

Revista Médica Salmantina

NOVIEMBRE DE 1906

SECCION DOCTRINAL

Instituciones médicas de Burdeos ⁽¹⁾

por el Dr. GONZALEZ (D. José)
Médico 1.º de la Armada

Muchos días los que aquí venimos en busca de enseñanzas operatorias nos vemos defraudados en nuestros deseos por la escasez de intervenciones que en esta época de holganza veraniega tienen lugar en los centros quirúrgicos, y esos días, para sacudir el tedio que nos invade, se dedican á la visita de museos, edificios de instrucción y de alojamientos caritativos ó nosocomios, de los cuales hay un buen número en Burdeos y sus cercanías.

La Escuela de Medicina satisface las exigencias del más descontentadizo, como construcción arquitectónica; pero en cambio el material de enseñanza y demostraciones, de sus gabinetes, debiera ser más abundante y mejor dispuesto de lo que pude observar; bien es que por la época en que yo lo visité nada de particular tendría que parte de él permaneciera guardado hasta la oportunidad de ser utilizado en las tareas académicas. Me produjo cierta extrañeza ver un buen museo geográfico, mejor diré, antropológico, en las galerías del colegio, contando con una excelente instalación de armas y efectos de los indígenas de las colonias,

(1) Véase el número 19 de esta «Revista»

particularmente de los de Africa occidental é Indochina: supongo que la instalación de semejante museo obedece más bien á la comodidad del local que á las necesidades del estudio de la Medicina y Farmacia, facultades que se cursan en el mismo edificio citado.

*
*
*

Existe en esta población el Hospital-hospicio de Niños, situado en la calle de Bayona. Este establecimiento dispone de 300 camas, que son ocupadas por niños de ambos sexos que cuenten de 1 á 15 años, que reciben asistencia gratuita, que prestan hermanas de San Vicente de Paul.

Anejo á él y convenientemente distanciado, está el Hospicio para los niños abandonados, para los indigentes y para aquellos pequeños que tienen á los padres recibiendo tratamiento en cualquiera de los hospitales de la ciudad. Todo el coste y sostenimiento de él corre á cargo del Municipio de La Ville.

Las clínicas están bajo la dirección de Mousous la correspondiente á enfermedades internas y al cuidado de Mr. Piechaud la de Cirujía. El departamento de enfermedades infecciosas consta de dos pabellones: uno para infecciones en general y otro destinado exclusivamente á alojar enfermitos de difteria, siendo práctica general y obligado el bañar á los niños á su entrada en el establecimiento y antes de ser destinados á ocupar cama, igualmente que á su salida del edificio, ya curados.

Cuenta con una buena instalación de hidroterapia y muy aceptables departamentos de Electroterapia, Radioterapia y Mecanoterapia con un taller en el mismo edificio para Ortopedia: siendo bastante moderno y surtido el material de que disponen todas ellas.

También me enseñaron un gran bazar de juguetes para premiar y entretener á los niños enfermos, que supone un enorme consumo, porque á más de verlos prodigados por las camas ocupadas por niños enfermos, me dijeron que la mayor parte eran

quemados ó destruidos después de su uso, sobre todo los de las salas de infección y contagio.

Llamó extraordinariamente mi atención el crecido número de enfermos de fiebre tifoidea, pues según manifestación del Director, que amablemente me acompañaba, habían tenido más de 200 casos durante el año, con dos muertos solamente. El tratamiento que para combatirla se emplea, consiste en la balneación interna y externa y los calomelanos. El baño lo usan á 5 grados por debajo de la temperatura del enfermo. Tienen como práctica ordinaria verificar el análisis de la orina y la diazoreacción.

La tuberculosis general y local, sobre todo esta, ocupa el segundo lugar después de la fiebre tifoidea. Estos procesos fímicos son tratados en el hospital únicamente durante el periodo de agudeza, pues para su completa curación envían á los enfermos al Sanatorio de Arcachón.

Es indudable que este establecimiento será uno de los mejores en su clase y tanto los niños como las familias obtendrán grandes beneficios, pero creo que los niños soportan mal la hospitalización.

El Sanatorio antituberculoso de los Girondinos, fué fundado el año 1899 por los doctores Dupeaux y Durand en el término de la hermosa campiña de Penal, en la carretera de Burdeos á Arcachón, á ocho kilómetros del primero, distancia que corre un tranvía eléctrico en 15 ó 20 minutos. El sitio de implantación es el más elevado de esta inmensa vega, amplio, frondoso, con árboles gigantescos, en su mayoría robles y pinos.

El edificio es pequeño, puede alojar hasta 100 enfermos, aunque actualmente no alberga más que 27, porque es muy acentuada la escasez de recursos, prueba que en todas partes cuecen habas y que también en la progresiva y culta Francia sucede lo mismo que en muchos sitios de la calumniada España. En las cercanías del edificio existen unas extensas y sencillas galerías de manera destinadas á solear y airear á los enfermos, los cuales se

instalan en ellas ó bien bajo los corpulentos árboles que cercan el local, unas veces en cómodas mecedoras, ya en cabañas ó sillascamas. La cocina y demás dependencias están distanciadas del pabellón central próximamente unos cien metros. Posee vacas suizas para el suministro de leche á los enfermos.

Los alimentos que á éstos se proporcionan tienen por base la leche, huevos, carne y medio litro de vino por cabeza. Encargado de vigilar la alimentación y el orden interior del establecimiento, está constantemente de guardia un médico de los del Sanatorio. Se admiten enfermos gratuitos y de pago; los primeros están colocados en salas de 20 camas, pero de un excelente cubo de aire y una gran ventilación constante. Los pudientes se distribuyen en dos categorías: los de 2.^a pagan 100 francos y están en salas de dos y de cuatro camas. Los de 1.^a pagan 150 ó 200 francos y tienen un cuarto para ellos solos. Todo ello está muy limpio y bien dispuesto, con pocos muebles, teniendo sumo cuidado con las escupideras, que son fijas; pero además cada enfermo tiene una de bolsillo para su uso particular. Pueden enviar enfermos á este Sanatorio todos los hospitales de la nación, teniendo que abonar por cada estancia dos francos diarios.

El tratamiento que se emplea está reducido á *mucho aire, mucha luz, mucha comida y reposo*, sometiéndolos diariamente á evaporizaciones de formalina, también aplican frecuentemente bolones de fuego é inyecciones de arhenal y guayacol yodoformado.

En mi carta próxima me ocuparé de algunas observaciones que he podido hacer durante mi estancia en París.

Burdeos. Agosto 29 1906

Sobre algunos hechos nuevos de Sífilis experimental (1)

En nombre del Dr. Roux y en el mío, tengo el honor de comunicaros algunos hechos nuevos sobre la sífilis experimental.

Era opinión generalmente admitida, hasta estos últimos años de que el virus sífilítico provoca inevitablemente la sífilis en los hombres, que no la han padecido anteriormente, al paso que queda sin efecto en todos los animales.

La segunda parte de esta tesis, no corresponde á la realidad. Muchos experimentadores, han inoculado con éxito el virus sífilítico á monos, y á ellos mismos, hace tres años hemos traído aquí un mono antropoide, atacado de accidentes primarios de los más típicos, para tener la opinión competente de los miembros de esta asamblea. Un gran número de experiencias análogas, han hecho definitiva la noción de que la sífilis es inoculable á los monos antropoides é inferiores del antiguo continente. Hoy nos proponemos someter á vuestro juicio, nuevas investigaciones, que demuestran que el virus sífilítico virulento, inoculado al hombre no afecta de sífilis, puede quedar sin efecto, si se tiene cuidado de tomar ciertas medidas preventivas, Semejante resultado no lo hemos obtenido por medio de un suero.

Hemos ensayado preparar un suero antisífilítico por varios procedimientos, pero su eficacia no es suficiente para justificar su empleo en el hombre. Opinamos que no se obtendrá suero utilizable en la práctica, sino después de haber cultivado el microbio de la sífilis.

Con la vacuna, tampoco nos ha sido posible, impedir la acción patogénica del virus sífilítico en el hombre. Como hemos ya expresado en una memoria publicada en los Anales del Instituto Pasteur, los monos inferiores son capaces de atenuar el virus sífilítico. Después de un cierto número de pasos á través del organismo de los macacos, este virus se atenúa hasta tal punto, que resulta incapáz de provocar el accidente primario en otros individuos de la misma especie. Así el virus inoculado por los señores Juiger y Laudsteiner, en Viena, á una serie de macacos rhesus,

(1) Comunicación á la Academia de Medicina de París.

nada ha producido después de la octava inoculación. Hemos podido exaltarlo, inoculándolo á un chimpancé, tras de lo cual ha recuperado su virulencia para el rhesus. Otros varios hechos que expondremos á los Anales del Instituto Pasteur, confirman nuestra opinión sobre la atenuación del virus sifilítico por el organismo de los catarrinos inferiores. Opinamos que deben hacerse en este sentido, nuevas investigaciones que quizá podrán conducir á resultados prácticos.

En todo caso, la vacunación antisifilítica, en vacuna viva, del cual no se conoce todavía el efecto á la larga, no sería aplicable más que á las personas que corren gran peligro de contraer la verdadera viruela humana.

El resultado que hoy queremos someter á vuestra competencia, ha sido obtenido por fricciones mercuriales practicadas después de la inoculación del virus sifilítico y en el mismo lugar de ésta. Hemos ya comunicado en Noviembre último, una serie de experiencias en chimpancés y monos inferiores tras de las cuales, las fricciones con pomada á base de mercurio, hechas en los arcos superciliares una ó dos horas después de verificada la inoculación del virus sifilítico, han impedido la manifestación del accidente primario. Después hemos multiplicado estas experiencias con ciertas modificaciones. Una hembra de chimpancé ha sido inoculada en los pequeños labios y en el clítoris, y un papión recibió una gran cantidad de virus á los dos lados de la verga. Una hora después las partes inoculadas fueron friccionadas con pomada al calomel. Otro chimpancé y varios macacos y cinocéfalos han sido inoculados en los arcos superciliares y friccionados, de 1 hora á 18 horas y media después de la inoculación con pomadas de calomel, precipitado blanco, y salicil arsenito de mercurio. El resultado ha sido siempre el mismo: el virus sifilítico ha quedado sin efecto. Y sin embargo los virus empleados en estas experiencias, eran muy virulentos, pues provocaban en los monos testigos, no sometidos al tratamiento, el accidente primario típico. Habiendo resistido muchos de los monos, gracias al empleo de estas pomadas, han sido más tarde reinoculados de virus sifilítico; manifestaron más tarde el accidente primario típico, lo que prueba que no poseía la inmunidad natural vis á vis de la sífilis.

Después de haber obtenido en doce monos, un resultado de los que más animan, no vimos ningún obstáculo para intentar una

experiencia en el hombre. Entre varias personas que se habían ofrecido á este fin, encontrábase un joven estudiante de la Facultad de Medicina de París. Llegado al fin de sus estudios médicos, se daba perfectamente cuenta de la cuestión y podía obrar con completo conocimiento de causa.

Este joven estudiante no había padecido nunca sífilis ni hereditaria, ni adquirida. Persuadidos de que el método era eficaz para los monos, debería serlo para el hombre, pensamos que no corría riesgo de contraer la sífilis. Así el 1.º de Febrero del año corriente, hicimos, en presencia de los Drs. Queyrat, Sabouraut y Salmán, la experiencia siguiente: en el lado izquierdo del surco balano-prepucial hicimos tres escarificaciones paralelas, con el escarificador Vidal, cargado de virus sífilítico. Este había sido extraído en aquél mismo momento, de un chancro indurado de un enfermo del servicio de M. Humbert. El chancro databa de un mes, é iba acompañado de infarto ganglionar en las dos ingles. Inmediatamente hemos hecho, por el mismo procedimiento, una inoculación en el lado derecho del surco balano-prepucial, con virus sífilítico de un chancro indurado que databa de 9 á 10 días. El que proporcionó este segundo virus, pertenecía al servicio de M. Queyrat. El enfermo acusaba una adenopatía inguinal y no había sufrido ningún tratamiento.

Los mismos virus han sido inoculados el mismo día á un chimpancé, que murió de pneumonía, 10 días después del comienzo de la experiencia, sin haber dado ningún resultado. Además, los dos virus que habían servido para la inoculación del paciente, han sido inoculados, también en 1.º de Febrero, en los dos arcos superciliares de cuatro macacos javaneses. Una hora después de la inoculación del virus, las partes heridas del joven y de un macaco, han sido friccionadas, durante cinco minutos con una pomada que contenía 10 gramos de calomel y 40 gramos de lanolina, recientemente preparada. Veinte horas después de la inoculación, los arcos superciliares de un segundo macaco han sido ámpliamente frotados con la misma pomada. Otros dos macacos, se han dejado sin tratamiento alguno á título de testigos.

Dos días después del comienzo de la experiencia, la región balano-prepucial del joven, no presentaba ninguna señal de inflamación; con la lupa, se distinguían las señales de las esclarifaciones de los dos lados del pene. Desaparecieron pocos días después.

Posteriormente, nuestro paciente, ha presentado en el borde del prepucio, lejos de los sitios inoculados, vesiculitas llenas de pus. Estas vesículas que se parecían de herpes, desaparecieron en dos días; no tenían nada que ver con la sífilis. Los gánglios de las ingles, nunca se presentaron hipertrofiados. El joven estaba sujeto á estas erupciones y presentaba vesículas parecidas, antes de la experiencia.

A parte de esto, no se notó en él, ningún accidente morboso durante los tres meses que duró la experiencia. Se deduce pues, de que á pesar de una inoculación de virus sífilítico, incomparablemente más abundante que la que se hace en condiciones naturales, nuestro joven paciente quedó completamente indemne de la sífilis. Esta inmunidad, no puede ser atribuída á la inocuidad de los virus empleados, pues 17 días después del principio de la experiencia, los dos macacos testigos, no tratados con la pomada, han presentado á lo largo del arco derecho, lesiones en un todo parecidas á las de los otros macacos sífilíticos de nuestras experiencias. Pero, mientras que en uno de los dos testigos el accidente primario ha curado en el espacio de tres semanas, en el otro se ha desarrollado con tal intensidad que todavía es visible, después de dos meses y medio de su aparición.

Entre los macacos tratados con pomada al calomel, el que había sido friccionado 24 horas después de la inoculación del virus, presentó un accidente primario del arco superciliar derecho de 39 días de incubación. El que se trató al mismo tiempo que el joven estudiante no ha presentado ninguna manifestación sífilítica.

Esta experiencia, cuyos detalles serán publicados en la tesis de nuestro paciente, suministra la prueba de que la pomada de calomel, aplicada una hora después de la inoculación del virus sífilítico, es capaz de impedir la explosión de la sífilis en el hombre, lo mismo que en el mono. Prueba también que después de 24 horas, la pomada no ha ejercido acción preventiva.

De la reunión de estos hechos, observados en el hombre y en los monos, hay que deducir que la pomada á base de calomel puede ser utilizada en la profilaxia de la sífilis. Experiencias ulteriores, algunas ya en camino, precisarán los detalles del empleo preventivo de las pomadas mercuriales.

De la «*Quinzaine Thérapentique*»

Mariano de Arteaga.

NOTAS ESCOLARES

Historia Clínica de Patología General

por Antonio R. Bondía.

La cama número 5 de la «Sala del niño Jesús», en la Casa-Hospicio, estuvo ocupada, desde el 21 de Enero hasta el 1.º de Abril del presente año, por el niño Reymundo (1), natural de Zamora, de 5 años de edad, temperamento linfático, idiosincrasia desconocida, y constitución débil. Asistía á la escuela antes de guardar cama.

Anamnesis remota.—No sabe si ha sufrido alguna enfermedad anterior á la que acusa. También ignora todo lo relativo á sus padres y parientes cercanos. Las Hermanas de la Caridad y los mozos encargados de dicha sala, tampoco pueden darme datos para formar con ellos la Anamnesis remota. Así, pues, me veo obligado á cursar esta historia, valiéndome de los datos suministrados por la Anamnesis próxima; y no de todos, pues el enfermo, por su edad y escasa individualidad, no contesta bien y con precisión á las preguntas que se le hacen.

Anamnesis próxima.—En el libro de entradas y salidas de dicho establecimiento, consta que el día 21 de Enero de 1906, entró en la «Sala del niño Jesús» en calidad de enfermo el niño Reymundo, quejándose de diarrea. Se le sujetó á un tratamiento adecuado (agua de arroz, etc...)

Estado actual. Síntomas suministrados por el hábito exterior en general.—El niño es de regular estatura. El volúmen del cuerpo disminuído por enflaquecimiento. La piel, seca y descolorida, presenta una ligera erupción eritematosa en la región coxofemoral derecha, sin dolor al tacto.

Síntomas suministrados por el hábito exterior en particular.—La cabeza, de normales dimensiones, es víctima de la «alopécia» en regiones más ó menos limitadas, formando, el cuero

(1) Este niño ignora su apellido y también lo ignoran las Hermanas de la Caridad y los mozos encargados de dicha sala.

cabelludo desprovisto de pelo, círculos más ó menos regulares (tiña pelada). Microscópicamente, no pude convecerme de la existencia de gérmenes parasitarios, productores de dicha «alopecia»—si bien es verdad que dicho germen puede ser «endotrix», es decir, de filamentos micélicos que se desarrollan dentro del cabello, y, por consiguiente, no revelarse al microscopio, en la forma que yo lo hice.

La cara es voltuosa y presenta, muy difusamente, las arrugas «óculo cigomática» y «naso-labial». El color, en esa región, es descolorido, sin ser pálido, como en las restantes partes del cuerpo.

En el cuello, de configuración normal, se notan al tacto prominencias debidas á los gánglios linfáticos infartados de la región parotídea.

En el pecho, y en el punto de unión de las costillas con sus cartílagos, se notan unas eminencias, características del pecho raquíptico (rosario raquíptico). Los espacios intercostales son visibles á nivel de todas las costillas. El ángulo formado por los cartílagos de las costillas inferiores de un lado con relación á las del otro (ángulo epigástrico) es agudo; lo normal es que sea recto. La circunferencia torácica—pasando la cinta métrica á la altura de los pezones y por debajo de los ángulos inferiores de los omoplatos—es de 52 centímetros.

En el abdómen, y á la simple inspección, se notan los movimientos respiratorios. Su circunferencia es de 51 centímetros; es, pues, normal con relación á las dimensiones del torax.

Los órganos de la generación, normales.

La inteligencia, memoria, lenguaje, etc..., disminuídas, como todas las funciones de este sujeto.

La sensibilidad y sentidos especiales muestran también su relativa normalidad.

Entrando en las funciones del aparato digestivo, diremos: Que los dientes están atacados por la «caries»; La mucosa gingival, descolorida. Las digestiones son normales, bien que con la poca intensidad con que se pueden verificar en este individuo. Hace una deposición por día; no son deposiciones diarréicas,

Síntomas suministrados por las funciones de circulación.
—El análisis de la sangre me dió los siguientes datos:

El número de glóbulos (1), según un primer análisis, fué de 4.700.000 por milímetro cúbico. Me pareció la cifra un poco excesiva y por eso hice un segundo análisis, á los tres días de haber hecho el primero, análisis que me dió por resultado la cantidad de 2.348.000 por milímetro cúbico (2). Con motivo de un tercer análisis—por razones que luego diré—hice una tercera operación, según la cuál el número de glóbulos era de 4.589.000 por la misma unidad de espacio (3). Vemos, pues, que ni una cifra ni otra pueden darse por exactas. La semisuma de estas cantidades es 4.206.500; cifra que me parece muy excesiva para un niño hospiciano. No me explico esa variabilidad del número de hematíes por unidad de espacio en un muchacho que no tiene diarrea, ni bebe grandes cantidades de agua, ni cambia de medio ambiente. No puedo estar conforme con estos datos, y por consiguiente no me valdré de ellos para el diagnóstico.

Al hacer el primer análisis de la sangre del niño Reymundo, encontré los hematíes completamente transformados: dichos glóbulos rojos, en vez de ser esféricos, tenían un aspecto moriforme; es decir, el mismo aspecto que según Cajal, Luciani, etc..., presentan los hematíes cuando, extraídos de los vasos, se cambia el grado de concentración del plasma en que nadan, añadiendo agua ó soluciones salinas. Yo supuse que la solución de cloruro sódico que me sirvió para hacer el plasma artificial, en la primera operación, fué más diluída ó más concentrada que el plasma que, en condiciones normales, baña los hematíes en la sangre de dicho niño. Según todos los autores, los hematíes del hombre se conservan sin alterarse en soluciones de cloruro sódico de 0'62 á 0'72 por 100. Hice, pues, una solución de cloruro sódico en agua destilada al 0'60 por 100. Con esta solución hice la segunda operación; los hematíes estaban alterados. Las soluciones de concen-

(1) Tuve que hacer varias punciones en el mismo dedo para que fluyera la sangre; y aún con eso salió tan poca, que tuve que hacer la solución preparatoria para la operación contadora al 4 por 100. La piel del dedo estaba arrugada, formando pliegues longitudinales. La sangre era de un color bastante satisfactorio.

(2) Esta vez salió la sangre á la primera punción; era de color menos intenso y parecía más fluída que la anterior.

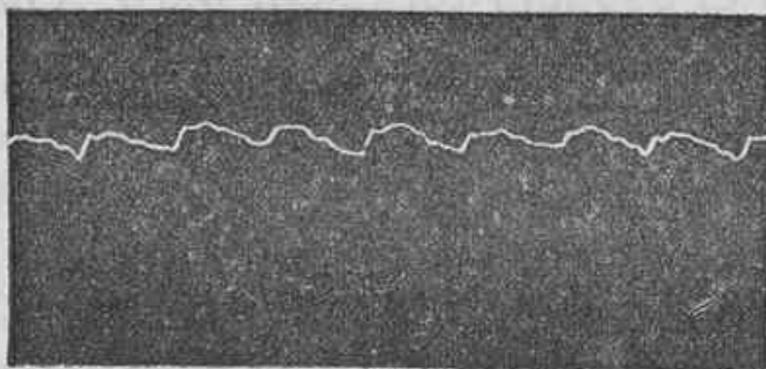
(3) La sangre fluyó como la primera vez.

tración superior á la anterior también alteraban los hematíes. Tengo que advertir que mi compañero Tomás Rodríguez Mata se valió, para contar los glóbulos de su enfermo, del plasma ó solución que á mí me sirvió por primera vez, y los glóbulos de la sangre de dicho enfermo no se alteraron; yo bañé varias veces mis hematíes en los plasmas que me servían para dichas operaciones y mis hematíes conservaron siempre su forma esférica. Bien es verdad que los hematíes tienen la propiedad de presentar movimientos activos en ciertas y determinadas condiciones; pero entonces emiten finísimas prolongaciones semejantes á cirros, según Cavazzani, dotadas de un rápido movimiento vibratorio, que obligan á dichos corpúsculos á oscilar, rodar y moverse en distintas direcciones, y, por consiguiente, se distinguen de los hematíes anteriores en que aquellos son estáticos; además, la forma de aquellos es moriforme, la de estos espinosa, parecida á la que tienen los frutos de estramonio. Pero, por si acaso, añadí, durante la tercera operación contadora, una gota de solución de clorhidrato de cocaína al plasma para que suspendiera los movimientos de los hematíes, en caso de que estos fueran activos; los hematíes siguieron deformados como durante la primera y segunda operación. *Yo creo, pues, que los hematíes de la sangre del niño Reimundo tomaban la forma moriforme en el plasma de ensayo, porque dicho plasma, que para los hematíes de la sangre de otros individuos era normal, era excesivamente concentrado ó excesivamente diluido para dichos glóbulos,*

Auscultación.—Por la auscultación, los ruidos del corazón son normales, pero acelerados (taquicardia); la pausa entre el diástole y sístole, es casi igual á la que existe entre el sístole y el diástole, por la cuál es necesario auscultar en la base y vértice del corazón, para poder distinguir una de otra, los ruidos cardiacos no solo se oyen en la región precordial, sino en todos los sitios de auscultación de los pulmones (propagación).

Pulso.—Por la palpación, el pulso, es filiforme, débil y frecuente (120 pulsaciones por minuto) El pulso es poco tenso: por poca presión que se haga con el dedo meñique sobre la arteria radial, se nota enseguida la falta del pulso al palpar con el dedo medio. El esfigmograma adjunto nos indica los caracteres del pulso. Se nota enseguida que la elevación sistólica es débil. La «curva dicota» es muy intensa y elevada; en algunas ondas rebasa el límite del trazo sistólico (signo de poca tensión); en otras está al

principio de la elevación sistólica siguiente (hiper-dicrotismo); las otras curvas que se notan á continuación de la dicrota no son curvas de elasticidad, son «ondas dicrotas secundarias»; el esfig-



Esfígmograma del niño Reymundo.

mograma adjunto no tiene ondas de elasticidad (signo también de poca tensión). El trazo descendente ó diástólico indica desde luego, por su gran oblicuidad, poca tensión en las paredes arteriales. Se nota también en dicho esfigmograma la rapidéz con que se sucede una pulsación á otra. En fin; el trazado esfigmográfico aquí presente, es análogo al que se obtiene cuando se inyecta nitrato de amilo, el cual hace descender la tensión de las paredes arteriales; es un esfigmograma que indica un pulso de muy poca tensión arterial.

La tensión arterial, obtenida en la arteria humeral con el aparato de Riva-Rocci, es de 100 milímetros de mercurio (la normal en el hombre es de 130 á 150); se ve, pues, que está muy por debajo de la normal.

Desórdenes del aparato respiratorio.—El número de movimientos respiratorios, es de 18 á 20 por minuto; está, pues, disminuido el número de dichos movimientos, toda vez que en los niños de 5 á 15 años, lo normal es que sea de 24 á 26 por minuto.

El diámetro torácico es de 53 centímetros durante la inspiración máxima y de 54 durante la espiración, máxima también; la diferencia entre estas dos cifras—que es á lo que Frölich le da el nombre de «espacio torácico-respiratorio»—es solamente de un centímetro; está, pues, disminuído dicho «espacio»; lo normal es que á dicho «espacio» correspondan de 5 á 7 centímetros en el

adulto y de 2 á 3 en el niño. Como en el abdomen se notan, á simple vista, los movimientos respiratorios, es muy probable que la respiración, en este niño, sea más «diafragmática» que «costal», vista la poca capacidad respiratoria del torax.

Por la percusión, el sonido no es muy «claro»; es más bien «submate» en todo el espacio torácico, pero sobre todo, en los vértices y bordes pulmonares.

Por auscultación, se nota, algo difusamente, la entrada y salida del aire en los alveolos: este murmullo vesicular es normal sí, pero de débil intensidad.

Desórdenes del aparato urinario.—La micción es voluntaria; por las noches, se orina en la cama (enuresis nocturna).

El análisis de la orina me dió los siguientes datos:

Reacción.—Muy ligeramente ácida; casi neutra.

Cloruros.—Algo más que lo normal.

Fosfatos térreos.—Idem.

Al microscópio:

Cristales de fosfato amónico magnésico.

Idem de ácido hipúrico.

Por el mozo de la sala me enteré de que en la comida de dicho niño no entraba la «ensalada» ni cutícula ninguna que pueda aclararme el origen del ácido hipúrico.

Trastornos de la calorificación.—La temperatura es, en este niño, de 37, 2° centígrados por la mañana y de 37, 5.° por la tarde.

Diagnóstico.—Diagnostico, pues, á mi enfermo de «Anémico pretuberculoso».

Esta «anemia» ha sido causa en cierto modo, de la «tiña pedrada» y del «eritema» que dicho niño presenta en la región coxo-femoral derecha.

Diagnóstico diferencial.—Esta «anemia simple» se distingue de la «perniciosa» por el número de glóbulos de la sangre. La cantidad de glóbulos en el niño Reymundo, es relativamente grande para ser «anemia perniciosa».

Tampoco es debida la destrucción de los glóbulos rojos á la acción de ciertos venenos, porque dicho niño no ha sufrido intoxicaciones crónicas por el plomo, arsénico, mercurio, ni tampoco debidas á substancias tóxicas solubles, que, producidas por bac-

terias patógenas, son causa de anemia en las enfermedades infecciosas, agudas y crónicas.

Tampoco puede ser debida á la existencia, en las cámaras ventrales, de huevos de tenia: de «anquilóstomo», ó de «botriocéfalos»; pues las anemias que reconocen esta causa son, por el aspecto de la sangre del enfermo y por sus fenómenos clínicos, anemias perniciosas.

La «tiña pelada» se diferencia tan pronto y bien de las otras especies de «tiñas» cuando se hallan en el «periodo de estado», que es supérfluo detenernos á detallarlas; pero no sucede lo mismo cuando han desaparecido sus síntomas característicos, pues entonces no es tan fácil determinar la naturaleza de la alopecia existente. En semejantes circunstancias estableceremos el diagnóstico diferencial, teniendo en cuenta que en la «tiña favosa», cuando se han desprendido las costras, queda rubicundez en el tegumento sobre que asentaban, una depresión ligera y aparece cubierta de un delgado epidermis; á veces ofrece úlceras, y, más tarde, cicatrices. En la «tiña tonsurante» queda la piel, cuando se desprenden las escamas, indurada, de un aspecto parecido á la carne de gallina, y azulada, rojiza ó amarillenta; además, existen puntos negruscos en las superficies demudadas, los cuales están constituidos por los cabellos rotos á muy corta distancia de los tegumentos.

El «eritema» se distingue de la roseola, en que en ésta las manchas son pequeñas, aparecen primero en la cara, propagándose después al resto del cuerpo y ofrece, á veces, la forma epidémica. La fiebre, los fenómenos premonitorios característicos, la constitución epidémica en muchos casos, así como la generalización de las lesiones anatómicas correspondientes al «sarampión» y á la «escarlatina», nos permiten diferenciar estas dos enfermedades del eritema.

Etiología. —Este es el punto flaco para mí. La etiología de una enfermedad crónica en un niño de cinco años y hospiciano, debe buscarse siempre en la Anamnesis remota, ya en la época de la lactancia, ya en los padres y parientes próximos. Yo ya dije al principio de esta historia, que no pude procurarme ningún dato de «Anamnesis remota»; ¿cómo puedo yo dar curso á la etiología en este caso?

El no haber encontrado hematíes nucleados en la sangre de dicho niño, me hace suponer que dicha «anemia» no reconoce

por causa, ni una hemorragia intensa, ni la acción de venenos microbianos, ni todas esas causas que dan origen á dichas enfermedades, sí, pero perniciosas, agudas, de curso más ligero que la que me ocupa; como ignoro por completo si este individuo ha padecido alguna enfermedad anterior á la que acusa, no puedo aclarar nada sobre esto. De todas las maneras, la etiología debe buscarse en la herencia y en las malas condiciones del medio en que vive.

Pronóstico.—Grave. Dejó la cama cuando llegó el «buen tiempo». Probablemente, cuando llegue el invierno volverá á la sala de enfermos. Dejó la cama, no porque sintiera alivio alguno—pues á él no le dolía nada, ni se quejaba tampoco—sino, porque el estado del medio ambiente le permitía regular mejor sus funciones.

Tratamiento.—Buena higiene y alimentación. Deben preferirse las comidas pequeñas y reiteradas; conviene también que la mezcla de los diversos manjares sea acertada; no se prescindirá de los alimentos vegetales. Hidroterapia. Lo más recomendable es la estancia en montañas de regular elevación. El arsénico y el hierro le están también recomendados:

Desp.

Licor de Fowler.	} a. a. 10 gramos.
Tartrato férrico potásico.	

X á XV gotas antes de cada comida.

Debe también practicarse la transfusión de sangre.

O la inyección intravenosa de suero artificial.

Desp.

Cloruro de sódio.	5 gramos.
Sulfato de sosa	10 id.
Agua esterilizada.	1000 id.

Inyéctese medio á un litro á la temperatura de 38° (Hayem).

Prescribese aceite de hígado de bacalao.

Ensáyese la médula ósea de ternera.

Para tratar la «tiña pelada» efectúase la depilación y el empleo local de los agentes paracitidas; la depilación debe abarcar.

no solo los puntos afectos, sino cierta extensión de las partes que les rodean.

Para el «eritema», lavar el sitio afectado con agua tibia, con cocimiento de hojas de nogal; secar bien y espolvorear con hojas de talco, de licopodio ó de óxido de zinc.

Trátase el estado general con los tónicos que antes expuse.

Reflexiones.—Reflexionemos y seamos justos...

¿Es «anemia» lo que padece este niño? Entendámonos. «Anemia» mejor dicho, «oligohemia», quiere decir defecto en la hemoglobina ó en los hematíes. Recordemos quemis cálculos me dieron, para los hematíes, la cifra de 4.700.000 la primera vez; 2.348.000 la segunda; 4.589.000 la tercera; que vista la desproporcionalidad existente entre estas tres operaciones, obtuve una media proporción entre estas tres cifras, cuya semisuma fué 4.206.800 hematíes por milímetro cúbico; y 4.206.800 hematíes por esa unidad de espacio no son propios ni de un hospiciano, ni menos de un anémico. Pero no nos fijemos en la cifra más alta; fijémonos en la más baja, en la de 2.348.000. ¿Se concibe un niño de 5 años, con tantos trastornos fisiológicos, con 2.348.000 hematíes por milímetro cúbico, y con solo 18 movimientos respiratorios en la unidad de tiempo? ¿Puede haber reducción de hemoglobina ó de hematíes sin haber dispnea? (1) Solo puede existir ese estado en un caso: cuando el organismo está en tal estado de desnutrición, cuando está tan falto de fuerzas, que no puede reaccionar contra los estímulos orgánicos. Además, la sangre, al salir por la punción, denotaba, á simple vista, un color que no estaba en relación con los trastornos que aquejaban y siguen aquejando á dicho niño; y el color de la sangre depende de la cantidad ó calidad de la hemoglobina. Tal vez no sea «anemia» lo que padece ese niño; tal vez sea algo «más hondo», algo que impresione más de cerca á la célula: Un trastorno de la nutrición. Verán ustedes.

Sabido es que la presión del plasma sanguíneo está en relación con la presión del medio ambiente, con la presión atmosférica. Es decir que, para que haya integridad en el organismo, á la presión del aire se antepone la presión de la sangre en los vasos: hay siempre un equilibrio entre las dos presiones, la de «dentro»

(1) Hay que tener en cuenta que averigüé el número de movimientos respiratorios, inmediatamente de haber entrado el niño en ejercicio.

y la de «fuera». Si la presión del aire atmosférico va aumentando gradualmente, la presión del plasma sanguíneo—en virtud de un poder regulador que se supone tiene su asiento en el endotelio vascular—aumenta, también, gradualmente para contrarrestar la presión atmosférica; como la presión que el plasma ejerce en las paredes vasculares, depende del número de moléculas disueltas en dicho medio, es decir, de su alcalinidad, es evidente que, para que la tensión osmótica del plasma aumente en dichas condiciones, se necesita que dicho plasma se «haga más alcalino»—si se me permite la frase—y para ello las moléculas de cloruro sódico se «jonizan», las sales se disocian^rde las sustancias protéicas, las moléculas del plasma se polimerizan, aumenta el número de moléculas en virtud de dichas compensaciones, aumenta por decirlo así, la «parte química» del plasma, y disminuye, en la misma proporción, la «parte viva», es decir, los hematíes, los leucocitos, las plaquetas. Tal sucede, cuando un buzo penetra en el fondo del mar, pues á la presión atmosférica tiene que añadirse a presión de las capas de agua que están por encima de él, y, por consiguiente, tiene que aumentar también, para contrarrestar dicho aumento de presión la tensión osmótica del plasma sanguíneo. Al contrario, cuando se sube, por ejemplo, á las altas montañas, la presión atmosférica va decreciendo gradualmente, la tensión del plasma tiene que descender en la misma proporción, y, para ello, si antes las moléculas de cloruro sódico se «ionizaban», es decir, se desintegraban para que dicho número de moléculas aumentase—relativamente, se entiende—ahora se unen, se compenetran; si antes se formaban disociaciones, ahora se forman asociaciones de las sales con las sustancias protéicas para dejar libre el campo de moléculas disueltas; si antes se efectuaban polimeraciones, ahora tienen lugar despolimeraciones; por consiguiente, la alcalinidad del plasma disminuye, relativamente; la «parte viva» aumenta en la misma proporción; y por eso, en la cumbre de las altas montañas, sin aumentar en absoluto la cantidad de glóbulos rojos, aumenta relativamente, con relación al plasma, la cantidad de dichos glóbulos por milímetro cúbico. Pero todo esto tiene su límite; dos moléculas de cloruro sódico pueden «ionizarse», desdoblarse cada una en dos, y hacer el efecto de cuatro; por lo tanto, si el plasma sanguíneo de un buzo tiene «a» moléculas de cloruro sódico, la compensación por «ionización» de dicha sal tendrá su límite, cuyo límite será «2 a» moléculas; por consiguiente al llegar el buzo á una cierta profundidad, en la

cuál ya se hayan desdoblado todas las moléculas de cloruro sódico de su plasma para contrarrestar la presión; es evidente que no podrá profundizar más, á riesgo de sufrir trastornos incompatibles con la vida.

Lo mismo que digo de la compensación por el cloruro sódico, puede aplicarse á la compensación por los demás medios, á saber, las despolimeraciones, las disociaciones de las sales de las sustancias protéicas, etc...

Por eso, en virtud de ese límite, que forzosamente tienen todas las cosas finitas, los buzos no pueden bajar á todas las profundidades del mar, los alpinistas no pueden subir á las cumbres de todas las montañas. Sabidos son los síntomas del «mal de las montañas»: cefalalgia, vértigos, hemorragias, turgencia de los vasos, etc..., etc..., síntomas todos que dependen de la falta de compensación; pues en estos sitios de tan baja presión atmosférica, la acomodación del plasma rebasa sus límites, la tensión sanguínea es más intensa que la presión del aire, y de ahí la turgencia de los vasos, de ahí las hemorragias, de ahí la cefalalgia...

Esto sentado, vamos á lo principal; á la influencia de esos cambios de la tensión sanguínea en los hematíes.

En el hombre, que vive en la llanura, que no tiene alas para volar, ni aletas para nadar, en el hombre, digo, esa compensación de que antes hablé, tiene otro fin más importante que el anterior: el de establecer el equilibrio entre la tensión del plasma y la tensión de los hematíes. Los hematíes, en el hombre, son células muertas, son células sin núcleo, que contienen en su interior un armazón de substancia compleja, cuyo elemento principal es la hemoglobina. «In vitro», se ha visto que cuando se colocan los hematíes en medio de distintas concentraciones, si la tensión de esos líquidos es superior á la tensión de los hematíes, estos emiten dentellones, se hacen más pequeños, y la hemoglobina se descompone; si es inferior, los hematíes se deforman también, se hinchan, aumentan de volumen, y la hemoglobina se difunde en el medio salino. Por eso, para evitar esos trastornos en los hematíes, en órganos que ejercen funciones tan importantes como la «hematosis», para eso existe esa compensación en el plasma, para que este tenga siempre una tensión constante y uniforme, la tensión que conviene al glóbulo rojo.

Esto es posible porque, como he dicho antes, el hombre vive en la llanura.

Pero las aves, los anfibios, los peces, animales todos que tienen que vivir, unos en el agua, ya en la superficie, ya en el fondo de los mares; otros en el aire, ya en la cima de una elevada montaña, ya en la hondura de los valles, esos seres que sufren constante y rápidamente diferencias enormes de la presión del aire ó del aire y del agua á la vez, esos seres, ¿cómo pueden vivir? Porque en el águila, por ejemplo, que desde la altura de una nube se lanza rápidamente al fondo de un valle, el plasma tiene que sufrir en breves instantes cambios de tensión en relación con la presión atmosférica en la cumbre y en el valle; esos cambios de tensión del plasma ¿ejercen alguna influencia sobre los hematíes? No; porque los glóbulos rojos del águila, y con ella los de todas las aves, los de los anfibios, los de los peces, tienen núcleo, y los hematíes nucleados, según los autores, ofrecen una resistencia muy grande en ceder la hemoglobina, aún en soluciones de cloruro sódico muy diluídas; y explican esta mayor resistencia de los glóbulos rojos, ya por efecto de un «quimiotriopismo positivo» del núcleo respecto á la hemoglobina de los hematíes, ya por una combinación más estable que esta contrae con la lecitina del mismo.

Los hematíes del hombre, pues, por no ser nucleados, están sujetos á la compensación del plasma; si esta compensación falta, los hematíes no pueden ejercer sus funciones con integridad.

Esta función, que se supone tiene su asiento en el endotelio vascular, ¿no es susceptible de sufrir trastornos? Todas las funciones fisiológicas, desde la del corazón hasta la del hueso, tienen su patología. ¿Se aparta esta de la regla? No se concibe; no se concibe en un organismo animal nada completamente normal. Esta función tiene sus trastornos, trastornos que se ignoran, porque no se ha estudiado bien todavía dicha función.

Al conjunto de síntomas dependientes de un defecto en la cantidad ó en la calidad de los glóbulos rojos, se le dá el nombre de «anemia», mejor dicho, «oligohemia». Al conjunto de trastornos fisiológicos de los hematíes, ocasionados por un defecto de compensación del plasma sanguíneo ¿no se le podría dar el nombre de «dishemia», toda vez que la partícula «dis» indica trastornos en las funciones de un órgano ú aparato?

Y mi enfermo, el niño Reimundo, ¿no puede ser un «dishémico»?

Recuérdese que los hematíes, en este niño, aumentan y dis-

minuyen de número, relativamente, durante intervalos de dos ó tres días; que dichos cambios en la cantidad relativa de los glóbulos rojos, indica desde luego—no presentando ese niño ni «diarrea, ni «polidipsia», ni síntoma ninguno que nos indique el origen de dichos trastornos—variaciones en la tensión del plasma sanguíneo, cuyo plasma en virtud de dichos cambios de tensión, se hace más denso ó menos denso, aumentan ó disminuyen en él el número de moléculas disueltas sin regulación ninguna, y en consecuencia, según lo que digimos antes, aumentan ó disminuyen la cantidad de glóbulos rojos por milímetro cúbico, siendo igual la cantidad de dichos hematíes en absoluto.

Recuérdese que la sangre, al salir por la pequeña herida, unas veces salía densa y coloreada en demasía, otras fluída y de menos intensidad en el color.

Recuérdese que los hematíes, al microscópio, bañándose en plasmas artificiales de concentraciones comprendidas entre los límites de las normales, se presentaban siempre deformados. Que dichas deformaciones no dependían de movimientos activos de los hematíes, toda vez que dichos hematíes no recobraban su forma normal, añadiéndoles una gota de solución de clorhidrato de cocaína.

Recuérdese, en fin, esa «baja» en la tensión arterial, tensión que estaba 30 milímetros por debajo del límite inferior de la tensión en el hombre.

Si fuese anemia lo que tuviese ese niño, ¿á los trastornos tan graves que presenta, no correspondería un número mucho menor de glóbulos rojos que el que realmente encontré?

La presencia del ácido hipúrico en la sangre, sin ingreso de sustancias cuticulares que puedan indicar su formación, hace pensar en una destrucción de las células del organismo, y sobre todo de los hematíes. Los fosfatos pueden provenir de una destrucción de substancia muscular, nerviosa..., pero también de los glóbulos rojos. Un aumento de los cloruros indica un estado de presión del organismo.

A ese estado depresivo tan marcado del organismo, si dependiera de la anemia, ¿no correspondería un número mucho menor de glóbulos rojos que el que me dieron los análisis?

Yo, con ese número de hematíes por milímetro cúbico, no me explico esos trastornos, esa depresión en las funciones de mi en-

fermo. Admitiendo la «dishemia», si me los explico. Porque de la tensión del plasma sanguíneo depende la tensión del plasma intercelular, y la tensión de este medio influye de una manera muy activa sobre la nutrición de la célula. Y es evidente que, variando extralimitadamente, sin poder regulador, la concentración del plasma sanguíneo, variará en la misma proporción la concentración del plasma intercelular, y la nutrición de la célula se resentirá. Y de ahí podría provenir esa depresión, esa «discrasia» nutritiva del niño Reymundo.

Es indudable la existencia de una función especial reguladora de las condiciones físicas de la sangre.

Inyectando, según Hamburger, en las venas de un caballo 7 litros de una solución «hipertónica», al 5 por 100 de sulfato sódico, vió que la sal se eliminaba rápidamente por los emunctorios, y que la «hipertonía» no duraba más que pocos minutos después de la inyección, aunque el análisis del mismo suero vuelto nuevamente «isotónico», demostrase todavía una gran cantidad anormal de sulfato sódico. Esta sal, pues, había sufrido la mutalidad de agrupaciones fisico-químicas, en virtud de la cuál, fácilmente se adaptó á las perturbaciones del equilibrio osmótico que restablecía. Si existe, pues, esa función, ¿porqué negar su «patología?» No hay nada, repito, no hay ninguna función en el organismo que no tenga sus trastornos correspondientes.

Yo me podré haber equivocado; mi enfermo no será un «dishémico»; pero, si no con ese nombre, con otro, en el día de mañana, se estudiarán esos trastornos en Patología general.

¡Cuántas veces se habrán diagnosticado de «anémia» una enfermedad desconocida, con la sola base de una palidez de las membranas mudosas! Y muchas veces, tal vez, no habrá tal cosa, sino esos trastornos de la función compensadora del plasma sanguíneo que, dentro de ciertos límites, me he atrevido á indicar.

Salamanca, 10 de Mayo, 1906.

CERTAMEN CIENTIFICO

La Junta directiva del Colegio médico de Sevilla, acordó en sesión de 15 del corriente, la celebración de un Certámen, cuya

iniciativa se debe al señor Rodríguez Pérez. Deberá celebrarse á principios del próximo año, como salutación al año nuevo, en nombre del Colegio, y como despedida cariñosa de la Junta al cesar en sus funciones directivas.

Para el desarrollo y realización de tan laudables fines, se ha nombrado una comisión organizadora.

— T E M A S —

1.º Preceptos de moral médica á que debe ajustarse la conducta del médico con sus compañeros y con la Sociedad en la prestación de los servicios profesionales. Concepto de la Medicina, en el orden científico y social, como fundamento de esos preceptos morales.

2.º Estadística de la mortalidad en Sevilla, durante los diez primeros meses del corriente año, clasificada por edad, sexo, causas y parroquias. Enseñanza que de dicha estadística se desprenda y medidas higiénicas para reducir la mortalidad en la clase proletaria, especialmente por sus terribles azotes la tuberculosis y el cáncer en sus diversas manifestaciones.

3.º Causas de la excesiva mortalidad de la infancia. Medidas higiénicas y enseñanzas útiles para disminuirla.

4.º Medios que deben ponerse en práctica por las autoridades para terminar, con saludables instituciones y prácticas higiénicas, la vagancia en nuestra capital.

5.º Reformas de orden higiénico y administrativo que deben realizarse para realizar la asistencia hospitalaria del pobre.

6.º Sistema más apropiado y medios de llevarlo á la práctica para conseguir una limpieza verdadera, sujeta á preceptos higiénicos, en las calles y plazas de esta capital.

7.º Concedida á la más sencilla y práctica cartilla de profilaxis tuberculosa, para ser enseñada y distribuída á los niños que concurren á las escuelas públicas.

Las bases del concurso, que habrán de ajustarse á la práctica establecida en esta clase de actos, así como los premios correspondientes á los temas enunciados, se publicarán oportunamente.

Revista de revistas

La arterio-esclerosis, anatomía patológica y patogénia, por O. Josué, médico de los hospitales, jefe del Laboratorio de la Facultad (*Presse Medicale*).

La mayor parte de los autores consideran á la arterio esclerosis como una endarteritis crónica, lesión irritativa, de evolución muy lenta, generalizada á todo el sistema arterial y caracterizada sobre todo por el espesamiento de la túnica interna. Pero si se estudian las arterias afectas de arterio-esclerosis con la ayuda de técnicas histológicas recientes, no se tarda en notar que la descripción clásica no cuadra con los hechos. Las alteraciones propias de la arterio-esclerosis se distinguen, en efecto, claramente, como ha demostrado Jores, de la endarteritis crónica. En esta última, la lesión esencial es la «proliferación degenerativa del tejido conjuntivo de la túnica interna» (Jores). El tejido conjuntivo de nueva formación está recorrido por fibras elásticas más ó menos abundantes, dispuestas en retículo. La membrana elástica interna no está modificada en los casos absolutamente puros. Estas lesiones revelan procesos inflamatorios crónicos.

En cambio es otro el aspecto de las lesiones arterio-esclerosas. Estas no son inflamatorias, sino que presentan á la vez el carácter hiperplásico y el degenerativo. Las paredes de las arterias enfermas son más espesas que de ordinario por hiperplasia de las células musculares y de la lámina elástica interna. Entre las laminillas de esta última, se encuentra tejido conjuntivo con degeneración hialina que se tiñe en rojo brillante por el Van Gieson y fibras musculares, cuyo eje mayor es paralelo á la dirección del vaso. Las células musculares están frecuentemente alteradas; el núcleo se colora mal, el protoplasma está surcado de vacuolas. Por último existen lesiones de degeneración grasienta más ó menos intensas.

Las más finas ramificaciones de las arteriolas viscerales—singularmente el riñón—están á veces atacadas. Las células musculares se coloran por el Van Gieson en amarillo brillante, es decir, que están sumergidas en una sustancia refringente. También se puede encontrar grasa en la pared de las arteriolas, llegando en ocasiones hasta obstruir la luz del vaso. Los capilares de los glo-

merulos están espesados por una infiltración que se tiñe de amarillo rosáceo por el Van Gieson, pudiendo, en estados más avanzados de la afección desaparecer por completo, siendo reemplazados por tejido que ha sufrido la degeneración hialina.

Separando claramente la arterio-esclerosis de la endarteritis crónica, vemos que se asemeja mucho al ateroma; la identidad se puede afirmar que es casi completa; solamente que en el ateroma, el proceso degenerativo es más intenso y no se observa sino á nivel de vasos de cierto calibre. Cambiando de opinión, expuesta en un trabajo anterior dice el autor —que el ateroma arterial es una modalidad de la arterio esclerosis.

Una vez desechado que la arterio esclerosis es una endarteritis crónica, el autor combate asimismo las clásicas opiniones de Brault y Thoma. A su juicio hay que buscar la explicación, discutiendo el *valor fisiológico* de la hiperplasia y de la degeneración arteriales.

Ahora bien, ¿cuál es la primera en fecha, la hiperplasia ó la degeneración? ¿Son simultáneas? Juzgando por los numerosos exámenes hechos por el autor, y Alexandrescu, cabe afirmar que se establezcan primero las lesiones hiperplásicas, no sobreviniendo la degeneración, sino más tarde.

¿A qué debemos atribuir la hipertrofia?

Es una ley fisiológica conocida de todos que el aumento de las funciones de un órgano le hace crecer, aumentar de volumen. Lo mismo sucede en este caso, explicándose la hiperplasia por el funcionamiento exagerado de los elementos de la pared.

Hay diversas circunstancias que imponen un trabajo exagerado á los elementos de esta pared. Citaremos á Huchard que ha tenido el mérito de poner de relieve el papel de la hipertensión arterial. Este trastorno funcional se encontraría siempre en todo principio de arterio esclerosis. Pero al lado de la hipertensión arterial es preciso citar y darle mayor importancia, á los cambios más ó menos rápidos ó frecuentes de la presión arterial, hecho sobre el que han insistido Pic y Bonnamour. Estas oscilaciones

de tensión se observan sobre todo después de las enfermedades infecciosas, tifoidea y grippe, por ejemplo, en las intoxicaciones por el plomo y el tabaco; se observan también á consecuencia de un trabajo exagerado, sobre todo el cerebral, de emociones vivas, del mal de Bright, en las mujeres en la época de la menopausia, en los artríticos, que tienen fácilmente brotes congestivos en todos los órganos, etc., etc. Estas oscilaciones suelen producirse por crisis; crisis de hipertensión ó hipotensión que imponen un desmesurado trabajo á las arterias, origen de la hiperplasia.

Las modificaciones hiperplásicas, conducen naturalmente á las alteraciones regresivas. Aparece la degeneración grasienta é hialina, las alteraciones de las fibras elásticas y de las musculares. Entonces se encuentra completa la arterio esclerosis.

Pero hay diversas causas que pueden acelerar la presentación de las lesiones degenerativas; además de la intensidad misma del trabajo impuesto al sistema arterial, es preciso tener en cuenta las infecciones, intoxicaciones, etc., las cuales serán incriminadas en muchos casos.

Entre las sustancias tóxicas, la secreción interna suprarrenal merece un lugar aparte. Experimentalmente la adrenalina determina muy fácilmente alteraciones ateromatosas en el conejo. Las lesiones regresivas (calcificación, degeneración de las fibras elásticas, y de las células musculares) son mucho más intensas que las modificaciones hiperplásicas, que faltan á veces. ¿Es porque la arteria no ha tenido tiempo de sufrir una hiperplasia marcada durante la duración relativamente corta de las experiencias? Pero el mismo lapso de tiempo basta á la adrenalina para producir lesiones degenerativas marcadas de tipo ateromatoso. La hipersecreción de las cápsulas suprarrenales, capaz de producir modificaciones hiperplásicas, como la experimentación ha demostrado, produce pués, al mismo tiempo de una manera rápida y precóz, lesiones degenerativas de las arterias. Así, se han encontrado en autópsias humanas indicios histológicos de funcionamiento exagerado de las cápsulas suprarrenales en casos de ateroma. (Josué, Kolisko, Widal y Boidín). También el tabaco determina, bien que en grado mucho menor, alteraciones degenerativas en las arterias, como lo han demostrado las experiencias de Boverí, Baylac, Gouget, etc. Solo la infusión ó maceración posee una acción nociva para los vasos. La nicotina por el contrario, no produce las lesiones ateromatosas cuando se inyecta á los ani-

males. También se obtienen lesiones semejantes con ayuda del plomo.

Las enfermedades infecciosas pueden también influenciar la nutrición de las paredes arteriales y determinar en ellas alteraciones degenerativas. Gilbert y Lión han obtenido lesiones ateromatosas, valiéndose de su bacilo de la endocarditis; yo mismo las he encontrado en un conejo que había recibido en las venas durante muchos meses, culturas del bacilo tífico esterilizadas por el calor.

Para concluir, repitamos que las lesiones de la arterio-esclerosis, son á la vez de orden hiperplásico y degenerativo; la hiperplasia debe ser atribuída al funcionamiento exagerado de los elementos elásticos y contráctiles de la pared arterial, las alteraciones degenerativas son debidas al *surmenaje* de la arteria hiperplasiada.

Añadamos que una misma sustancia nociva puede determinar á la vez modificaciones hiperplásicas y lesiones degenerativas, Tal es el caso de la adrenalina, la cuál produce sin embargo más bien alteraciones degenerativas que hiperplásicas.

Un caso de acrobatismo lingual. A G. Tapia, (Madrid.) (*Presse Medicale.*)

Con este título el autor refiere la historia de un enfermo, cuya lenga anormalmente movable le permitía cumplir verdaderos prodigios.

Así por ejemplo ha podido diagnosticar el mismo una hipertrofia de la amigdala faríngea, por lo cual ha venido á consultar.

Cierra á voluntad una ú otra coana. Para probarlo fuma, y hecha el humo alternativamente por la fosa nasal que quede libre.

Introduce la lengua por las coanas en las fosas nasales: puede demostrarse por la rinoscopia anterior, después de un toque con la adrenalina.

Comprueba la forma y el volumen de la amigdala faríngea y analiza los detalles anatómicos del rino pharinx, toca al borde posterior del septum, la cola de los cornetes el orificio de las trompas.

Es interesante hacer notar que ejecuto todos estos movimientos sin educación preliminar.

Algunas condiciones anatómicas y fisiológicas son necesarias

para la realización de tales movimientos; la poca adherencia de la lengua al suelo de la boca por longitud excesiva ó ausencia del frenillo; la posición muy hacia adelante del velo del paladar; la longitud anormal de la lengua; la laxitud exagerada de la aponeurosis del velo. Este último factor es el más importante. Parece también que estos sujetos tienen una aptitud innata para fraccionar los movimientos musculares de su lengua y la facultad de ejecutar cada movimiento con el único músculo que debe producirlo.

El autor termina estudiando el mecanismo de estos movimientos.

PREMIO NOBEL A CAJAL

El descubridor de la dinamita, Nobel, que allá en Dinamarca ha dejado instituido un premio de 100.000 pesetas al hombre que más se haya distinguido en ciencia ó arte, ha sido otorgado en dos años á dos españoles: Echeagaray y Cajal.

La modesta «Revista Médica Salmantina», envía al eximio histólogo, la expresión de su afectuosa admiración.

España entera se muestra orgullosa de contar á Cajal entre sus hijos.

Recetario

Contra la psoriasis

Brocq titula *traje de pomada* el método de aplicación á toda la superficie de la piel de los psoriásicos, así la sana con la enferma, de la pomada siguiente:

Aceite de enebro ó miera. 15 gramos.

Glicerolado de almidón. 85 —

Jabón de cocina, c. s. para emulsionar la mezcla.

Se limpian primeramente las chapas de psoriasis de la porquería que las cubre, y esto á favor de unturas cada noche con vaselina salicilada al 1 por 30, ó sencillamente con manteca, hasta que las chapas quedan libres de toda suciedad escamosa y pueda actuar el medicamento sobre su superficie. Suele ser obra de cuatro ó cinco noches. Logrado esto, y también al tiempo de acostarse, es untada toda piel con la pomada arriba formulada, y se pone al enfermo calzoncillos y camiseta de punto ó franela, con los que duerme. Al día siguiente toma un baño jabonoso general ó se le jabona hasta quedar limpio de la pomada, volviendo á ponerse el mismo traje interior empapado de pomada, después de engrasar otro poco la piel con nueva cantidad de ella. La curación es rápida, y la primera ventaja del tratamiento está en impedir que la psoriasis se extienda á la piel sana. Al otro día se dá nuevo baño jabonoso ó nueva jabonadura, y no se vuelve á emplear el tratamiento sino en caso necesario.

Dismenorrea dolorosa de las jóvenes

Extracto fluido de <i>viburnum</i>	10	gramos.
Antipirina.	5	—
Bromuro de potasio.	5	—
Alcohol de 60°	20	—
Jarabe decortezadenaranjas amargas.	75	—

M.

Dosis.—Una cucharada grande dos ó tres veces al día en el momento de las comidas.

Tos ferina

(*Koplik*.)

Tintura de digital.	1	gramo.
Antipirina	2	—
Elixir paregórico.	4	—
Jarabe de tolú.	60	—

M.

Dosis — Toda la fórmula á cucharadas en las veinticuatro

horas, á los niños mayores de cinco años y la mitad á los de menor edad.

— —
Vómitos del embarazo
(Laségue.)

Tintura de iodo. xv gotas.
Agua de menta. 30 gramos.

M.

Dosis.—Veinticinco gotas cada hora.

ó:

Tintura de iodo. } aa. 5 gramos.
Cloroformo }

Dosis.—Cinco gotas mañana y noche, en el momento de las comidas, en un poco de agua.

— —
Gastralgia

(Huchard.)

Estovaina. 40 centigramos.
Magnesia hidratada. 12 —
Creta preparada. } aa. 8 —
Bicarbonato de sosa }

Dosis.—Uno después de la comida.

— —
Inhalaciones en la bronquítis crónica

En un frasco de boca ancha con tapón de corcho atravesado por dos tubos de cristal en ángulo recto, y uno de los cuales llega hasta casi el fondo del frasco, en tanto que el otro apenas pasa del tapón, se echan 80 c. c. de la disolución siguiente:

Mentol. 50 centigramos.
Tigenol. 50 —
Guayacol cristalizado 1 gramo.
Tintura de eucalipto. 45 centigramos.
Alcohol de 60° 20 gramos.
Agua destilada 160 —

Se hacen tres inhalaciones diarias de á cinco minutos cada una, respirando en la inmediación de las extremidades externas de los tubos.

Cólicos hepáticos

- Aceite de oliva 150 á 400 gramos.
- Coñac. 15 gramos.
- Mentol. 5 centigramos.
- Yemas de huevo. Núm. 2.

Para tomar por vía de desayuno en dos veces, con un cuarto de hora de intervalo, y por largo tiempo.

Contra las epístaxis frecuentes

(Mandini.)

Se introduce en la nariz, todos los días, durante algún tiempo, un poco de la pomada siguiente:

- Solución de adrenalina al milésimo. } aa. 1 gramo.
- Vaselina. } aa. 1 gramo.
- Soziodolato de sosa } aa. 1 gramo.
- Clorhidrato de cocaína. 10 centigramos.
- Lanolina 10 gramos.

Tónico muscular y diurético

(Huchard.)

- Formiato de sosa. 10 gramos
- Jarabe de corteza de naranja agria . . . 20 —

Mézclese para tomar de tres á cuatro cucharadas de sopa diarias durante un mes.

Noticias

El estado sanitario de Salamanca durante el pasado mes, no ha tenido notas salientes; no hay viruela, ni las fiebres infecciosas han aumentado. Iníciase un pequeño recrudecimiento del sarampión en los niños y no faltan anginas de falsas membranas, sin caracter maligno afortunadamente.

* * *

Para formar parte del Tribunal que ha de juzgar las oposiciones á la cátedra de Higiene de Madrid, ha sido nombrado, el profesor salmantino don Antonio Díez, á quien felicitamos por tal honor.

*
*
*

El catedrático y director de esta Revista don Indalecio Cuesta, pasa por la amargura de haber perdido á su amante esposa, que ha bajado al sepulcro, víctima de una cruel y crónica dolencia.

La «Revista» se hace intérprete de los sentimientos de afecto que con este motivo ha recibido el señor Cuesta de todos sus amigos y le acompaña en su dolor.

*
*
*

Otro luto hay también que registrar entre los universitarios: ha muerto don Mamés Esperabé y Lozano, que durante muchos años fué Rector de nuestra Universidad.

El señor Esperabé, ha legado á este centro docente la cantidad de cinco mil pesetas, además de mil quinientas á cada una de las Facultades de Ciencias y Medicina.

Reciba el hijo del finado, don Enrique Esperabé, la expresión de nuestro pesar por tal desgracia.



*Estadística demográfica sanitaria
de Salamanca.*

Mes de Octubre de 1906

Nacimientos viables.	{	Varones . . . 41	{	Ilegítimos. 5
		Hembras. . . 28	{	Idem. 3
Idem no viables	{	Varones . . . 0	{	Idem. 0
		Hembras. . . 1		
			Totales.	78
Defunciones	{	Varones . . . 42	{	contags. Varones. . . 2
		Hembras. . . 44	{	Hembras . . . 0
			Totales.	82
Matrimonios, 13				

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