias,

acompañadas de vómitos, unas veces alimenticios y otras de líquido blanco, espumoso é inodoro; á dichos vómitos seguían ataques convulsivos de carácter tónico con pérdida del conocimiento, ocasionando al despertar, sensación de cansancio; que existía escitabilidad de las vías sensoriales, siendo intolerable la luz, produciéndole sensación dolorosa los ruidos, originando la asociación de estas excitaciones á la cefalalgia, un grito de tonalidad aguda y rápido (grito hidrocefálico); esta hiperescitabilidad ha disminuído notablemente en el momento de nuestra observación.

Estado actual.—Hábito exterior. A este enfermo que encontramos en el lecho, adoptando el decúbito supino, le es indiferente adoptar otro cualquiera y hasta abandonarle algunos días, aunque por breve rato. Volumen del cuerpo menor del normal, cabeza grande y de forma dolicocefala, cubierta en abundancia de pelo, el pelo que se prolonga á lo largo del raquíis, cuerpo en general muy veloso: pálido del semblante, frente estrecha, cejas muy pobladas, pestañas largas, ojos casi inmóviles y sin expresión, dilatación pupilar, puede apreciarse con claridad la línea oculozigomática, (indicio de afección cerebral) dientes en forma de sierra (diente de Hutchinson), torax mas ancho en la base que en el vértice, abdómen bastante abultado y desnutrición general en lo restante del cuerpo.

Sensibilidad general.—Desarrollo muy escaso de la inteligencia acompañado de *dislalia*, *amnesia* y *narcolepsia*.

Sensibilidad especial.—Dolor gravativo y en ocasiones exagerado en todo el cráneo, especialmente en las regiones frontal y occipital, dolor que aumentaba en las noches, disminución en el sentido de la vista, sin llegar á la *amaurosis*, la pupila no reacciona á la luz, dureza de oído, abolición del reflejo rotuliano, no así del faringeo que es normal, la progresión difícil é insegura.

Aparato digestivo.—Lengua saburrosa y encendida en los bordes, *anorexia* y *polidipsia*, vómitos frecuentes y del carácter ya expuestos, deposiciones normales, pero existe parexia del esfínter, que origina la defecación involuntaria; abdomen abultado según se ha dicho, apreciándose claramente fluctuación, así como exagerada macidez en ambos hipocondrios.

Aparato circulatorio.—El corazón late debilmente, sin que revele la auscultación soplos patológicos; pulso pequeño has-

ta el punto de que en ocasiones se hace casi inapreciable, dando 125 pulsaciones por minuto.

Aparato respiratorio.—Respiración frecuente é intermitente (tipo de Cheyne-Stokes), tos frecuente en las noches, acompañada de escasa espectoración, cuyos caracteres no han podido comprobarse por la dificultad que existe en los enfermitos de ser recogida: por la percusión pudimos observar macidez en las regiones subclaviculares y supraespinosas, especialmente en el lado izquierdo y en el derecho y en la parte inferior del torax, exageración de la resonancia; en este punto por la auscultación se observó estertores de gruesas burbujas, lo mismo que en la región subclavicular izquierda; la auscultación de la voz dió por resultado la *pecto-riloquia*.

Sistema linfático.—Infartos ganglionares de la región submaxilar especialmente del lado derecho, existiendo aunque no tan pronunciados en las regiones inguinal y occipital.

Aparato genital —Testículos sin descender al escroto, notándose su presencia un poco por debajo del orificio inguinal exterior, ó interno.

Secreciones.—Orina normal, muchas veces micciones involuntarias, originadas por parexia del esfínter de la vejiga; sudores fríos generales y muy abundantes en las mañanas

Colorificación.—Término medio en la axila 38° y alguna décima con aumento vespertino, extremidades frías con relación á la temperatura del tronco.

Diagnóstico

Las lesiones generalizadas que este enfermito presenta desde el primer momento, nos hacen sospechar sufre una afección del sistema nervioso central: sintetizando los síntomas expuestos, la cefalalgia occipital, midriasis, anosmia, dureza de oído, vacilación en la progresión, desaparición de unos reflejos con persistencia de otros y las convulsiones, son fenómenos que nos indican un tumor encefálico; la cefalalgia frontal, grito hidrocefálico (días antes de nuestra observación), desórdenes intelectuales, fiebre, dificultad del lenguaje, vómitos y midriasis, etc., nos manifiestan una meningitis tuberculosa entre el periodo de excitación y depresión: el carácter de tuberculosa nos lo vienen á corroborar los

síntomas observados en el aparato respiratorio (algunos fímicos) y las manifestaciones que suministran el aparato digestivo y sistema linfático; ahora bien, para completar el primer diagnóstico, ó sea el de tumor encefálico, nos falta determinar dos puntos, localización y naturaleza; el cuadro sintomatológico expuesto nos ofrece las mayores probabilidades en favor de que su asiento sea el cerebro y tuberculosa su naturaleza.

Diagnóstico diferencial.—El curso de la enfermedad y los caracteres del ataque convulsivo, nos permite diferenciarlos de la Eclampsia y Epilepsia; de la Hipertrofia del cerebro las diferencia, la figura particular del cráneo que en esta última afección se presenta, con la poca energía de los músculos del cuello para sostener bien la cabeza; con la Hidrocefalia, aparte de ser exagerado el volúmen de la cabeza en esta enfermedad, el adelgazamiento y separación de los huesos y la persistencia de las fontanelas que en ocasiones se hacen prominentes, no nos deja lugar á duda de la afección de que se trata.

Pronóstico.—Este es mortal, pues cualquiera de las dos afecciones había de originar un desenlace funesto, agravándolo más si posible fuera, las deplorables condiciones higiénicas en que vive el enfermito.

Etiología.—La edad, herencia ó mejor dicho el origen del enfermo y las malas condiciones de la localidad en que ha habitado, justifican el desarrollo de las lesiones encefálicas descritas.

Tratamiento.—Como á nuestro juicio el tratamiento racional para los tumores encefálicos que no sean de origen sífilítico, sea el quirúrgico, sometiendo en este caso al enfermo, una vez ciertos de la localización, á operación cruenta y de muy dudoso éxito, solo á la ligera trataré esta parte, la más importante en nuestro concepto de la historia. El único tratamiento que nos ofrecería probabilidades de éxito en ambas afecciones, que conceptuamos de común origen, es el profiláctico y en esto toma parte importante una cuestión social (*Megalo-antropogénesis*) que hoy por hoy, el que escribe esta humilde historia clínica, no se encuentra con aptitudes para tratar Lactancia prolongada y en las mejores condiciones posibles, buena alimentación y en armonía con la potencia digestiva, mucho oxígeno, mucho sol y excelente habitación, en una palabra, medios que nos conduzcan á vigorizar la constitución, son los únicos que evitarían el triste cuadro sindró-

mico expuesto y los que constituyen el ideal de la medicina actual; sin embargo, previo el tratamiento Higiénico bien dirigido y enemigos de la estoica contemplación de un proceso patológico, juzgamos indicados en casos de ésta índole, entre la multitud de medios aconsejados por la ciencia y que á nada práctico conduciría enumerar, constancia en el uso de los preparados de fosfato de cal. Como tratamiento sintomático, bebidas frías á cortas dosis, trocitos de hielo, á fin de calmar el vómito y aplicaciones frías sobre la cabeza; disminuir el derrame meníngeo por la punción lumbar y cauterización con el termo, como revulsivo en las paredes torácicas.

La enfermedad terminó por la muerte, en medio de una fuerte convulsión precedida de un vómito enérgico (dato suministrado por el enfermero de la sala.)

Autopsia clínica.—El cadáver tenía algo de rigidéz, la cara contraída, las facciones dirigidas hacia la línea media, la boca entreabierta. habiendo entre los labios, una espuma blanquecina (resto del último vómito), en el abdomen se notaba una mancha verdosa, cuyo centro estaba en la fosa iliaca derecha, las extremidades inferiores algo edematosas.

Después de examinado el cadáver en conjunto, se practicó la autopsia, en presencia del ilustrado catedrático doctor Periañez y compañeros del tercer grupo, la que reveló, hiperemia de las meninges y sembrados particularmente en la base de multitud de granulaciones grisáceas, derrame abundante de céfalo raquídeo y en el hemisferio cerebeloso derecho la presencia de un tumor duro, de color grisáceo, de las dimensiones de un huevo de gallina, rodeado de numerosos granulitos pequeños, parecidos á los granos de arroz; el exámen microscópico dió por resultado, la estructura propia del tubérculo.

En la cavidad torácica, adherencias pleurales, cavernas y tubérculos en el pulmón derecho, con éstas últimas lesiones en el izquierdo, más acentuados los procesos patológicos en sus vértices. En la cavidad abdominal, hígado y bazo hipertrofiados y de color rojo vinoso intenso y con abundante salida de líquido claro al practicar la abertura de dicha cavidad.

Reflexiones

Sugiere las siguientes esta historia clínica:

Patogenia de los síntomas del tumor. Este obra de dos modos: primero como cuerpo extraño y segundo como proceso destructivo de una región cerebelosa: en el primer caso alojado en cavidad inestensible cuál es el cráneo, necesariamente ha de producir compresiones en los órganos inmediatos al punto de su situación, y como el más próximo es el bulbo, ésta compresión ha de traducirla en dificultad de sus funciones, y siendo las principales la dirección de la respiración y circulación y pasando por dicho órgano las fibras voluntarias de la motilidad que vienen del cerebro, desde luego encontraremos trastornos en todas estas funciones; en efecto, los desórdenes circulatorios, la arritmia y frecuencia de la respiración y la vacilación en la progresión, son fenómenos que podemos explicarlos claramente; comprimida la parte posterior del cerebro y en el sitio que ocupan los tubérculos cuadrigéminos, esencialmente relacionados tanto los anteriores como los posteriores con la visión y audición, no podría ser menos que dichas funciones sufrieran las perturbaciones consignadas.

Como proceso destructivo del cerebro.—Estando poco determinadas las funciones de este órgano, es más difícil poder dar explicación satisfactoria; no obstante sabemos que una parte de los haces medulares (cerebeloso directo) y otras fibras procedentes del bulbo, de las olivas y de los cuerpos paraolivares, van al cerebelo por los pedúnculos cerebelosos inferiores; por otra parte le unen al cerebro los pedúnculos cerebelosos superiores por fibras mixtas (sensitivas y motoras), y en esta forma es uno de los sitios por donde se puede establecer un arco reflejo; fundándonos en lo expuesto y teniendo en cuenta la integridad de la médula y el hemisferio cerebeloso opuesto, es lógico que unos reflejos persistan, (aquellos cuyo arco no pasa por el sitio afecto), otros estarán abolidos, (cuando se interrumpa el arco) y otros disminuidos, (cuando tengan otro arco supletorio); en otras ocasiones y estando interrumpido el arco y sana la célula central misma, ésta por sus conexiones con las de otros tramos, producirá reflejos anormales. De todo tenemos ejemplo en nuestro enfermito; persistentes (faringeo) abolidos (rotuliano) y desviados (vómitos), éste último también puede ser producido por la compresión del bulbo, pues el centro vomitivo se encuentra en el suelo del cuarto ventrículo.

Patogenia de los síntomas de la meningitis.

A semejanza del tumor obra por dos procedimientos; originando un exudado que comprime el cerebro y produciendo toxinas que provocan reacciones generales. Obra en el primer sentido sobre los nervios ópticos, su quiasma y cintillas, produciendo midriasis ó miosis (en este caso midriasis), comprimiendo la tercera circunvolución frontal izquierda ó de Broca, dando lugar á la alália, perturbando por último las funciones psíquicas. La producción de toxinas origina fenómenos de defensa orgánica, principalmente la fiebre y por excitación sobre el bulbo los vómitos.

¿Porqué no diagnosticamos á este enfermo solamente de tuberculosis pulmonar? Sencillo es á nuestro juicio contestar á esta pregunta; difícil sería que nos diéramos cuenta de los trastornos reflejos, visuales y auditivos, etc., no siendo por diagnóstico hecho; sin negar la existencia de la profunda alteración pulmonar, pero teniendo la meningitis tuberculosa, largo periodo de incubación, mas el tiempo de enfermedad declarada, es el suficiente para que el bacilo Koch, invadiendo los pulmones, origine las lesiones encontradas en el cadáver.

Salamanca—Mayo—de 1906.

DECALOGO DE LAS MADRES

*Dedicado á una madre inminente:
Doña E. N. de E.*

- I.—Cría á tu hijo: si tienes voluntad y fuerza, un año. Si tienes solo fuerza de voluntad, seis meses ó tres; ayúdate con el biberón y él te ayudará.
- II.—“Quien quiera ver á su hijo gordito...”, dele un baño templado todos los días.
- III.—Pesando al niño amenudo, regulando sus horas de mamar, midiendo cómo crece su cabeza menos que su vientre, pasará en paz tu vida de nodriza.

- IV.—Solo conociendo cuando llora el niño por hambre, por sed, por dolor ó por mímico, tendrás derecho á ser consejera del médico, aunque no á *mediquear* por tu cuenta.
- V.—Hace daño al mamoncillo el ruido fuerte, la luz viva, los olores íntensos. Verdad es que tampoco aprovechan á la nodriza.
- VI.—No consientas costras en la cabeza ní en parte alguna, ní te fíes de que los dientes sean causa oculta de los males de tu hijo, pues frecuentemente solo ocultan la ignorancia del médico.
- VII.—Tantos perjuicios vienen de que el niño mame poco como de que mame con exceso: en el primer caso llora mucho y duerme poco; en el segundo llora y vomita con abundancia.
- VIII.—Las papillas no deben darse antes de los seis meses, ní con caldo fuerte. Jamás con vino.
- IX.—No aprovecha al niño la leche de oveja ní de cabra ní de burra, ní la leche condensada. La de vacas—y no la de una sola—debe hervirse como el agua con que se mezcle, añadiéndole algo de crema.
- X.—Ten por seguro que la mayor parte de los males del niño vienen de sobras de suciedad y faltas de paciencia.

DR. PINILLA.

Recetario

CONTRA LA TIÑA

Formaldehido 4 gramos.
 Glicerina. 100 —

M.

Aplíquese después de limpiar las placas con jabón y luego con éter.

CONTRA LAS OFTALMIAS

Clorato de potasa. 5 gramos.

Agua destilada. 100 —

M.

Para instilaciones y lavados.

CONTRA LA LITIASIS BILIAR

1.º Tomar todas las mañanas en ayunas dos cucharadas grandes de aceite de olivas.

2.º Tomar por la noche antes de acostarse una de estas píldoras:

Dpe.

Acido salicílico	}	aa 0'10 centígr.
Oleato ácido de sosa			
Fenolptaleina			0'05 —
Mentol			0'15 —

M.

H. s. a. como ésta 20 píldoras iguales.

CONTRA LOS SABAÑONES

Tintura de benjui	}	aa 20 gramos.
Glicerina			
Agua de colonia			

M.

Friccionar los sabañones al acostarse; envolverlos en nata y lavarlos por la mañana con agua fría.

(De *Le Progres Medical.*)

Revista de revistas

Sobre la penetración de los polvos minerales y de las grasas á través de las paredes del tubo digestivo, por los señores P. Vausteenberghe y P. Sanneville, del Instituto Pasteur de Lila.

Los experimentos recientes de Calmette y Guerin, así co-

mo los de Valleé, han demostrado que la tuberculosis pulmonar es casi siempre de origen intestinal y que los bacilos de Koch, mezclados á los alimentos, pasan rápidamente al pulmón de los animales.

Del mismo modo los autores de este trabajo han demostrado que, las pequeñas partículas de carbón se comportan como los bacilos tuberculosos, es decir, que la ingestión de negro de humo finamente dividido, produce la antracosis pulmonar, con más seguridad que la inhalación del polvillo de carbón.

Estas dos series de experimentos, pueban que el intestino no solo es capaz de absorber las sustancias disueltas, sino que su pared puede dejarse atravesar por partículas sólidas muy ténues, sin que persista una erosión ó esté inflamada la mucosa. En efecto, si el bacilo tuberculoso puede causar á la larga lesión de la pared, la adición á los alimentos de carbón en polvo impalpable, sin mezcla de ningún otro compuesto químico irritante, no produce ninguna reacción de la mucosa intestinal.

La absorción de materias insolubles parece ser pues, un proceso normal.

He aquí algunos detalles sobre los experimentos que lo prueban.

Absorción de sustancias insolubles.—Empleando el bermellón ó la tinta china, cuerpos ambos inatacables por los líquidos orgánicos, se advierte que en el intestino de un cadáver no atraviesan sus paredes. En cambio haciendo ingerir á conejillos unos c.c. de una emulsión de bermellón ó negro de humo é introduciéndola por medio de una sonda en el estómago, ó lo que es mejor, haciendo que sea deglutida, se hallan partículas de tinta china en el pulmón á las pocas horas. Y lo mismo se observa empleando e. bermellón.

Cómo se efectúa esta absorción?

En el cobayo, después de media hora de ingerida la sustancia colorante se vé retenida en el esófago, pegada á su pared, y una mínima cantidad en el estómago.

De una á dos horas después de la ingestión, los granos insolubles, llegan al intestino delgado y el examen de los cortes de esta mucosa, permite observar abundantes granos insolubles en camino de atravesar las paredes intestinales. La mayor parte de

las granulaciones se ven detenidas por la capa epitelial, pero de trecho en trecho algunas granulaciones se insinúan entre las estrias de esta capa y penetran entre las células.

Nunca hemos encontrado (dicen los autores) partículas sólidas en el protoplasma de las células intestinales.

En las fibras más profundas de la pared, se ven casi todas las granulaciones incluídas en los leucocitos que las trasportan hacia el quilífero central; las granulaciones más pequeñas son las que pasan de este modo, presentándose bajo forma de clavos ó pañillos de tambor en las estrias intercelulares.

En el vaso quilífero central, las granulaciones son *fagocitadas* casi inmediatamente.

Absorción de las materias grasas.—Las grasas ¿pueden pasar en sustancia cuando han sido preliminarmente emulsionadas ó en estado de granulaciones muy finas, ó son por decirlo así, fagocitadas por el epitelio intestinal, ó bien como piensa Pflüger, completamente desdobladas en ácidos grasos y glicerina mediante el jugo pancreático y después absorbidas bajo forma de jabones alcalinos, solubles ó bajo la forma de ácidos grasos libres, mediante la solubilidad de estos ácidos en la bilis? No se sabe con certidumbre, aunque sea esta última, la teoría más en boga. Jamás en efecto se ha visto emitir á las células epiteliales prolongaciones pseudopódicas y los experimentos hechos hasta hoy, parecían probar la no absorción de las materias insolubles al nivel del intestino.

Sin embargo, hace algún tiempo, Hofbauer se esforzó en destruir la teoría precedente, demostrando que si se tiñe la manteca con rojo de Alkana, colorante específico de las materias grasas y se le hace ingerir á los animales, los quilíferos presentan algunas horas después de la ingestión un ligero tinte, de donde dedujo que los glóbulos de grasa azulados por la tintura pasaban íntegros á través del intestino. Pero Pflüger replicó á esto, que si el rojo de Alkana es insoluble en el agua, no lo es en el líquido intestinal.

Para evitar estas objeciones los autores del trabajo que extractamos, han empleado grasas emulsionadas y coloreadas en negro por el ac. ósmico. Para esto se toma, bien leche, bien aceite mezclada con una disolución débil de carbonato sódico; y se añade luego algunos cc. de una solución de ácido ósmico al 2^o%, aban-

donando la mezcla durante algún tiempo á la luz, para que se vuelva negra. Examinada al microscópio, se ve esta emulsión formada de glóbulos grasos más ó menos teñidos, pero siempre fáciles de distinguir de los glóbulos de grasa natural. Esta grasa ósmica conserva todas sus propiedades primitivas: se disuelve en el xilol y se saponifica por el jugo pancreático. El precipitado de osmio como insoluble que es en el agua y líquido intestinal, no podría estar libre sino mediante la saponificación de la materia grasa, y puesto en libertad sería capáz de fijarse de nuevo sobre la grasa neutra.

Ahora bien, si se hace absorber á los cobayos unos diez c. c. de esta grasa y se los sacrifica seis horas después, se ve que presentan en el pulmón la antracosis típica, debida al depósito de osmio reducido, absorbido en el intestino. Hay que admitir pues, que la grasa ósmica saponificada en el intestino, haya sido absorbida bajo la forma de jabones ó ácidos grasos y que el precipitado, muy fino de osmio, puesto en libertad, por la descomposición de la grasa, ha ido á fijarse en el pulmón de igual modo que las partículas carbonosas.

Tratamiento de las supuraciones agudas ó crónicas por el ácido fénico asociado al alcanfor.

Los buenos resultados que el Dr. Chlumsky ha obtenido en el tratamiento de las heridas infectadas y de las afecciones sépticas mediante el empleo del ácido fénico asociado al alcanfor, han decidido al Dr. C. Ehrlich (médico militar alemán) á experimentar á su vez esta medicación. Los ensayos que nuestro colega ha hecho con este fin, durante el último trimestre del año 1905 en el hospital militar de Wesel, han sido en 96 casos de panadizos, flemones, úlceras de las piernas, fisuras del ano, furúnculos, erisipelas, fístulas tuberculosas y heridas infectadas de toda clase.

Comparando los resultados obtenidos con esta manera de proceder y los que han dado los métodos usuales durante el último trimestre de los dos años precedentes, el Dr. Ehrlich ha podido convencerse de que las aplicaciones de ácido fénico alcanforado son muy superiores á los demás medios de curación, sobre todo cuando se trata de supuraciones agudas. De este modo, la curación de los panadizos que, con los procedimientos habitua-

les, necesitaba por término medio diez y ocho ó diez y nueve días, bajo la influencia de la mezcla en cuestión se curaban en seis días, término medio; para los flemones, la duración media del tratamiento descendió de ocho á cuatro días, etc.

El líquido que emplea nuestro colega se compone de 30 gramos de ácido fénico puro, 10 gramos de alcohol y 60 de alcanfor en polvo; esta mezcla apenas difiere de la del Dr. Chlumsky si se exceptúa la adición de 10 % de alcohol, porque la cantidad de ácido fénico viene á ser la misma en ambas fórmulas (respectivamente 30 y 33, 3 por 100). El Dr. Ehrlich ha observado que, aplicada en forma de curas húmedas, este tópico es particularmente eficaz cuando no se emplea tela impermeable. Como, en estas condiciones, se produce una fuerte evaporación con irritación consecutiva de la piel, nuestro colega dice que, dejando aparte el poder desinfectante del ácido fénico, el medio en cuestión obra sobre todo á modo del procedimiento de Bier, provocando una hiperemia artificial.

La blenorragia que mata.

En una reciente lección, publicada en la *Revue Internationale de Médecine et Chirurgie*, el Dr. Julien, cirujano de Saint-Lazare, ha demostrado que era tiempo de enseñar, no solamente á los médicos, sino, sobre todo, al número inmenso de los que diariamente se exponen de un modo más ó menos consciente á la infección gonocócica, que la blenorragia puede ser una enfermedad fatal.

Si en los casos de muerte observados, debe culparse más bien al estreptococo y al estafilococo, el gonococo es siempre el *primum movens* de una serie de desórdenes de desenlace tardío.

La propagación de la infección en el peritoneo es muy frecuente en la mujer; se observa también en el hombre, á consecuencia de una orquitis, por ejemplo, con la condición, sin embargo, de que exista persistencia del conducto vagino-peritoneal ó ectopia testicular, anomalías que establecen entre el testículo y el peritoneo, conexiones más íntimas que en estado normal. Una peritonitis mortal puede ser consecutiva á la ruptura de un absceso prostático en el tegido celular subperitoneal. Esta supuración prostática puede ocasionar la muerte sin que haya peritonitis; sen-

cillamente por tromboflebitis de las venas del plexo prostático con embolia consecutiva.

En la mujer, la peritonitis de origen blenorragico es frecuentemente mortal y en todos los casos constituye, en el pronóstico de la blenorragia, un factor de terrible gravedad.

El sistema nervioso no está al abrigo de los ataques de la blenorragia, que, por ser raros, no son menos graves.

Varias veces se han observado mielitis difusas dorso lumbares; Ricord y Pidoux han señalado accidentes parapléjicos; Bonnet insiste sobre las complicaciones cerebrales del reumatismo blenorragico. Bicaldoni y Lamas han visto aparecer en un blenorragico una parálisis ascendente de Landry, de marcha aguda fatal.

En 1893, Leydet observó una mielitis blenorragica mortal. En un caso de Bonnet sobrevinieron artropatías y manifestaciones especiales que terminaron con la muerte.

No está menos señalada la terminación mortal en alguna de las raras observaciones conocidas de meningitis blenorragica.

Debe mencionarse también la oftalmia purulenta, que si no compromete generalmente la vida del enfermo, le condena á una espantosa muerte moral, por la ceguera que ocasiona casi siempre.

La infección blenorragica no está siempre localizada; puede, por esto mismo, llegar á ser una enfermedad general, con posibilidad de terminación mortal por septicemia. Minghopoulo, en su tesis, ha agrupado un gran número de hechos de esta naturaleza, y clasificado los diversos procesos por los cuales la blenorragia puede ocasionar la muerte.

En la septicemia blenorragica, los microbios llevados por la circulación, pueden, fijándose en ciertos tejidos, dar lugar á modalidades clínicas variadas y la endocarditis blenorragica está hoy admitida.

Martin, en 1882, ha visto morir á un blenorragico atacado de endopericarditis, de pleuro-pneumonía, de prostatitis, de cistitis, de vesiculitis, etc., etc.

En 1893, un sastre, de veintidós años, cuidado por Heyden, presenta sucesivamente de Abril á Junio una epididimitis, una ar-

tritis de la rodilla, síntomas generales graves, y muere. En la autopsia se encuentran las válvulas aórticas destruidas.

El mismo año, en un enfermo de Goltz, de veintiocho años de edad, que muere á consecuencia de una artritis blenorragica complicada con endocarditis, se encontró el gonococo en la válvulas.

Vinterberg, en 1894, relató un caso de blenorragia con artropatías, endocarditis ulcerosas y muerte.

Michaelis, en 1896, encuentra igualmente ulceraciones de las válvulas aórticas acompañadas de vegetaciones, verdaderas verrugas valvulares.

Keller, también en 1896, vió morir á un blenorragico á consecuencia de artritis, de endocarditis, de pericarditis; el endocardio estaba aún verrugoso, las válvulas pulmonares ulceradas; se encuentra el estreptococo.

También el mismo año, Thayer y Blumer, en el John Hopkins Hospital, tienen igualmente un caso de muerte en un blenorragico de treinta y cuatro años; el endocardio presentaba grandes ulceraciones.

Después, la estadística no ha cesado de enriquecerse cada año con nuevas observaciones.

En 1897, Leenhartz encuentra en una mujer de diez y nueve años una especie de crestas en las válvulas; Renon observa también una endocarditis vegetativa; Siegherm pierde un enfermo en catorce días, de endocarditis ulcerosa blenorragica; Douber y Boret, en otro caso de endocarditis ulcerosa de un blenorragico, no encuentran gonococos, sino estreptococos. Citemos, para terminar, el interesantísimo caso de Finger, Gon y Schlagendhauser, que hacen una inoculación positiva en la uretra de un moribundo con gonococos que procedían del corazón de un hombre de diez y nueve años, muerto de endocarditis vulvar aórtica.

En 1898, Rundu y Hallé ven morir, á su vez á un blenorragico, después de haber presentado fenómenos generales graves; en la autopsia se observó endocarditis ulcerosa.

En 1901, señalamos la observación de Vassermann, en que la muerte sobreviene en algunas horas, siempre por endocarditis, y otros dos casos análogos de un anónimo.

En 1902 en un enfermo de Neisser, termina una blenorragia por la muerte en dos semanas; se encuentran infartos en el bazo.

En 1904, un enfermo de Krause muere de endopericarditis, acompañada de pleuro-pneumonía.

M. Julien no ha observado nunca personalmente endocarditis mortal en blenorragicos; pero con su interno Sibut ha publicado el caso de una mujer que entró en su clínica con el corazón perfectamente sano, y que salió de ella con un ruido de soplo extraordinariamente intenso; dicho de otro modo, esta enferma estaba atacada de endocarditis grave, á la que fatalmente debía sucumbir en un plazo más ó menos largo.

En resumen: Las localizaciones cardiacas de la blenorragia, aunque raras, no constituyen hoy curiosidades patológicas; su existencia puede afirmarse rotundamente, y constituyen un elemento de gravedad que no puede despreciarse en el pronóstico de esta enfermedad.

Enterocolitis infantil de forma colapsante.—Dr. Rubio Amoedo

En la *Clínica y Laboratorio*, de Zaragoza, publica el Doctor Sánchez de Fuentes un caso clínico referente á un niño de veintún meses de edad, sano, cuyos padres gozan de perfecta salud, que sufrió un catarro intestinal, propio del verano, por trastornos digestivos. A los diez días de iniciado dicho catarro, que no se consiguió modificar, aumentaron las deposiciones, desarrollándose la enterocolitis, decayeron sus fuerzas y la criatura entró en un estado depresivo muy marcado, pulso frecuente, débil, cara descajada, llegando un momento en que acentuándose los síntomas de depresión, tuvo lugar el colapso cardiaco.

En esta situación fué llamado el Dr. Rubio Amodeo, quien al hacerse cargo del enfermo, le diagnosticó de enterocolitis intensa, con síntomas de depresión bulbar que agravaba el pronóstico.

En pocos días se acentuó el enflaquecimiento, el vientre estaba deprimido; sus paredes secas, como marchitas, revelaban las enormes pérdidas líquidas sufridas.

Diarreas verdes (verde de serpentina), poco abundantes en cantidad, pero muy frecuentes y repetidas, llegando á 16, 19 y 24 en las veinticuatro horas, precedidas de espasmos dolorosos, que obligaban al enfermito á adoptar el decúbito prono, rechina-

miento de dientes y cara de gran angustia. Un sudor abundante y frío invadía todo su cuerpo, cuya temperatura oscilaba entre $35^{\circ},8$ y 36° y su pulso pequeño entre 130 y 155 pulsaciones por minuto. Los ojos, que aun por la noche permanecían abiertos, estaban hundidos, desprovistos de brillantez, faltos de fijeza, indiferentes á todo. Los colapsos se repetían hasta cinco veces durante la enfermedad, apareciendo siempre después de ocho ó nueve deposiciones, llegando hasta hacerse imperceptibles los latidos cardiacos en ambas radiales. A los veinte días, después de un estreñimiento súbito, acompañado de vómitos é hiperestesia abdominal, facies más alteradas y angustiosas que nunca, se desvaneció rápidamente dicho cuadro complicatorio, volviendo las diarreas, se avivó el rostro y desde aquél momento comenzó á mejorar, llegando á su completa curación.

Se hizo la hipodermoclisis, de suero de Hayem, asociado á la cafeína en cantidad de 100 á 200 gramos, cada cuatro horas ó antes, si el estado del pulso, la calorificación, etc., lo exigían.

En pleno colapso, al inyectar el suero, aquél pulso imperceptible comenzaba á levantarse, haciéndose lleno, desenvuelto, vigoroso, siendo este caso un modelo bastante expresivo de cuanto es posible esperar, en casos análogos, de dichas inyecciones de suero artificial. La vía hipodérmica es, á no dudarlo, en Pediatría, un procedimiento valiosísimo, dadas las condiciones de muchos enfermitos y la necesidad de actuar rápidamente.

Para curar el proceso gastro intestinal, responsable de todo, se procuró combatir el estado séptico existente y evitar las diarreas empleando, al efecto como astringente, el tanígeno, que no modificó lo más mínimo las diarreas, siendo substituído por el orfol, que, con sus propiedades anexosmóticas de una parte y antisépticas de otra, modificó pronto, en unión de enemas laudanizados, aquél peristaltismo tan enorme, así como la toxemia intestinal.

La dietética se redujo á leche helada, en cantidad de una cucharadita de café, que se fué aumentando progresivamente, por insuficiencia gástrica, cada media hora. También se asoció el láudano á las cucharaditas de orfol.

Para combatir los fenómenos peritoneales se procedió, según costumbre, con aplicaciones frías sobre el vientre, paños mojados con agua helada, con observación del pulso, para evitar los efectos de depresión del frío.

La sangría como tratamiento en la epilepsia del niño.—Doctor Ghislain-Houzel. («Journal de Méd.» de París).

El primer caso se refiere á una niña, para quien la sangría fué de 400 gramos; esta niña era epiléptica y hermana de epiléptico; la epilepsia con ataques subintrantes cesó progresivamente, para desaparecer por completo seis días después; fué de 300 gramos en el segundo enfermo, niño de 14 años, epiléptico declarado; la tensión arterial, muy elevada durante el ataque, decayó inmediatamente después de la sangría; las crisis se espaciaron, para ceder casi completamente cuatro días después de la intervención.

Estos dos casos me habían interesado mucho, sobre todo á causa del tratamiento, en el que forcé la mano la primera vez, pero que comprobé la segunda.

En mi primera observación ví, cuando llegué cerca de mi enferma, la verdadera agonía; no respiraba, tenía las vías respiratorias completamente obstruídas por una espuma fina, el pulso incontable, la cara color de cera, la nariz y los labios azules, la frente empapada en sudor frío, y no esperaba ningún resultado de la sangría que practiqué; estaba muy afligido por haber llegado demasiado tarde. Sin embargo, un cuarto de hora después de mi intervención, se inició una mejoría que siguió acentuándose hasta la completa curación.

En el segundo caso, las crisis subintrantes cesan desde la sangría; de veinte en diez horas disminuye hasta tres en diez y seis, y el enfermo desde la tercer hora recobra el conocimiento. En los días siguientes, la mejoría subsiste.

Por lo tanto, he podido evitar una catástrofe en mi primera enferma, y en las dos he logrado un estado permanente de alivio administrando el bromuro, que ha sostenido la mejoría y permitido evolucionar hacia la curación.

No pretendo que únicamente mi sangría haya curado á estos dos enfermos, pero ha hecho ganar tiempo y no creo excederme, pretendiendo que la joven costurera, admitiendo que no se hubiera muerto, no habría recobrado el sentido tan pronto, abandonada á sí misma; que mi segundo enfermo no hubiera pasado bruscamente de dos crisis por hora á una cada tres, de no haber practicado la emisión sanguínea.

Mi segundo caso me ha servido de contraexperiencia del aser-

to que sostengo. Quizás se ha tratado de dos casos excepcionales y parecidos. Sin embargo, no lo creo; los dos eran epilépticos declarados, y, particularmente uno, su diagnóstico llevaba la firma de Brissaud.

Y sin embargo, sus casos no se parecían en nada: la niña tiene una hermosa cabecita, por cuyo aspecto nadie podría sospechar tal enfermedad, mientras que el niño llevaba los estigmas y deformaciones descritas en la epilepsia idiopática. Sus formas tampoco eran semejantes; en cada una de estas observaciones se comprueba una serie de manifestaciones no dudosas y diferentes; sin embargo, los dos niños, desde la forma de la enfermedad, hasta las transformaciones de los ataques, no tenían un punto de comparación. Uno solo, sin embargo: la sangría de 40 gramos en un caso, de 300 en el otro, con éxito perfectamente igual, aunque ni uno ni otro son albuminúricos.

Me pregunto, por lo tanto, por qué la gran sangría no está más en boga en el tratamiento de la epilepsia, y por qué no se practica más en nuestros días; por mi parte, creo que estos dos éxitos me autorizan á volver á empezar.

Tratamiento de las leucoplasias sifilíticas.

La sífilis desempeña un papel principal en la etiología de la leucoplasia, particularmente de la leucoplasia bucal; *sin sífilis, no hay leucoplasia*, á pesar de que las causas de irritación prolongada y habituales de la mucosa bucal (tabaco, alcohol, mala dentadura, etc.), tienen una parte importante—aunque secundaria—en la determinación de la leucoplasia bucal (1).

La leucoplasia constituye una llamada activa á la complicación epiteliomatosa, pero no degenera fatalmente en cáncer; muy lejos de esto, Fournier, en un total de 324 observaciones, ha visto degenerar la leucoplasia en cáncer 97 veces solamente, lo que da una proporción de 30 por 100, próximamente; según Perrin, la frecuencia del epitelioma, á consecuencia del estado leucoplásico, es igualmente de 29 por 100; según otros, llega hasta el 50 por 100.

Puede aproximarse á la leucoplasia otra afección: la *krauro-*

(1) Lévy-Bing. —Comunicación al Congreso de Lisboa (Extracto).

sis vulvæ. Ligada á la sífilis por estrechas relaciones etiológicas, relaciones demostradas por numerosos hechos clínicos, anatómicos y terapéuticos la *kraurosis vulvæ* termina también frecuentemente en el epiteloma.

En suma: la leucoplasia aparece como un verdadero guión entre la sífilis y el cáncer. Bajo la influencia de la sífilis, la mucosa bucal resiste á las diferentes causas de irritación en el lugar de la leucoplasia; la leucoplasia aparece tanto más fácilmente, cuanto que esta mucosa está sometida á incesantes causas de irritación, entre las cuales, el tabaco, el alcohol, la caries dentaria y los aparatos prostéticos, ocupan el primer lugar. Una vez constituida, la leucoplasia crea una amenaza de cáncer, y esta evolución es tanto más de temer, cuanto que estas mismas causas de irritación continúan ejerciéndose.

De la patogenia de la leucoplasia depende su tratamiento, que deberá ser profiláctico primeramente, enseguida etiológico.

Tratamiento profiláctico.—Todo enfermo sífilítico debe someterse á una higiene profiláctica especial, para evitar, en lo que sea posible, el desarrollo de la leucoplasia. Deberá *abstenerse de fumar, suprimir los alcoholes, los licores y los manjares muy especiados*.

Evitará todas las causas de irritación de la mucosa bucal; velará con el mayor cuidado por el buen estado de sus dientes y de los aparatos prostéticos, que pudieran serle necesarios, y adoptará meticolosos y repetidos cuidados de higiene: *lavados de la boca, después de las comidas, con soluciones alcalinas preferentemente, ó muy débilmente antisépticas*.

Tratamiento curativo.—Una vez constituida la leucoplasia, debe atacársela sin tardar y de una manera rigurosa, por un tratamiento á la vez general y local.

Según M. Lévy Bing, el *tratamiento mercurial* es el único tratamiento racional de la leucoplasia, puesto que admite siempre su origen sífilítico. Hay que instituirle, dice, desde el principio de la aparición de la leucoplasia y de un modo muy intenso, continuándole durante largo tiempo. Se administrará el mercurio bajo la forma de inyecciones solubles, ó con preferencia insolubles (calomelanos, aceite gris). M. Lévy Bing prefiere el aceite gris. El yoduro de potasio es inútil, y algunas veces perjudicial.

El tratamiento específico por las inyecciones de calomelanos ó de aceite gris, dice M. Barthélemy, puede curar completamente la leucoplasia; la mayoría de las veces impide, detiene el desarrollo de la afección, la que inmoviliza, y cuya degeneración hace menos frecuente.

El *tratamiento local* consistirá, primeramente, en cuidados higiénicos de la boca: lavados frecuentes con soluciones alcalinas, supresión completa del tabaco, de todas las bebidas alcohólicas y de los alimentos especiados; la dentadura deberá entretenerse con el cuidado más metódico.

Se verificarán toques cotidianos de las placas con una solución acuosa de bicromato de potasa al $\frac{1}{50}$ (Watraszewsky), con bálsamo del Perú (Rosemberg), con aceite de enebro (Besnier). Schwimmer ha recomendado los toques hechos cada tres ó cuatro días con una solución alcohólica de ácido salicílico al $\frac{1}{10}$. Podrán prescribirse igualmente colutorios ó gargarismos con agua oxigenada medicinal á 12 volúmenes neutralizada y boricada, mezclada en 3 ó 4 partes de agua. Por fin, podrá ensayarse, pero con grandes precauciones, el nitrato ácido de mercurio.

Cuando la leucoplasia va acompañada de brotes papilomatosos, hay que destruirlos con el termocauterio ó el galvanocauterio. Cuando presente signos indudables de degeneración cancerosa, deja de pertenecer completamente á la acción del médico, y entra en el dominio de la cirugía.

Se han obtenido recientemente buenos resultados en el tratamiento de la leucoplasia por los rayos X: tres curaciones y mejoría en cuatro casos (Bissérie). ¿Son definitivas estas curaciones? El porvenir nos lo dirá.

Bibliografía

Mortalidad infantil y Estadística demográfico-sanitaria de Almería en el decenio de 1895 á 1904, por D. León Palacios Carreño.—Almería, 1905.

El prologuista de esta obrita D. Modesto Lafuente, da á entender bien claro que el autor de ella, el autor de los comentarios y escolios á los horrores de una estadística de mortalidad infamante, es uno de esos médicos de los que, siguiendo el consejo de Unamuno (sin haberlo escuchado probablemente) se meten en lo que no les importa. Las gentes entienden, en efecto, que el médico no debe más que atender á *curar* enfermos. Eso de la higiene es una cosa de *moda*, buena quizás, pero cuya importancia se exagera por unos cuantos plañideros profesionales, que quieren ponerle á uno el corazón en un puño, cuando no hay motivo, porque bien conocido es don Fulano, ó don Perencejo, ó el tío Tal ó Cual, que vivieron más de ochenta años en medio de los peores barrios de Almería ó de Salamanca, ó de esas poblaciones en donde dicese que mueren al año el 40 % de sus habitantes.

España es aun el país del «nadie se muere hasta que Dios quiere», del «estaba escrito» y de otras lindezas de sabiduría popular de trasunto musulmán.

Pero no importa. Hay que cumplir con el deber que las clases médicas—como ejemplo de las clases de mayor cultura—llevan sobre sí de apostolizar con el ejemplo y predicar la Buena Nueva de la higiene pública y privada. Hay que señalar ante el público y con el dedo los ejemplos tan bochornosos de las ciudades sucias y de los pobladores ignorantes que consienten municipios descuidados y viven sin protestar en medio de estos espectáculos tristes de la muerte provocada ó favorecida por la falta de limpieza en las urbes y en las casas, por los egoismos particulares, acrecentados siempre que hay mayor miseria social.

En tal sentido la obrita de Palacios es digna de aplauso y de felicitaciones su autor.

El Círculo literario de Almería premió este trabajo, pero el Ayuntamiento de aquella capital haría bien en difundir su lectura. Cuentan que Napoleón decía que el mejor argumento es la repetición, y los almerienses (como los salmantinos) tienen que oír á

diario estas admoniciones, para ver si se logra que un día voten un municipio cuya única misión sea higienizar la población, aunque sea echando al suelo todo lo que se ponga por delante.

P.

La mortalidad en Salamanca

El mes de Julio ha sido fatal para Salamanca. Durante él, han ocurrido 114 defunciones; bastante más que cuando ha existido una epidemia de cólera. Muchísimas más que en Septiembre de 1904, cuando el Gobierno envió al señor Inspector general de Sanidad interior con personal idóneo para revacunar á los salmantinos amenazados por la viruela.

Pero en el pasado mes de Julio no hemos tenido cólera ni viruela, ni visita de los Reyes. Solo ha habido entero-colitis infecciosas en los niños, y de ellos han perecido ¡44!

Las causas son múltiples: falta de policía sanitaria, para castigar á los falsificadores de alimentos; sobras de ignorancia en las familias que no bañan á los niños ni evitan trasgresiones de su régimen alimenticio; hacinamiento en las viviendas, y un calor excesivo que algunos días llegó hasta marcar en el termómetro al sol 55 grados.

Existen ordenanzas municipales que debían obligar á practicar convenientes análisis de las aguas potables y de los alimentos, y castigar las sofisticaciones; existe una Inspección de Sanidad... en el papel porque esa inspección no puede castigar las infracciones que se cometan, entre otras dificultades por no haberse publicado ninguno de los Reglamentos á que alude la Instrucción de Sanidad y que harían más efectivos sus mandatos y por no exis-

tir timbres con que pudieran pagarse las multas que se impusieran; existe un Laboratorio químico-municipal sin medios para hacer análisis bacteriológicos; existen... muchas cosas más, que no sirven para nada, y entre ellas un proyecto de alcantarillado á la moderna que al implantarse rebajaría la mortalidad de Salamanca á poco más de la mitad de la cifra actual.

Y existe sobre todo una indiferencia arriba, abajo y en medio, del pueblo salmantino como del pueblo español, que invita al mayor excepticismo de nuestra positiva regeneración.

P.

Noticias

Congreso en puerta.—El «XIX Congreso francés de Cirugía» se reunirá en París del 1 al 6 de Octubre próximo. Se discutirán los tres temas siguientes: 1.º, «Cirugía de los gruesos troncos nerviosos», siendo ponentes los Doctores Lejars y Morestín; 2.º, «Ectopia testicular y sus complicaciones»; ponentes los Doctores Souligoux y Villard; 3.º, «Vías y medios de accesos en el tórax desde el punto de vista operatorio»; ponentes los Doctores Willem y Loious.

El «V Congreso internacional de Ginecología, Obstetricia y Pedriatría» se reunirá en Argel del 1 al 8 de Abril de 1907, bajo la presidencia del Doctor Queirel. Los presidentes de las secciones de Obstetricia, Ginecología y Pedriatría serán respectivamente los Doctores Queirel, Boursier y Guinon. Las comunicaciones deben entregarse antes del 1 de Febrero de 1907. Las adhesiones deben dirigirse al secretario general del Congreso, Doctor Julio Rouvier, 52, rue Daguerre, Argel.

*
* *

Asamblea provincial de titulares.—Según leemos en un es-

timado colega, durante uno de los cinco primeros días del próximo mes de Septiembre se celebrará en Tarragona una Asamblea provincial de titulares, á la cuál asistirá el presidente de la Junta central señor Almarza. En ella se tratarán asuntos de muchísimo interés para la clase, por lo que es de esperar no falte ninguno de los compañeros de dicha provincia, mayormente siendo ya varios los ponentes designados para desarrollar diferentes cuestiones profesionales y de actualidad.

*
* *

Oposiciones.—Por Reales órdenes del 2 del corriente, se saca á oposicion en la Facultad de Medicina de Madrid la cátedra de «Higiene con prácticas de Bacteriología sanitaria» (plazo para las solicitudes, tres meses á contar con dicha fecha).

Estadística demográfica sanitaria de Salamanca.

Mes de Julio de 1906

Nacimientos viables.	{	Varones 22	{	Ilegítimos. 1
		Hembras. 32		Idem. 1
Idem no viables	{	Varones 5	{	Idem. 2
		Hembras. 4		
		<i>Totales.</i>		65
Defunciones	{	Varones 65	{	Contags. Varones. 0
		Hembras. 48		Hembras. 1
		<i>Totales.</i>		114
Matrimonios, 12				

Salamanca—Imprenta de Almaráz y Comp.^a—Zamora, 19