

Revista Médica Salmantina

R. 2306

ABRIL DE 1906.

SECCION CLINICA

Clínica de enfermedades de la infancia

=

Un caso de tuberculosis meníngea

por Francisco García Alonso

Alumno observador

=

Anamnesia

El día 3 de Noviembre se presentó, cogido de la mano de su madre, en esta Clínica de Enfermedades de la Infancia, el niño Francisco, de 6 años de edad, de temperamento nervioso, de regular constitución. Natural de Salamanca y habita en la Ronda de Corpus, número 16.

Conmemorativo patológico

De antecedentes hereditarios nada nos dice su madre respecto á las enfermedades que hayan padecido ni su marido ni ella, pues siempre han gozado de buena salud. Referente al niño, no ha tenido enfermedades propias de la infancia, como tampoco los dos hermanitos que en la actualidad viven.

Dice la madre que antes de notar al niño los trastornos que á continuación expresamos, tuvo vómitos y malestar general, pero que no le impedían para que jugase con los demás niños; tras-

currieron en este estado unos ocho ó diez días sin advertirle más que estas ligeras alteraciones, á las cuales los padres no dieron importancia, ni quisieron avisar al Médico, pues no lo creían necesario; lo único que le dispusieron fué una purga, con la cual el niño no halló mejoría alguna.

Una mañana advirtió la madre al levantar al pequeño de la cama que éste tenía la cabeza inclinada hacia el lado derecho, así como también la boca á este mismo lado y además que no cerraba el ojo derecho por completo, dando á la fisonomía del niño aspecto particular, que después hemos tenido ocasión de ver en la consulta.

Asustada la madre al ver al niño con la cabeza torcida, creyó que se le habían encogido los *tendones del cuello*, pues así lo manifestó y trató de imprimir movimientos á la cabeza, manifestándose por muestras de dolor que el niño daba.

Interrogada la madre, si el niño había tenido calenturas antes ó después del estado en que se encuentra en la actualidad, dice que nunca le advirtieron calenturas.

Preguntada asimismo si el parto de este niño fué normal y si tuvieron que hacerla alguna operación, manual ó instrumental, dice la madre que el parto fué normal, como el de los otros dos hijos y que respecto á operaciones no tuvieron que intervenir para nada; asimismo no sospecha á qué puedan ser debidas las alteraciones que el chico sufre.

El día 3 de Noviembre fué encargado de hacer la historia de este enfermito.

Estado actual

Hábito exterior.— Nos encontramos con un niño que tiene la cabeza y boca inclinadas hacia el lado derecho.

El ojo izquierdo no le cerraba por completo. «Lagoftalmus» dejando ver entre el borde libre de los párpados, la esclerótica y parte de la córnea. Es lo que primeramente llama nuestra atención en la fisonomía del niño.

Un reconocimiento detenido del enfermito por el señor Profesor de la asignatura, permitió ver que pasando la mano por la columna vertebral y parte cervical al nivel de las apofisis transversas del atlas y axis existía un hundimiento bastante pronuncia-

do, y que dejando el pulpejo del dedo en el hundimiento, el niño aqueja dolor poco intenso; pero lo más saliente es que la cabeza tiene tendencia á ocupar su posición normal.

El dolor se manifiesta no solo al tratar de inclinar la cabeza al lado opuesto, sino al mandar al niño que silbe ó haga muecas, es decir, al verificar contracciones con los músculos de la cara.

Le cuesta mucho trabajo al enfermo sacar la lengua fuera de la boca, y no puede hacerlo más que con parte de ella, inclinándose hacia el lado derecho y ésta animada de cierto temblor.

La locomoción es algo anormal, pues el enfermo se inclina también un poco hacia el lado derecho, dirigiendo la punta del pie del mismo lado ligeramente hacia adentro. Los movimientos de los brazos en la locomoción son desordenados, pues mueve con más rapidez el izquierdo, aunque hay que fijarse con detenimiento, pues la diferencia es muy poca.

Por parte del aparato digestivo, aparte de los vómitos que ha tenido y que en la actualidad han desaparecido, se encuentra normal, pues tiene apetito, hace buenas digestiones y la defecación con toda regularidad.

Secreciones.—Normales.

Aparato circulatorio también normal. El número de pulsaciones corresponde á la edad del enfermo.

Aparato de inervación.—A este aparato corresponden las alteraciones antes expresadas, traducidas por la abolición completa del reflejo rotuliano de la rodilla derecha y casi completo de la izquierda, pues aunque existe está también muy atenuado.

Existen trastornos por parte de la sensibilidad y más á la acción de la electricidad en el lado afecto, pues en éste la presencia de los electrodos se hace menos manifiesta que en el lado contrario, traducida la sensación en el enfermo por las contracciones musculares y el dolor en el lado sano.

Diagnóstico

Por los antecedentes suministrados por la madre y los síntomas locales y generales recogidos del enfermito, se trata de una «Parálisis facial de dudoso origen periférico».



Diagnóstico diferencial

Podemos confundirla con la polio-encefalitis superior; se ven los párpados medio cerrados y los ojos fijos. Pero podemos tam-

bién confundirla con la parálisis por polio-encefalitis inferior que consiste en la imposibilidad de silbar y de soplar, en la dificultad de la palabra y de la deglución, en la parálisis progresiva de la lengua.

En nuestro enfermito objeto de estudio hay parte de la polio-encefalitis superior, algunos síntomas parecidos; pero los hay también diferenciales y muy salientes que desde luego nos hacen no pensar en el diagnóstico de polio-encefalitis, así como tampoco en la inferior, en que casi nada se parecen.

Con las parálisis *á frigore* que causa el frío muchas veces de la funicular; pero la parálisis *á frigore* se nota una gran predisposición por parte de estos enfermos, en los cuales la mayor parte sufren diátesis reumática y son neurópatas, degenerados, y en este enfermito ni hay ni ha habido reumatismo. ni en su familia hay neurópatas y él, por su poca edad, no está en condiciones de serlo.

Con las parálisis de origen intratemporal, pues sabemos que las parálisis del facial pueden ser de origen periférico intratemporal, parálisis de bulbo protuberancial, de origen cerebral.

Con las de origen intratemporal tiene síntomas muy parecidos, pero siempre es debida esta parálisis á lesiones múltiples, fracturas, otitis, periostosis, caries del peñasco, y en nuestro enfermo no ha existido ninguna de estas lesiones; además se manifiesta por trastornos en el órgano del gusto, el cual se encuentra pervertido; la sensibilidad gustativa falta en los dos tercios anteriores de la mitad paralizada; esta perturbación se debe á la parálisis de la cuerda del tímpano, la cual produce la pérdida del gusto. Existe también sequedad de la boca y disminución de la saliva.

El órgano del oído suele afectarse también y se traduce por exageración en la sensibilidad auditiva del lado paralizado.

En el enfermo nuestro no hay nada de esto.

Con la parálisis de origen bulbo-protuberancial, la hemiplegia facial de origen bulbo-protuberancial, va siempre asociada á una hemiplegia cruzada de los miembros. En el caso que nos ocupa vemos que los trastornos por parte de los miembros son muy escasos.

Parálisis de origen cerebral que hay que dividirla en dos variedades, según que la lesión sea central ó cortical.

Las lesiones centrales del cerebro, bien sean hemorragias,

ó reblandecimiento, siempre van acompañadas de hemiplegia común. La hemiplegia facial ocupa siempre el mismo lado que la de los miembros y presenta los siguientes caracteres: la cara no está paralizada sino en su parte inferior, el orbicular de los párpados es casi siempre respetado. En la hemiplegia de origen cerebral no solo se salva el orbicular de los párpados, sino que se conservan en estado normal todos los músculos que se hallan asociados.

Las lesiones cerebrales de origen cortical la hemiplegia que provocan puede ser muy parecida á la de origen cerebral central. El facial inferior es el único que se paraliza; la hemorragia facial se asocia á la de los miembros del mismo lado. Todo lo contrario ocurre en la parálisis de origen periférico que no se acompaña de parálisis de los miembros, siendo este síntoma por sí solo bastante para poderla diferenciar.

Con las parálisis es muy difícil poder hacer el diagnóstico diferencial. Es confundible con la parálisis sífilítica precoz, pues la manera repentina y brusca de presentarse y la parálisis rápida del facial que ataca lo mismo al superior que al inferior; la pérdida del gusto en los dos tercios anteriores de la lengua del lado paralizado; la desviación de la úvula, las modificaciones del oído. Es probable que sea debida esta parálisis á una lesión ósea ó meníngea que comprima el nervio facial en el trayecto de este nervio por el acueducto de Falopio. Si se puede confundir con el diagnóstico que hemos hecho, pero los antecedentes hereditarios del enfermo, la poca edad de éste y la presencia de lesiones sífilíticas nos sacarían de dudas.

Con la parálisis sífilítica tardía, en la cual encontramos alteraciones del gusto y está acompañada de dolores, algunas veces muy intensos y continuos y que suelen reaparecer por accesos más fuertes, que quitan por completo el sueño. Los dolores existen en más de la mitad de los casos. Unas veces preceden á las parálisis y otras aparecen con ella y tienen los dolores sitio de predilección: detrás de la oreja, el carrillo, la sien y la frente.

El enfermo nuestro tiene dolores, sí; pero es cuando se ejerce presión sobre el hundimiento de la columna cervical; pero son dolores tolerables y no tienen tampoco tanta intensidad.

Pronóstico

Hemos de hacer un pronóstico distinto según sea el sistema nervioso central, periférico ó medular. Las lesiones del sistema nervioso central, en general, no son favorables. Las de la médula son más desfavorables. El pronóstico de las periféricas, en general, es más favorable que el de las centrales.

El pronóstico de la parálisis facial inferior funicular y de origen periférico, lo hago leve, porque con el tratamiento que en estos casos se pone en práctica, se consigue la curación.

Tratamiento

El tratamiento debe dirigirse, en primer lugar, á combatir la causa (tratamiento causal).

Si interviene la sífilis, están indicados el yodo y mercurio.

Si la parálisis facial es de origen reumático, el ácido salicílico y el yoduro de potasio.

Hemos de procurar el tratamiento local: pinceladas de yodo.

El verdadero tratamiento en esta afección es la electricidad. Se puede emplear la corriente farádica y galvánica y se electriza también el sistema nervioso periférico y el central.

La electrización periférica no es solo local, sino que también se extiende al sistema nervioso central, porque la irritación producida por vía centripeta, se transporta, por vía refleja, á las fibras vaso-motoras ó también á las tróficas.

La acción que la electricidad produce es muy variable; lo mismo la corriente farádica que la galvánica producen contracciones musculares é influyen mejorando la nutrición de los músculos.

Sabemos que la farádica produce contracciones más energicas que la galvánica; si los músculos reaccionan á su aplicación, será preferida cuando tratemos de ejercer excitaciones musculares.

Se atribuye á la electricidad la propiedad de activar la reabsorción de los productos patológicos en el sistema nervioso central, *exudados inflamatorios* y de detener *procesos degenerativos*. Para estos fines se emplea más la corriente galvánica que la farádica.

La intensidad de la corriente será muy débil en el cerebro, pues este órgano es muy sensible para las acciones eléctricas.

En la médula espinal podemos emplearla algo mayor y el máximo al periférico.

Para la galvanización del cerebro haremos pasar transversalmente la corriente por el cráneo. Para galvanizar la médula se aplican dos electrodos sobre los lados del Raquis y se deslizan á lo largo de la columna vertebral. Para la periférica el cilindro amasador. Para ejercer tracciones reflejas sobre el sistema nervioso central, conviene emplear la corriente farádica.

La hidroterapia

Emplearemos estos procedimientos hidroterápicos de poca duración y cuanto más se aproxime la temperatura del agua que empleemos á la del cuerpo. La recuperación del calor la podremos obtener por frotaciones de la piel á seguida de la aplicación del agua.

Procedimientos especiales.—Baño indiferente.—Es el baño ordinario de 33 á 35 grados. Cuando la aplicación es prolongada una hora, obra como calmante, los miembros fijos y rígidos se hacen en él más movibles de un modo activo y pasivo.

Los baños indiferentes los podemos usar contra las parálisis de todas especies.

Baños calientes.—Baños en pila entre 35 y 40 grados; baño de vapor, baño de aire caliente, baño de arena (45 á 50 grados) por lo general solo se emplean en las enfermedades nerviosas periféricas.

Baños con administración de sales (baños activos) de 1 á 4 por 100 de sal comun (sal impura).

En los enfermos de la médula espinal se usan los baños antes citados, recurriendo esencialmente á los baños salados con ó sin ácido carbónico; prestan muy buenos servicios contra las enfermedades nerviosas periféricas. La temperatura variará entre 30 y 34 grados y de 5 á 10 minutos de duración.

Baños frios.—En el agua solo se introducen los miembros inferiores y la pelvis; la temperatura de 30 grados y se rebaja hasta 25.

Fricciones húmedas.—Con trapos mojados en agua se frota todo el cuerpo ó sus diversas partes.

Baños con esponja.—Sobre una bañera se echa agua sobre el pecho del enfermo.

Envolturas húmedas.—Pueden hacerse en todo el cuerpo (envoltura general) ó en alguna de sus partes, pecho ó vientre.

Masaje y gimnasia.—Estos medios prestan muy buenos servicios contra la parálisis y sobre todo para combatir las contracturas, pues activan la circulación y nutrición local y resuelven los exudados.

Agentes medicamentosos al interior. - El arsénico ocupa lugar preferente como tónico nervioso.

El arsénico le prescribiremos en gotas.

Solución arsenical de Fowler, 10,0 g.

Agua de canela ó de menta piperita 120,0 g.

para tomar de cinco á diez gotas en agua tres veces al día y después de las comidas; cada dos días se aumentará una gota hasta llegar á 30 gotas tres veces al día. La dosis se disminuye en la misma forma.

También le podemos mandar en píldoras

El ácido arsenioso 0,5 gramos

Pimienta negra 5,0 »

Mucilago goma arábica para hacer 100 píldoras.

La dosis inicial es dos píldoras; se aumenta luego hasta diez píldoras por día; después se rebaja de nuevo.

El nitrato de estriquina, sobre todo en inyecciones subcutáneas (0,0005 á 0,001 g. por dosis). También en forma pilular. En las enfermedades espinales hay que prescindir de la estriquina, porque puede irritar malamente a las células gangliónicas de las astas anteriores.

En la actualidad se manda

Nitrato de estriquina, 0,01 centígramo.

Agua, 10 gramos.

Para inyectar diez gotas.

Etiología

Muchas son las causas que pueden dar lugar á esta clase de enfermedades nerviosas. Tenemos, en primer lugar, los traumatismos; representan un importante grupo: se les observa con más

frecuencia sobre el sistema nervioso periférico; y tenemos las compresiones.

En el sistema nervioso central las roturas de los huesos del craneo ó del espinazo, determinan la destrucción del sistema nervioso, que puede dar lugar á hemorragias entre las meninges.

Los estiramientos bruscos del Raquis pueden producir desgarrros vasculares.

Las enfermedades infecciosas como la viruela y escarlatina, pueden resentir al sistema nervioso.

Los enfriamientos como causa de enfermedades nerviosas.

La herencia juega un papel importantísimo.

Reflexiones

Si en los antecedentes hereditarios del enfermo, hubiera padecido enfermedades infecciosas como la viruela, sarampión, escarlatina, etc., ó tuviéramos noticia de que el enfermo había recibido alguna caída ó golpe, así como si en su nacimiento tuvieron que hacer aplicación del forceps;

Si la madre del niño nos hubiera dicho que el pequeño había padecido inflamaciones del oído, otitis ó caries del peñasco, el diagnóstico no daría lugar á dudas. Lo mismo si la madre fuera histérica, así como el padre un alcohólico. Si supiéramos que al enfermito le hicieron compresiones fuertes en la cabeza en el momento del parto, el diagnóstico hubiera sido muy fácil, pues se sabe que la aplicación del forceps es una de las principales causas de esta clase de parálisis. Pero desconociendo como desconocemos la causa ó causas que dieron lugar á estos trastornos, tenemos que hacer el diagnóstico por los síntomas que se ven en el enfermo. Es muy fácil diagnosticar una parálisis facial; pero lo verdaderamente difícil es averiguar en qué punto de los distintos que el facial atraviesa es donde sufre la compresión ó causa que puede determinar la parálisis.

Existen parálisis de origen periférico, de origen intratemporal, de origen bulbo-protuberancial y de origen cerebral, suministrando casi todas ellas síntomas muy parecidos.

Asimismo en el trayecto periférico es bastante difícil de diagnosticarla, pues el trayecto periférico se divide en una porción intracraniana, otra correspondiente al conducto de Falopio y terminaciones periféricas, y las parálisis pueden residir en todos estos tramos; de aquí la dificultad que existe para diagnosticar.

En el diagnóstico diferencial, como todo él se reduce á las parálisis del facial en cualquiera de los puntos que toma su origen, he tenido que sacar los síntomas más culminantes y que más llaman la atención en las distintas clases de parálisis del facial.

El pronóstico lo hago favorable por el poco tiempo que hace está enfermo el niño y por el tratamiento de que disponemos, y que podemos decir que muchas veces cura estas parálisis, y cuando no, siempre alivia á los enfermos.

La hidroterapia es bien apropiada en todas las formas que la empleemos como tónico y calmante del sistema nervioso.

El arsénico también es muy buen tónico del sistema nervioso.

Comentarios de este caso

por el Dr. PINILLA.

He querido dejar el escrito anterior de mi discípulo sin tocarle ni revisarle. Tiene los defectos que casi todos los trabajos clínicos de los alumnos. Se empeñan en pasar revista á toda la Terapéutica teórica, cuando se les recomienda que lo útil es decir lo que en aquel caso concreto podría hacerse, ó más fácil aun, lo que se ha hecho. En la historia clínica anterior sale, pues, á relucir todo lo *libresco*, y poco lo personal. Además, el alumno no ha seguido la observación y da en su trabajo la impresión de las primeras inspecciones.

Pues bien, este caso, que á primera vista parecía una parálisis facial periférica, ha terminado por la muerte, á los tres ó cuatro meses de haber comenzado el mal. La parálisis del facial (superior é inferior) fué seguida de dolor de cabeza y vértigos—que apuntaron al comienzo—y repentinamente alumbró la fiebre, los vómitos, la constipación y las convulsiones generales: el cuadro de una lepto-meningitis, que en mi concepto fué consecutiva á una tuberculosis cerebral antes que meníngea, pues no es una mera antítesis el decir que hay tuberculosis meníngea y meningitis tuberculosa.

La infiltración de pequeños nódulos tuberculosos sobre ó entre la piamadre, puede producir por su caracter de generalización y de asiento fenómenos inflamatorios unas veces, fenómenos paralíticos otras. Si aceptamos que la propagación del bacilo específico se realiza por la vía sanguínea (frecuencia en los procesos

tuberculosos en la coroides y espacios coroideos) la tuberculosis tendría antes que nada síntomas de foco, discernibles ó no, que síntomas de generalización. Si la propagación se efectuara por las vías linfáticas ó vehiculada por los fagocitos, la generalización sería más rápida y general. Ninguna de estas dos maneras de propagación debe admitirse exclusivamente, y de aquí que unas veces el tubérculo nos dé preminentemente síntomas de tumor, y otros síntomas de noxa inflamatoria.

En nuestro caso, el tuberculoma ó los tumores fímicos debieron tener su primitivo asiento cerca de las fibras de origen del facial y del motor ocular comun (lagoftalmus izquierdo). Si hubiera sido ganglionar ó la lesión se hubiera situado en el puente ó en la protuberancia, hubiese habido parálisis cruzada, otros nervios afectos, otros síndromes en fin. El síntoma inicial fué la parálisis del facial, interviniendo luego el motor ocular. Meses después vinieron la cefalalgia, la fiebre, las convulsiones, y ni aun entonces se paralizó el brazo opuesto, ni se dificultó la deglución, ni el pulso se hizo lento.

No había, ni hubo nunca, nada otítico; no hubo tampoco alteraciones del gusto, ni en el velo ni en la deglución.

El síntoma de Bell no existía: el enfermo cerraba los párpados al dormirse y al mandarle que cerrase los ojos, pero al ordenarle abrirlos, el párpado superior izquierdo quedaba caído casi del todo, y el globo del ojo se dirigía arriba y adentro.

Manifiestamente no estaba atacada la raíz sensitiva ó nervio accesorio de Wrisberg y, sin embargo, el hecho de estar afectas las fibras del facial superior é inferior, hacían afirmar que la lesión era periférica. El niño ha muerto sin manifestar ese conjunto de síntomas que forman los llamados síndromes de Millar-Gubler, Weber ó Benedikt, sin manifestar lesiones bulbo-protuberanciales. El niño murió, como mueren los meningíticos: con escasa fiebre, coma, antecedido de vértigos, convulsiones, vómitos, constipación y dolor de cabeza.

Tal es la particularidad del caso, y lo que me hace pensar que se tratase aquí de una tuberculosis primitiva cerebral, que se irradió luego á las meninges.

Las glándulas suprarrenales

(Estudio histológico)

por Tomás Rodríguez Pinilla

Alumno del tercer grupo de Medicina

(Continuación)

Pasemos al estudio particular de las células de esta localidad suprarrenal. Para simplificar su estudio, vamos á observar tres tipos celulares de su evolución.

En el *primero* la célula, que tiene de 15 á 20 micras, se parece mucho á las que hemos descrito en la fasciculada; se encuentra situada en la parte externa de la vesícula; sus límites son casi siempre muy marcados. Tiene una forma poliédrica ó cilíndrica; el protoplasma presenta finísimas granulaciones amarillentas de las que hemos descrito, y conserva restos de una reticulación; el núcleo, que en algunas células puede ser doble, presenta de ordinario la forma de cromatina reticulada, iniciándose una concentración cromática que más tarde ha de ser llevada al máximum.

Las células del *segundo tipo*, que ocupan la capa intermedia de la vesícula, han sufrido modificaciones de importancia; sus contornos se hacen más indecisos, el protoplasma se presenta casi lleno de las granulaciones amarillas que luego lo van á reemplazar por completo; la reticulación ha desaparecido casi toda, y, por último, el núcleo, la cabeza de la célula, es lo que ha sufrido las modificaciones más importantes: vese muy acentuada la concentración cromática que ya se inició antes, apareciendo ésta acumulada en dos ó tres gruesos gránulos cromáticos, alguno de los cuales puede estar ya situado fuera del núcleo; otras veces la cromatina está condensada en un gránulo único, el cuál está rodeado de un espacio circular brillante que le hace resaltar mucho, persistiendo todavía el viejo núcleo, del cual ocupa la posición central; y, por último, acentuándose este proceso, acaba por verificarse la enucleación de la cromatina, ó *kariorraxis*, que se dispersa por el protoplasma. Desde este momento la célula, que ha cumplido su ciclo evolutivo, sin protoplasma, deshecho el núcleo, que es su órgano capital, pasa al

Tercer tipo: las células, si es que así puede llamarse á las que constituyen este grupo, ocupan el centro ó un polo de la vesícula, resaltando sobre las demás á causa de su gran refringencia. Les daremos el nombre de *ocrocitos* (1) á causa de su color y forma. Vistas á pequeños aumentos aparecen como una masa amarilla, casi siempre esférica ú ovoídea que ocupa el centro de la vesícula ó un polo de la misma. Pero observadas con un buen objetivo de inmersión, se nota que la masa que constituye el ocrocito no es homogénea, sino que está formada por la agrupación de esferitas pequeñísimas, unidas entre sí á favor de un estroma probablemente albuminoídeo; además, los restos de cromatina que se nuclearon y dispersaron por el protoplasma han confluenciado entre sí y formado un vestigio nuclear, que, sin embargo, nada tiene que ver con el verdadero núcleo, de forma semilunar ú otras variadísimas (estrellada etc.,) que ocupa el borde del ocrocito y que en las preparaciones teñidas con carmín resalta vivamente del medio que le rodea.

Ya está formado el producto de secreción de esta zona, el ocrocito. ¿Por qué medio va á eliminarse? Cuestión es ésta que ha quedado por resolver. Sin embargo, nosotros, examinando los múltiples preparados que hemos hecho con este objeto, podemos afirmar que el ocrocito va á verterse en los *capilares sanguíneos* situados en esta región y los periféricos de la sustancia medular; no es raro verlos fuera de las vasículas que les han dado origen y después en el interior de los vasos venosos que abocan á la vena ó venas centrales. ¿Cómo penetran? No se sabe. Y aquí entramos de lleno en el campo de la hipótesis. Quizá lo hagan á favor de un reblandecimiento del cemento interendotelial de estos vasos, ó bien por ósmosis ú otro procedimiento hasta ahora desconocido. Pero el hecho es que éstos se eliminan por la vía sanguínea y directamente.

Además pueden encontrarse en esta región vesículas abiertas, que pueden segregar la lecitina; pero el proceso es el mismo que el que hemos descrito para las demás capas corticales, y no hemos de repetirnos. Solamente haremos notar que las vacuolas que dejan tras sí las gotas de grasa que se disuelven son mucho mayores, pues ocupan casi toda la célula, y que en ellas parece algunas veces que se encuentra el núcleo.

(1) De dos palabras griegas que significan "célula amarilla,,")

En resumen: hemos vistos que la corteza de las glándulas suprarrenales tiene procesos de secreción múltiples: en las dos zonas externas, y aun en parte de la interna, la secreción de las grasas forforadas (las lecitinas, que tanta importancia van adquiriendo hoy en día gracias á los estudios de química biológica de Springer, Bouchard, Chauveau y Danilewsky, su descubridor, investigaciones que le atribuyen un papel importantísimo en el crecimiento y desarrollo del individuo. Esta grasa se puede presentar bajo dos aspectos distintos: uno, de grasa casi insoluble en los reactivos ordinarios, que la respetan (grasa *indelebil*, de Bernard y Bigart; y otro, de grasa más soluble (grasa *labile*, de los mismos autores). También han sido confirmadas por Mulou, valiéndose de un procedimiento polarimétrico, siendo hoy admitida su existencia por todos los autores sin excepción.

En fin, la capa glomerular representa, además, una zona *germinal*, con respecto á las demás de la corteza.

Estas grasas se vierten en el sistema linfático de un modo lento y continuo, y por fusión parcial de las células, ó sea lo que llamó Ranvier una secreción *merocrina*.

En la zona interna, la secreción de esos cuerpos especiales, los ocrocitos, que quizá desempeñen un papel importante (¿antitóxico?) hoy desconocido, pues rechazamos en absoluto su intervención activa en cuanto á origen de melanodermias, hipótesis que no ha tenido hasta aquí otro apoyo que el empírico. Estos ocrocitos se vierten en los capilares sanguíneos directamente, y además hay fusión completa de las células, constituyendo una secreción *holocrina*.

En las unas, la secreción es merocrina; en la otra, holocrina; en las capas primera y segunda, los productos de secreción se vierten en los linfáticos, haciéndolo las de la tercera en la sangre. Tal es el estado actual de la cuestión.

Región medular.—La sustancia medular ocupa el centro ó un polo del órgano suprarrenal (mamíferos), pudiendo compenetrarse con la corteza (pájaros), ó bien constituir una glándula aparte, como sucede en los elasmobranquios, en los cuales ocupa la posición suprarrenal característica, constituyendo entonces la corteza un órgano impar y medio, colocado entre los dos riñones, y llamado inter-renal. Estos últimos datos son clásicos, y los debemos al insigne embriólogo inglés Balfour.

Como la medula atraviesa la región cortical en un período temprano del desarrollo, pueden encontrarse más tarde restos de sustancia medular empotrados en la cápsula conjuntiva de la glándula; y por la misma razón, en la región medular pueden hallarse células corticales que arrastró aquélla en su emigración. Otras veces, sobre todo en aquellos animales que tienen abundante tejido conjuntivo, se encuentra marcadamente separada de la corteza por un tabique de esa naturaleza, como sucede en el perro.

En algunas especies, la medula resalta de la corteza, por la forma de sus células, por su disposición, etc., como sucede en el cobaya, en el que parece que la separación de estas dos partes es absoluta, lo cual, por otra parte, ocurre en la mayoría de los casos (cobaya, perro, buey, etc.) En otras especies no es tan marcada la diferenciación, bien porque sus límites no sean tan precisos, bien por el carácter de sus células, etc.; y esto ha dado origen á una hipótesis muy sugestiva, que supone que tanto la corteza como la médula provienen de un esbozo embriológico único, no representando ésta más que una fase evolutiva de aquélla. Los autores de esta teoría (Gottschau y Srdinko) describen los tipos de transición, como ya hemos dicho. Pero hoy, por lo menos, no se puede admitir esto, dado que parece bien probado por los embriólogos el distinto origen de estas regiones. No entraremos á discutir las distintas opiniones que aun en esta teoría dualista abundan, por no ser propio de este lugar, dada la índole de este trabajo.

Así, pues, admitiremos con Hertwig, Balfour, Braun, Kolliker y Mitsukuri, que la sustancia medular se forma á expensas del cordón ganglionar simpático; y pasaremos á su estudio.

Macroscópicamente la medula se colora de negro por el ácido ósmico, cuando no ha sido preliminarmente lavada; el producto de secreción no es, pues, una grasa; en verde por el percloruro de hierro (Vulpian) y en rojo por los bicromatos y cromatos, llamándose esta reacción *cromafine* por Henle, que la descubrió, la cual es de gran importancia. Estas tres reacciones juntas son de gran valor, pero aisladas (á no ser la de Vulpian) no tienen tanto, pues la reacción del osmio es común á otra multitud de sustancias y lo mismo pudiéramos decir de la cromafine de Henle; pero, sin embargo, reunidas constituyen una prueba irrefutable de la presencia de sustancias hipertensoras ó vasotónicas, pues la adrenalina, que es el producto de secreción de esta región suprarrenal, presenta *in vitro* las mismas reacciones.—(Concluirá).

Revista de Revistas

De la sensibilidad y la arterio esclerosis, por A. Setiene.—
(«Presse Medicale» Marzo 1906)

La vejez ha parecido siempre como una causa de decadencia y de desórdenes. En la ignorancia de causas exactas se la han imputado muchos hechos de los que no es responsable. No se cree hoy, que por el solo hecho de la edad, las lesiones se produzcan en el aparato cardio-vascular.

Durante mucho tiempo se ha pensado que la vejez determina ciertas afecciones y en particular el endurecimiento de la arteria y el ateroma. Esta noción nos ha sido tan fuertemente inculcada que siempre constituye una sorpresa encontrar en un viejo un pulso normal.

En las autopsias hechas en viejos, diariamente se nota la integridad del sistema arterial y del tejido de la válvula cardiaca. De aquí que se haya comenzado á refutar esta idea. Hodgson en el siglo XVIII había considerado el endurecimiento de las arterias como un hecho patológico y no como dependiente de la vejez y hoy está suficientemente probado que la esclerosis, bajo todas sus formas si se encuentra con más frecuencia en la vejez no es debido á la edad, sino á causas patológicas á ella extrañas.

Lecorché en 1869 había demostrado que para producirse el ateroma arterial era necesario un *proceso irritativo* anterior, que no tenía con la edad más que relaciones secundarias.

Brault ha sustituido en la etiología de la arteritis la influencia del temperamento y de la herencia á la de la edad.

La escuela contemporánea explica de otro modo la patogenia de la arterio esclerosis. Todo agente físico ó químico, sea por sí ó por intermedio de la materia viva, es susceptible de trastornar los procesos fisiológicos y hacerlos patológicos.

Los fenómenos de reacción, inflamatorios, llevan consigo alteraciones en las células fijas y en los líquidos orgánicos, aunque parece que el papel predominante en estos hechos debe atribuirse á la célula leucocitaria, pues está encargada de la defensa del cuerpo humano y su intervencióu es la que decide las cosas. La forma de las lesiones y aún su evolución están bajo la dependencia del fagocito según Cohnheim y Metchnikoff.

Ahora bien; si la reacción que el hombre opone á la multitud de influencias perturbadoras á que está sometido es perfecta, su vejez será normal; pero si, aunque suficientes, son imperfectas, la senilidad de los órganos es el resultado. Pero no se crea que la lesión producida por esta reacción deficiente queda estacionaria, sino que evoluciona sin cesar, por actuar las mismas causas y venir á menos la protección normal del organismo.

*
* *

Hoy existe la tendencia de atribuir á la arterio-esclerosis casi todas las alteraciones seniles. Las consecuencias de «la arterio-capillary-fibrosis» de Güll y Sutton han sido considerables. Huchard las ha desenvuelto y generalizado.

Veamos los principales puntos de esta teoría. El punto de partida es una irritación. La arteria reacciona con un espasmo, el que, haciéndose continuo, eleva la presión arterial, hipertensión que á la larga provoca la inflamación de los vasos, es decir la arterio-esclerosis.

El ateroma, frecuentemente confundido con la arterio-esclerosis, no sería más que una consecuencia de esta. Parece necesario para que el ateroma se produzca, que los vasa-vasorum padezcan de arterio esclerosis; es pues el ateroma un grado avanzado de esclerosis arterial.

Como en ciertos casos la arterio-esclerosis es un fenómeno morboso se ha buscado la causa y así en su etiología figuran, el reumatismo crónico, la gota, la diabetes, litiasis biliar y renal, la sífilis, el paludismo, las grandes infecciones, las intoxicaciones, etc., aunque desconozcamos como obran estas causas para producir la arterio-esclerosis.

El sistema arterial ha sido el más estudiado, sus lesiones eran de interpretación más fácil. Así se ha visto que todos los vasos eran capaces de experimentar esta transformación que es francamente secundaria. Toda la importancia causal de la arterio-esclerosis converge á un grupo de sustancias esencialmente inestables, que experimentan múltiples transformaciones y que circulan con la sangre misma. Estas sustancias varían de un sujeto á otro y aún en el mismo individuo de un momento á otro.

Son el resultado complejo de una acción tóxica sobre los líquidos orgánicos, de origen variable y cuya elaboración se hace en la intimidad de las células. Todos los líquidos y tejidos orgáni-

cos concurren á la producción de estas sustancias anormales y únicamente por la continuidad de su acción es por lo que son patógenas.

Estas acciones sobreañadidas y combinadas determinan un proceso morboso del que nosotros solo vemos uno de los términos anatómicamente apreciables: la esclerosis.

Este papel atribuído á los líquidos orgánicos hace pensar en la antigua Medicina, pues ya Hipócrates decía «La intemperancia obra sobre los humores y hace peligrosas sus cualidades» fórmula parecida en el fondo á la siguiente establecida por Bouchard, como consecuencia de sus estudios y observaciones: «En estado normal como en estado patológico, el organismo es un receptáculo y un laboratorio de venenos.»

*
* *

Todas las acciones patógenas, de las que se ha derivado la senilidad son contrabalanceadas y se anulan cuando el organismo es normal.

La naturaleza reacciona con tiempo y medida contra todo lo que trastorna su integridad y sus órganos vuelven á adquirir la integridad de su estructura y funciones. Pero por causas para nosotros aún desconocidas la reacción orgánica puede faltar y entonces ciertos órganos pueden ser atacados, con preferencia á otros y así se puede localizar el efecto morboso en unos en parte ó todo el sistema arterial, en otros sobre el corazón ó riñón, en un tercero sobre el cerebro, etc. Esto explica la diversa evolución de la senilidad, pues cada uno reacciona ante las causas según su propia individualidad.

Complicaciones de los fibromas del ovario por Guelliot (de Reims).

A pesar de considerarse los fibromas del ovario como tumores benignos pueden evolucionar como los malignos produciendo ascitis, edema de los miembros inferiores, adelgazamiento, etcétera. Pero si el cirujano no se detiene ante este cuadro tan sombrío y opera, se sorprende al encontrarse un tumor fibroso fácilmente enucleable y ver desaparecer la caquexia.

Casi todos estos síntomas dependen de la torsión de estos

tumores sólidos, de la que aún siendo muy raro se conocen algunos hechos.

Esta torsión se manifiesta por un dolor brusco, acompañado de vómitos y una agudización de todos los síntomas que acompañan á los fibromas del ovario.

Cuando no se conoce la evolución del fibroma hay que hacer el diagnóstico diferencial con la salpingitis aguda, la hemorragia tubaria, el embarazo extra-uterino ó la apendicitis, siendo el principal dato para salir de dudas, la evolución lenta del tumor y la aparición brusca de los accidentes agudos que acompañan á la torsión.

Mas aunque no se disipen nuestras dudas importa poco, pues la regla de conducta en todos estos casos, es operar, siempre y lo más pronto posible.

— — —

Inervación de la vesícula biliar, por J. P. Langlois, profesor agregado de la Facultad de Medicina de París.—(De *La Presse Médicale* núm. 11 de 1906)

En 1756 Haller, en su memorable trabajo "Sobre la naturaleza sensible é irritable de las partes del cuerpo animal", insistía sobre la contractilidad de la vesícula biliar. Picando con la punta del escalpelo ó utilizando sustancias irritantes, como la manteca de antimonio, el espíritu de nitro, Haller vió producirse al nivel del punto excitado un surco dividiendo la vesícula en dos.

Magendie rechaza este poder contractil de la vesícula que Vulpian afirma de nuevo y demuestra ante sus discípulos en 1866, reconociendo que en ciertos animales, en el perro especialmente, esta contractilidad es poco clara.

La cuestión quedó aun bastante obscura hasta los trabajos de Doyon; gracias á una técnica nueva, al menos en su aplicación al estudio de las vías biliares, el fisiólogo lyonés ha podido establecer por el testimonio del método gráfico, un cierto número de puntos aun discutidos y los trabajos ulteriores que tratamos de exponer aquí, todos tienen por base los trabajos de Doyon, sea confirmándolos, sea discutiéndolos en algunos puntos. Nosotros limitaremos este estudio exclusivamente á la vesícula biliar, dejando á un lado las vías biliares, conducto coledoco y conducto cístico.

* *

La vesícula biliar recibe sus nervios del pneumogástrico y del gran simpático. ¿Cuál es el papel de estos dos nervios sobre las contracciones de la vesícula? Pero antes de abordar esta cuestión, es preciso aclarar un primer punto. La vesícula biliar es por sí misma susceptible de contraerse aparte de toda influencia de su sistema nervioso extrínseco? La respuesta es francamente positiva: Doyon, Bainbridge, Dale.

En una vesícula biliar separada del organismo, Doyon demuestra contracciones rítmicas de una duración excesivamente larga. Ciertas fases de contracción y relajación pueden durar dos horas. Conviene notar que este ritmo es mucho más claro cuando las comunicaciones nerviosas con los centros medulares ó simpáticos están cortadas. Se puede observar entonces, sobre todo si se aumenta la tensión interior de la vesícula, contracciones enérgicas y rápidas durante cuarenta segundos, por ejemplo (Bainbridge y Dale) y que son del todo diferentes por sus caracteres de las contracciones lentas producidas sobre la vesícula no distendida, excitada por una corriente eléctrica. En efecto, la vesícula biliar obedece á la ley que regula el ritmo de los músculos huecos: el excitante específico de estos músculos es el aumento de tensión interior.

Inervación simpática.—Heindenhain, demostrando una aceleración pasajera en la excreción de la bilis consecutiva, á la excitación de los esplácnicos, había deducido el papel constrictor de este nervio para el aparato biliar, pero sus investigaciones eran hechas casi exclusivamente sobre el conducto colédoco, estando colocada la vesícula fuera de la causa excitante á consecuencia de la ligadura del conducto cístico.

Doyon es quien, registrando directamente la presión de la vesícula biliar, demuestra una elevación sensible del trazado cada vez que excita el simpático. Después de un periodo latente de diez ó quince segundos, la curva se eleva lentamente, alcanzando su máximum hacia el centésimo segundo, bastante tiempo después del fin de la excitación. La vesícula queda en hipertensión, después disminuye gradualmente para llegar alguna vez por encima del tono inicial. Para ponerse en guardia contra las influencias acarreadas en los órganos vecinos y que podían repercutir sobre la vesícula, Doyon había multiplicado las precauciones; registra simultáneamente las variaciones de volumen del estómago y del intestino, levanta estos órganos y, finalmente, viene á dar esta

firme conclusión: el nervio esplácnico es el nervio motor de la vesícula biliar.

Freeze es más ecléctico: obtiene realmente efectos muy diferentes, ora inhibitorios, ora motores, y deduce que el esplácnico encierra á la vez filetes constrictores y filetes inhibitorios para la vesícula.

Brainbidge y Dale, convencidos por los resultados obtenidos por Freeze y por ellos mismos, suponen que, á pesar de las precauciones tomadas por Doyon, causas extrínsecas pueden obrar sobre la vesícula y determinar una elevación de la presión por contacto. Ellos intercalan un balón entre los dos lóbulos del hígado y obtienen después de la excitación de los esplácnicos un trazado idéntico al recogido con el manómetro en comunicación con la vesícula; suprimen entonces el efecto de vecindad del hígado, sea separando la vesícula del órgano hepático, sea abriendo largamente el diafragma para permitir la dilatación del hígado hacia atrás, y entonces ellos obtienen un resultado absolutamente opuesto al de Doyon; la excitación del esplácnico provoca una disminución en la presión vesicular, un relajamiento del tono. La conclusión de los autores ingleses sería, pues, completamente opuesta á la del fisiólogo francés; el simpático es el nervio inhibitor de la vesícula. Sin embargo, deben hacer una reserva: en un animal que haya sufrido una gran pérdida de sangre, la excitación del simpático provoca una contracción; es, pues, posible, según ellos, que pueda haber en el simpático algunos filetes vesiculares constrictores.

Inervación del pneumogástrico.—Doyon no ha podido demostrar efectos apreciables por la excitación del cabo periférico del pneumogástrico sobre la vesícula biliar; por el contrario, la excitación del cabo central de este nervio provocaba simultáneamente una contracción de la vesícula y una relajación del esfínter de Oddi; tenía ya una de estas sinergias interesantes que se encuentra frecuentemente en fisiología.

Courtade y Guyon, que aceptan el papel motor del esplácnico, admiten igualmente para el pneumogástrico un papel motor, siendo la contracción debida al pneumogástrico más rápida que la observada con el esplácnico, y estos autores ven en este caso particular la aplicación de una ley general á la doble inervación de los órganos vesicales: contracción lenta por excitación del simpático, contracción rápida por excitación de los nervios bulbo-espinales.

Bainbridge y Dale, utilizando la crixotosina que paraliza el sistema simpático, demostraron que la excitación del nervio vago izquierdo aumenta la tensión vesicular y exagera las contracciones rítmicas, no produciéndose más este efecto después de la inyección de atropina.

*
* *

Si resumimos esta exposición de los conocimientos actuales sobre la inervación de la vesícula biliar, vemos cuánta incertidumbre reina aun sobre esta cuestión.

Todos los autores confirman las observaciones de Doyon sobre la contractilidad espontánea de la vesícula, pero en lo que concierne al papel de los nervios vesiculares aparecen las divergencias:

Nervios esplácnicos.—Constrictor: Doyon, Courtade y Guyon. Constrictor é inhibidor: Freeze. Inhibidor en algunas fibras constrictoras: Bainbridge y Dale.

Nervio pneumogástrico.—Constrictor, pero sobre todo por vía refleja: Doyon. Constrictor directo: Courtade y Guyon. Hipertínico: Bainbridge y Dale.

Bibliografía

Los Medicamentos modernos, por el Licdo. en Farmacia don Emilio Cabello Gutierrez, con un prólogo del doctor Teófilo Hernandez Ortiga, de la Beneficencia municipal de Madrid. (7 Enero de 1906).

El dominio que la Química tiene en Terapéutica y la importancia cada vez más creciente que trata de darse á la composición de un cuerpo con relación á sus propiedades y efectos sobre el organismo, hace que cada día sea mayor el número de medicamentos que conocemos.

Por otra parte, las nuevas investigaciones de la Química bio-

lógica desintegrando la molécula albuminoidea; haciéndonos ver cuáles grupos son los más asimilables y los menos tóxicos para el organismo; la facilidad con que los elementos minerales se combinan en ciertas condiciones con los albuminoides, hace que este número de medicamentos aumente notablemente y así se han introducido en Terapéutica el ácido nucleínico, la albúmina dorada, el amigdalato de antipirina, el borato de suprarrenina, histógenol, mercuriol yodipina, yodo-caseina, levurargiro, etc.

Además la opoterapia y seroterapia, con sus brillantes y recientes descubrimientos, abren nuevos horizontes á la ciencia de curar, y si hoy no obtenemos con estos procedimientos todos los éxitos que deseamos, débese por un lado á nuestra escasez de conocimientos respecto á su manera de obrar, por otro á dificultades técnicas de preparación de los productos que hemos de usar.

No obstante esto, en estos procederes de opoterapia y seroterapia hemos de fundar todas nuestras esperanzas, pues parecen ser, junto con los agentes climatológicos y físicos, la base de la terapéutica del porvenir.

En el libro del señor Cabello, recopilación de todo lo publicado en estos últimos años, se hallan á modo de formulario y por orden alfabético los medicamentos más recientemente empleados, con indicación de sus propiedades y dosis. Dignos de estudio son los capítulos referentes á la adrenalina, antipirina, bromipina, citrófeno, estovaina, veronal y otros muchos que no citamos por no hacer interminable esta ligerísima reseña.

A pesar de que los medicamentos están bien estudiados, lo mejor de la obra es lo referente á la opoterapia y seroterapia.

En el capítulo de la opoterapia estudia primero sus fundamentos científicos, luego sus indicaciones y vías por donde pueden administrarse los jugos ó extractos orgánicos, de los que estudia los más importantes.

Los sueros divídelos en artificiales y naturales.

En lo referente á los sueros artificiales se extiende en consideraciones muy acertadas sobre sus indicaciones y técnica de administración. Divide los sueros en concentrados (aquellos que se usan á pequeñas dosis) de los que cita seis, con el uso especial que cada uno tiene; diluidos ó fisiológicos (usados á altas dosis) de los que estudia cinco; siguen luego dos sueros gelatinosos cuyo uso tanto se ha extendido en el tratamiento de los aneurismas principalmente, terminando este capítulo con la reseña de veinte

sueros, de base diferente en cada uno de ellos é indicación distinta.

Los sueros orgánicos, más importantes que los artificiales por dirigirse á la causa de la enfermedad, ocupan en la obra que reseñamos buen número de páginas dedicadas al estudio de los siguientes: de Basedow contra el bocio; anticanceroso de Doyen; antidiftérico, antiescarlatinoso, antiestreptocócicos de Marmoreck y Menzer; antimorfínico, antipestoso, antipneumónico, antitetánico, antitífico de Chantemesse y Jez; antitiroideo, anti-venenoso (contra las mordeduras de animales venenosos); anticanceroso de Wlaeff; suero contra la fiebre de heno, la leprina, las tuberculinas y la vacuna antirrábica. Por la enumeración que hemos hecho, bien se ve que se ocupa de todos los sueros orgánicos conocidos hasta el día.

Termina la obra (que consta de 500 páginas y vale 8 pesetas) con un índice de materias, otro de sinonimias y un formulario, siendo de extrañar que el autor no haya incluido un índice en el que agrupe los medicamentos por sus propiedades terapéuticas, pues facilitaría mucho el manejo de la obra.

En resumen: un libro útil á los prácticos que quieran seguir los progresos de la Terapéutica.

J. Carlos Herrera.

Las gastro-enteritis infantiles.—Tesis de doctorado de Guillermo de Sena Cabal.—Porto.—Febrero 1906.

Con sumo gusto hemos leído este trabajo, en el que se estudia la etiología y tratamiento de estas afecciones de los niños.

Entre las causas, que divide en predisponentes y determinantes, estudia la acción que ejercen las predisposiciones individuales, las relativas al medio y el papel de la alimentación. Estudia la diferencia que existe entre la leche de mujer y la de vaca y la flora bacteriana de la boca, estómago é intestinos.

Atribuye la mayor importancia en estos trastornos digestivos, por un lado á la inadecuada alimentación de los niños de pecho, por otro á las transformaciones que la leche puede experimentar por la acción de ciertos microbios que puede contener (ya saprofitos, ya patógenos, por fermentación de la caseína ó por los bacilos cromógenos), por otro lado á los microbios patógenos que pueden residir en el intestino.

En cuanto al tratamiento lo divide en dos partes. La primera

es la referente á la profilaxia, en la que recomienda la higiene de la madre, la lactancia materna, la regularización del número de veces que el niño tome el pecho y la cantidad de leche que el niño ha de ingerir.

Cuando la lactancia materna no sea factible, recomienda el biberon con leche esterilizada y diluida.

El tratamiento verdaderamente médico de estas afecciones lo reduce á bien poco. La indicación que hay que llenar, según Cabral, es elevar la acidez del medio intestinal por cima del límite de acidez de las bacterias proteolíticas, lo que se consigue sustituyendo la alimentación láctea con el caldo de legumbres de Méry adicionado de harina de arroz. Este caldo de Méry se hace hirviendo durante cuatro horas en un litro de agua.

Zanahorias	}	aa 60 gramos
Patatas		
Nabos	}	aa 25 gramos
Habas ó fréjoles secos		

filtrando luego el producto y restituyendo el volumen primitivo (un litro) con agua hervida y adicionando 5 gramos de cloruro sódico.

Al líquido así dispuesto se añade poco á poco la harina de arroz hasta obtener un compuesto perfectamente homogéneo. La cantidad de harina de arroz es una cucharada de café por cada 100 c. c. de caldo.

Con este caldo se alimenta al niño hasta que las cámaras se vuelven amarillentas y de consistencia pastosa. A partir de este momento, aconseja se vuelva insensiblemente al régimen lácteo.

En las formas recidivantes de gastro-enteritis en lugar del caldo de Méry aconseja la *babeurre* ó parte líquida, que se obtiene fabricando la manteca, adicionando á un litro de *babeurre* diez ó doce gramos de harina de arroz, trigo ó arrouroot y elevando la mezcla lentamente á ebullición, y después de haber hervido se adiciona á esta mezcla 70 ó 90 gramos de azucar.

También preconiza con Tissier la ingestión de cultivos puros de bacilo acidiparaláctico, que han permanecido en la estufa á 37° c. durante cinco ó seis días.—*J. C. Herrera.*

=

El alcoholismo.—E. Cuello Calón.

En este folleto se estudian los efectos y consecuencias del alcohol, tanto para los individuos como para la Sociedad.

Distingue bien el alcohólico del etílico, haciendo ver palpablemente los efectos perniciosos de ambos estados sobre el individuo y sus descendientes. Señala las causas del alcoholismo, atribuyendo el principal papel á las exigencias de la moderna vida y cita datos comparativos del consumo de alcohol por algunos países.

De todos los capítulos hay dos muy interesantes: el referente á las consecuencias sociales del alcoholismo; debíamos todos tenerlo siempre presente. En el otro se estudia la campaña anti-alcohólica y de desear sería que todos los medios que en él propone fueran pronto un hecho.—H.

TRATA DE BLANCAS

Delegación de Salamanca

Es interesante conocer los trabajos que en nuestra ciudad realiza la Junta creada para evitar la trata de blancas, y por eso insertamos el informe en que se da cuenta de los mismos.

Dice así:

«Excma. Señora:

Atendiendo siempre respetuosos y con el mayor gusto á las indicaciones que se nos hacen en la atenta circular de V. E. de fecha 15 de Diciembre del año anterior, vamos á exponer tan brevemente como se nos recomienda y nos sea posible, la labor realizada por esta Delegación desde el día de su fundación hasta el 31 de Diciembre de 1904.

La Delegación de Salamanca celebró su primera reunión el día 27 de Junio del año pasado, siendo presidida por el señor Gobernador civil don Luis de la Torre y Villanueva y asistiendo á ella los señores Vicario capitular (S. V.), Alcalde constitucional, Presidente y Fiscal de la Audiencia provincial; doña Teresa Bermu-

dez de Castro de la Fuente, doña Adela Peyra, doña Fidela R. Yagüe de Oliva, doña Dolores Reyna y Maldonado, doña Carolina Lekmkul de Gil, doña Paulina G. de Perez de las Mozas, doña Emilia Blanco de Vazquez de Parga, doña Lucía de Capelástegui de Torre Villanueva, doña Amalia Iglesias; don Federico Liñan, don Gonzalo Sanz Hernandez y el que suscribe. Excusaron su asistencia los señores Comandante militar, doña Rosa Secall de R. Miguel, don José M. Benito y don Luis R. Miguel. No concurren á la reunión los señores Rector de la Universidad, Presidente de la Diputación provincial; Excma. Sra. Marquesa de Castellanos, doña Blanca Fernandez de Córdoba, doña Patrocinio Murga, doña Casilda Lopez Díez, doña Ana Indart, doña Mercedes Montalvo; don Mateo Bautista Ramos y don Luis Maldonado. Presentaron la dimisión los señores vocales doña Dolores Ruiz Zorrilla y el Excmo. señor don Mamés Esperabé y Lozano, quedando constituida por lo tanto la Delegación por los señores vocales que quedan arriba consignados, á excepción de la señora Ruiz Zorrilla y el señor Esperabé.

Una vez constituida la Delegación y para poder dar cumplimiento á lo dispuesto en los párrafos 4.º y 5.º de la Instrucción de 31 de Marzo de 1903 y el art. 4.º del Real decreto de 30 de Mayo último, era necesario é indispensable, bien la creación de una casa dispuesta en condiciones adecuadas para recoger en ella á las jóvenes con quienes hubiere de tomarse tal determinación, ó utilizar como albergue alguno de los colegios de religiosas establecidos en esta capital y que á ello se prestaran de buen grado. El tener las señoras Religiosas Adoratrices establecido en esta población su colegio de Desamparadas, nos hizo pensar en que en ningún sitio podían estar mejor atendidas las jóvenes, al mismo tiempo que sería poco costosa á la Delegación la estancia de aquellas.

La Comunidad de Religiosas Adoratrices en el momento en que tuvieron noticia de nuestras pretensiones, y á pesar del poco espacio de que en el convento podían disponer, por tenerlo ocupado casi en su totalidad, se ofrecieron gustosísimas á secundar con decisión nuestra labor, admitiendo desde entonces á cuantas jóvenes les enviamos y no percibiendo por su parte, hasta la fecha, más retribución que la de cincuenta pesetas mensuales que les abonamos para ayuda de los gastos que ocasionen. En este punto los resultados obtenidos han superado á lo que nosotros hubiéramos pensado, pues jóvenes—casi todas ellas—que allí en-

tran sin la menor educación ni instrucción, son transformadas al cabo de muy poco tiempo por tan celosísimas Religiosas: al mismo tiempo que allí les enseñan las verdades de nuestra santa Religión, cuyo olvido las lleva indudablemente á encontrarse en el deplorable estado en que nosotros las encontramos; á la vez que las educan en todas aquellas reglas de moral, sanas costumbres y cuya práctica ha de darles por resultado el cambio de vida.

Para atender á los gastos ocasionados con motivo de la misión que se nos tiene encomendada, solicitamos á su debido tiempo auxilios de ese Patronato Real, del Excmo. Ayuntamiento y de la Excma. Diputación provincial de Salamanca. La Junta directiva del Patronato hizo la generosidad de donarnos 455 pesetas que, con las 45 que juntamente envió nuestra Serenísimá señora Presidenta, hacen un total de 500 pesetas. La Excma. Diputación provincial acordó subvencionarnos por una sola vez con la cantidad de 50 pesetas que hicimos efectivas, habiendo tenido un ingreso líquido, desde la constitución de la Delegación hasta 31 de Diciembre actual (salvo los descuentos de ley que nos ha hecho la Diputación) de 550 pesetas, con cuyos ingresos hemos atendido á todas las necesidades que se nos han presentado hasta el día, excluyendo los gastos de escritorio (impresos, libros, etc.), á que ha atendido esta Secretaría sin ningún gasto para la Delegación. El Excmo. Ayuntamiento tiene acordado concedernos quinientas pesetas que aun no nos han sido entregadas.

Antes de dar á conocer los demás datos estadísticos que se nos piden, vamos á dar algunos detalles acerca de la organización en esta capital de la «Asociación Católica Internacional para la protección de las jóvenes». Desde el mes de Diciembre pasado nos ocupamos, de acuerdo con las autoridades correspondientes, de formar el Comité local de esta capital, y una vez que tengamos establecido éste, que esperamos será en plazo breve, trataremos de hacer lo propio en el mayor número posible de pueblos de la provincia, en cuyo caso no dudamos obtener un lisonjero éxito en nuestras gestiones y podremos asegurar que, si no podemos, como no es posible á nuestro juicio, cortar de raíz el mal que combatimos, abrigamos la esperanza de que la provincia de Salamanca no será ciertamente de las que den más contingente á los estragos sociales que tratamos de combatir; todo como es natural con el favor de Dios y el apoyo, bien necesario y no regateado bajo ningún concepto, de las corporaciones y entidades que, por representar á la autoridad de la tierra, tienen la obligación de

prestar, sin ningún género de reservas, toda su fuerza á la consecución de nuestros ideales.

Los cuadros adjuntos darán idea clara de los demás extremos que abarca la circular objeto de la presente Memoria.

Siguen los cuadros, cuyo extracto es el siguiente:

Diez y seis jóvenes amparadas, de 15 á 22 años de edad, procedentes de pueblos de las provincias de Salamanca y Zamora.

Huérfanas de padre y madre, 5.—De padre ó madre solamente, 2.—Devueltas á sus familias después de una permanencia más ó menos larga en el Asilo y algunas en el Hospital, 6.—Colocada para servir, 1.—Casada, 1 —Queda en el Hospital, 1, y permanecen en el Asilo, 7.

Ante el señor Fiscal de la Audiencia se han presentado cuatro denuncias contra otras tantas personas por el delito de corrupción de menores, y cuyas denuncias, á pesar del tiempo transcurrido (pues la última se hizo en 31 de Julio del año anterior) no tenemos ninguna noticia de la resolución que haya recaído en aquellas.

En los datos precedentes no detallamos en cada uno de los casos los antecedentes de las jóvenes y de sus familias, grado de instrucción y causas de su corrupción, porque, con ligeras variantes, todas manifiestan los mismos motivos al ser interrogadas: las necesidades que por la falta de trabajo ó por la muerte de los padres experimentan las familias les hacen tomar la determinación de venir á la capital (las que no son de ella) á dedicarse al servicio doméstico, para que así ganen su sustento y ver si de alguna manera pueden ayudar al resto de la familia; pero se encuentran solas, desamparadas, sin conocimiento de la vida, seducidas y engañadas casi siempre por las personas que á este repugnante tráfico se dedican, sugestionándolas con el lujo y ofreciéndoles dinero con que puedan atender á todas sus necesidades, sin reflexión para poder hacer frente á los peligros que por todas partes les rodean y, sobre todo, sin instrucción ni educación cristianas que enfrenen sus sentimientos y pasiones, causas todas que vienen á dar como resultado su perdición para siempre.

De entre todas las jóvenes recogidas por esta Delegación hay dos que han podido salvarse á tiempo de caer en el mal que aqueja á sus compañeras, y son las que van señaladas en el cuadro correspondiente con los números 11 y 16 y que, como ya se indica en la casilla de observaciones, la primera llegó á esta capital dos días antes de recoger á su hermana, prestándose gustosa á acom-

pañarla en vista de las reflexiones que le hicimos: en la actualidad continúa en el Colegio portándose muy bien y aprovechándose mucho de la educación é instrucción que recibe, del mismo modo que su compañera (la señalada con el núm. 16 del cuadro), la cual se nos presentó rogándonos se la recogiera por haber sido abandonada por sus padres, y aun cuando se había puesto á servir en algunas casas, comprendía de sobra los peligros á que estaba expuesta á cada momento; y una vez informados convenientemente de la verdad de los hechos, en vista de las razones que la joven alegaba, nos apresuramos á complacerla haciendo que ingresara en el Colegio con gran satisfacción por nuestra parte.

Creemos haber contestado al interrogatorio que se nos hacía, aunque sintiendo que, por causas ajenas á nuestra voluntad, no hayamos podido enviar antes, como hubiese sido nuestro deseo, los anteriores datos, por los que podrá juzgarse de la labor que hemos llevado á cabo, habiendo procurado siempre cumplir con las instrucciones que se nos tienen dadas, y así seguiremos en tanto merezcamos la confianza de esa Junta directiva.

Salamanca 21 de Enero.—Las Vicepresidentas, *Teresa Bermudez de Castro de la Fuente*, *Rosa Secall de Rodriguez Miguel*.—El Secretario, *José Durán*.

Noticias

En el mes pasado han empezado á ser numerosos los casos de grippe, principalmente de forma torácica, sin que haya desaparecido del todo el sarampión en los niños.

De esta última afección hay una verdadera epidemia en el pueblo de esta provincia llamado Abusejo.

*

**

Se ha publicado la Memoria de Secretaría del Ayuntamiento de Salamanca, con datos curiosos sobre la vida municipal de esta población.

En ella hemos visto que el año anterior subió la mortalidad á la cifra de 872 la cual, relacionada con la población—25.690 habitantes—da una proporción de mortalidad de 33,94 por 1.000.

Aun teniendo en cuenta que la población de hecho es superior á la de derecho, la cifra de mortalidad es, sin embargo, mayor en un 13 por 1.000 á la general de Europa.

*

**

En el número anterior y por omisión involuntaria, al hablar de las clínicas sostenidas por la facultad de Medicina, en beneficio de las enseñanzas, sólo se hizo mención de tres de ellas, existiendo, como existen, otras varias, igualmente concurridas. He aquí las que funcionan:

Dr. D. Angel Nuñez Sampelayo—Diaria, á las once y media. Partos.

D. Ramón Carranza Ibañez—Diaria, á las once y media.—Enfermedades de mujeres.

D. Agustín del Cañizo y García.—Diaria, á las doce y media.—Medicina interna.

D. Hipólito Rodríguez Pinilla.—Diaria, á las tres de la tarde. Enfermedades de niños.

D. Gabriel Lopez Perez.—Diaria, á las doce y media.—Cirugía.

D. Juan Manuel Martín Sanchez.—Lunes, miércoles y viernes, á las once.—Oftalmología.

D. Ceferino Sanchez Dominguez—Martes, jueves y sábados, á las ocho y media.—Enfermedades de los oídos, nariz y garganta.

Estadística demográfica sanitaria de Salamanca.

Mes de Marzo de 1906

Nacimientos viables.	{	Varones 39	{	Ilegítimos 9
		Hembras 38		Idem 6
Idem no viables	{	Varones 3	{	Idem 1
		Hembras "		
		<i>Totales</i>		96
Defunciones	{	Varones 50	{	contags. Varones 0
		Hembras 42		Hembras 0
		<i>Totales</i>		92

Matrimonios, 12

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