

GACETA MEDICA DE COSTA RICA

REVISTA CIENTÍFICA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUJÍA, HIGIENE Y PUERICULTURA
ÓRGANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA REPÚBLICA

DIRECTOR Y ADMINISTRADOR: DR. **TEODORO PICADO**

Dirigir la correspondencia al Director
y Administrador
San José, Costa Rica, América Central

La Gaceta Médica se publica cada mes.
No se admiten suscripciones por menos
de seis meses, pago adelantado.

Precio de suscripción por un año ₡ 6-00
Precio de suscripción por seis meses ₡ 3-00

Precio de un número suelto ₡ 0-50
Precio de avisos Convencional.



DR. LUIS H. DEBAYLE

Incorporación honorífica del Dr. Luis H. Debayle en la Facultad de Medicina de Costa Rica

El doctor Debayle, aunque de origen francés, es un hijo de Centro-América que, nacido en Nicaragua, ha visto con sus ojos de lince, las evoluciones político-sociales y científicas por que han pasado los países centroamericanos. De Costa Rica es un franco admirador y su galantería va hasta compararla con un pedazo de Europa incrustado en la América Central. La excelente preparación de sus estudios de Medicina hechos en París, donde fue interno de los hospitales y alumno de las eminencias médicas, que son gloria del genio latino, unida a las observaciones recogidas en sus numerosos viajes, han hecho del doctor Debayle una de las personalidades más sobresalientes de la América Central.

Como en todo hombre verdaderamente científico, gusta en el doctor Debayle su manera de ser por demás sencilla y natural. Tiene la claridad de las inteligencias nítidas. Sabe interesarse por todo e interesar a los demás, sacando ventaja de lo que ve. Observa y cuestiona como para condensar el pensamiento de los otros con el suyo propio. No tiene las maneras arrogantes de los *magister-dixit*, que tratan de imponer su opinión, como la sola y única. Su profundo saber parece escondido y sólo asoma cuando se hace necesario corregir algún concepto errado; pero su manera de hacerlo es tan sutil, que apenas si el interesado se apercibe en medio del raudal de luces que saben irradiar de su cerebro. El doctor Debayle tiene grandes méritos universitarios que nosotros no queremos señalar, porque el valor intrínseco se mide más por las prendas personales que por el precio real o no de los pergaminos.

Pero en el doctor Debayle se han completado las dos cosas.

Ha merecido los más grandes laureles universitarios y no hace gala de ellos, porque su carácter de hombre honrado y profesional correcto, se lo impiden.—T. P.

14.^a Sesión ordinaria de la Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina de la República,

celebrada el veintinueve de Julio de mil novecientos quince

Artículo XIV.^o—Los Doctores don Mariano Rodríguez y don Federico Carlos Alvarado dijeron: que estaba en Costa Rica, en San José, el Doctor don Luis H. Debayle, Médico y Cirujano de renombre en Centro América, caballero bien conocido por su ciencia y sus condiciones personales, ciudadano nicaragüense, y que hacían moción para que la Junta lo incorporara honoríficamente en la Facultad de Medicina. Sin discusión, la Junta de Gobierno aprobó unánimemente la moción, y en consecuencia declaró incorporado en nuestra Facultad de Medicina al Doctor don Luis H. Debayle.

Contestación del Dr. Luis H. Debayle a la Facultad de Medicina

San José, Agosto 10 de 1915.

SR. SECRETARIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA,

Pte.

He tenido la satisfacción de recibir su atenta nota del 4 del presente en la que se sirve comunicarme que a moción de los señores doctores Mariano Rodríguez y Fco. Carlos Alvarado, la Facultad de Medicina me declaró incorporado honoríficamente con aprobación unánime del Concejo de Gobierno.

Apreciando en lo que vale este excepcional honor que se me descierne, cumple a mi deber manifestar por el digno medio de Ud. a ese honorable cuerpo, toda mi gratitud y significarle que me siento orgulloso de ser miembro de una Facultad que por su labor científica, su adelanto progresivo manifiesto, y por las distinguidas personalidades que la informan, enaltece indiscutiblemente la ciencia médica de Centro América.

Con la expresión de mi personal aprecio, me suscribo del señor Secretario att.^o y S. S.,

LUIS H. DEBAYLE

Necesidad de un sanatorio para tuberculosos en Costa Rica

El desarrollo de la tuberculosis en Costa Rica, va adquiriendo proporciones alarmantes. Según el último informe de la Dirección General de Estadística, la mortalidad por tuberculosis en Costa Rica, es mucho mayor que la de El Salvador, que cuenta con una población tres veces más grande que la nuestra.

En 1913 hubo en El Salvador 468 muertos por tuberculosis.

En el mismo año hubo en Costa Rica 315.

Ya en otro número de esta revista habíamos celebrado el celo con que este asunto de vital importancia para la salubridad pública era mirado en El Salvador, cuando hablábamos de la inauguración de su primer sanatorio, y de los medios que se habían puesto en práctica para el combate de tan fatal afección.

No podemos decir lo mismo respecto de nuestro país, en el que estas cuestiones de salubridad, apenas, si de vez en cuando asoman a la mente de nuestros fecundos legisladores, pues a estas horas, sin embargo y los continuos llamamientos que a cada rato hace la prensa, no se ha pensado siquiera en formular un plan de campaña.

El sólo exfuerzo de que tenemos conocimiento, fué obligado por la extrema necesidad en que se hallaba el Hospital de San Juan de Dios al tener reclusos en el mismo salón, enfermos tuberculosos con todos los demás, exponiendo así a estos a un contagio casi seguro, dada la preparación que ofrece

aquel terreno patológico. Queriendo aminorar ese inminente peligro, la Junta de Caridad capitolina dispuso destinar un salón en el mismo Hospital, en donde apesar de todo, siempre quedan expuestos al contagio los otros enfermos de aquel establecimiento. Sabido es que tal procedimiento está condenado por la higiene de los hospitales y que a ese recurso ocurrió la Junta, sólo en vista de la urgente necesidad. Pero de aquella época a esta fecha no se ha dado un paso más.

Los enfermos están ahí en condiciones defectuosas, y no sólo son un peligro constante para sus demás compañeros, sino también para el centro de la población, pues necesariamente tienen que frecuentar nuestras calles, parques y mercado, en donde siembran inconscientemente la semilla del mal, ya bastante propagada.

El mismo peligro que apuntamos para la población y enfermos del Hospital, existe en las cárceles y prisiones de la República, y no sabemos hasta dónde la diosa Justicia tiene derecho de exponer a infelices, ya bastante desgraciados, al contagio de una enfermedad que puede conducirlos al sepulcro, porque si tiene derecho de preservar la sociedad del contacto de los criminales, no lo tiene para exponerlos a nuevos sufrimientos.

Si no fuera el Estado el encargado de velar por la salud del ciudadano, poco importaría que problemas sanitarios de la índole de este, se relegaran al más culpable olvido.

Si la lepra y la locura sólo por el horror que causan, han inspirado a los gobiernos el deseo de recluir a los leprosos y a los locos, no menos horror debiera causarles el desarrollo que va tomando una peste que es el azote de todas las clases sociales y de todas las edades.

Seguramente que el tuberculoso no es turbulento como el loco, ni inspira el horror del leproso. Su enfermedad, discreta al principio, apenas si se revela por algunos síntomas; la muerte llega a veces sin ningún cortejo: una hemorragia, una meningitis, etc., ponen fin al dolor y el enfermo desaparece sin inquietar a los ignorantes, incapaces de medir las consecuencias de los descuidos en la enfermedad por el número de víctimas subsiguientes. Así se propaga lentamente la tuberculosis y apenas si las estadísticas nos dan idea relativa de la gran mortalidad que produce.

Cuando se habla de mortalidad infantil hay que pensar en el gran número de niños que son víctimas directas o indirectas de la tuberculosis por culpa de los genitores, que en este caso como en el de padres sifilíticos, son causa directa de la mortinatalidad y mortalidad infantil.



No nos ocuparemos por el momento en estudiar las causas por las cuales se desarrolla la tuberculosis. Ellas son conocidas y todas son de un carácter social. La miseria que va de par con las privaciones y las habitaciones insalubres; el alcoholismo que conduce a la enfermedad; los hijos de alcohólicos predispuestos ya al contagio por su debilidad orgánica, etc.; todos estos factores deben hallarse en nuestro ambiente social desde luego que estamos palpando las consecuencias en el manifiesto desarrollo que de día en día adquiere la enfermedad; sin embargo, apesar de que la estadística, mal hecha por lo anormal e inexacto de la declaración de las defunciones, nos está señalando el mal, no se ha hecho nada para combatirlo.

Durante la Administración del Lic. don Cleto González Víquez, uno de los campeones de nuestra lucha por la salubridad pública, se habló ligeramente

de la fundación de un sanatorio para tuberculosos. Salvo la buena intención, el proyecto, si lo hubo, se quedó archivado.

El Dr. don Carlos Durán, nuestro eminente colega, también trató de resolver esta cuestión cuando presentó un proyecto relativo a la salubridad del país ante el Congreso Nacional. Pero ambos intentos, el de González Viquez, como el de Durán, han fracasado y a estas horas continuamos como siempre, indiferentes ante el peligro de la peste que nos amenaza.

Ya dijimos lo impropio que es conservar tuberculosos en un salón de hospital donde el contacto inmediato con los otros enfermos constituye un verdadero peligro.

En el combate contra la tuberculosis, que debemos considerar desde el punto de vista profiláctico y curativo, hay que considerar todos los medios que se han empleado. En primer lugar están los dispensarios para tuberculosos, ahí donde van los que de continuo se quejan de catarros, de resfriados, de bronquitis, etc.; en una palabra, los pre-tuberculosos, los predispuestos, los que aun no han sido del todo invadidos por el bacilo y que pueden burlarlo empleando los medios profilácticos, porque la enfermedad hay que considerarla desde el punto de vista profiláctico y desde el curativo.

Fuera de la importancia del dispensario, no queda, ya como medio profiláctico, ya como curativo, que el sanatorio, que ha sido el recurso más eficaz en la lucha.

En el Congreso Internacional de Bruselas en 1908 ⁽¹⁾, entre los medios indicados para la organización de la lucha contra la tuberculosis, figura el aislamiento de los enfermos durante el tiempo que son susceptibles de diseminar los gérmenes al rededor de ellos, realizados en forma de establecimientos especiales, consagrados a los tuberculosos.

En Inglaterra ⁽²⁾ los esfuerzos particulares, las sociedades de socorros mutuos y los Poderes públicos, han permitido fundar gran número de sanatorios, que cada día se multiplican por sus resultados benéficos. Inútil es decir la importancia que esta clase de establecimientos tiene en Suiza, donde son admirados por nacionales y extranjeros, y la importancia que les han dado a su vez países como Estados Unidos, Suecia, Dinamarca, Francia, etc. Es necesario, ya que hablamos del sanatorio, desvanecer las críticas con que se ha tratado de combatirlo.

Se ha pretendido, en efecto, que los buenos resultados en las estadísticas de los sanatorios, se deben a que en estos establecimientos se admiten sólo los pre-tuberculosos, es decir, enfermos cuyos esputos no presentan bacilos y que si tienen los síntomas premonitorios de la enfermedad y que son fácilmente curables; pero que estos sujetos al volver a sus hogares están condenados a recaída. Se alega además, que el sanatorio no preserva a los individuos no afectados, por no admitirse en ellos las tuberculosis abiertas, es decir, los tuberculosos capaces de contagiar a los que los rodean.

Las objeciones anteriores no parecen tener el valor de que se les ha querido revestir. El pre-tuberculoso es el candidato a la tuberculosis. Puede no presentar bacilos, pero clínicamente ello no justifica que no sea tuberculoso. En este caso debe predominar el criterio del clínico, observador minucioso, único juez en muchos casos en que el microscopio puede fallar, pues no son raros los en que a pesar de los marcados síntomas de la tuberculosis, no se presenta el bacilo en los esputos. El peligro, pues, puede ser tan grande para

(1) V. Rochaix, "La lutte contre les maladies contagieuses en Allemagne", Paris, 1900.

(2) G. Vuerbet: La lutte contre la tuberculose dans le Royaume Uni et Irlande. These de Paris, 1911.

la comunidad en el caso de la pre-tuberculosis, como en el de las tuberculosis abiertas, con la presencia del bacilo en el esputo.

—¿Qué se pretende científicamente con el sanatorio?

—Primero, preservar el medio social de la invasión de una peste de las más temibles en los tiempos actuales;

—Segundo, salvar el mayor número de individuos atacados del terrible mal, preservando al mismo tiempo a todas las víctimas del esputo y del contacto del tuberculoso.

La tuberculosis es curable. La tuberculosis no es hereditaria, pero las víctimas que no hace la herencia, las hace la predisposición. Es necesario no ilusionarse queriendo aminorar los peligros del mal tuberculoso diciendo que no se hereda, y justamente no se da la importancia suficiente a la predisposición, que apenas comienza a tomarse en cuenta en el problema matrimonial, en el que tampoco se ha tomado suficientemente en cuenta el de la sífilis.

El sanatorio para tuberculosos es necesario porque preserva al medio social de una peste que se propaga fácilmente.

El sanatorio no es sólo un centro de preservación; es un centro de curación porque en él se pone al paciente en superiores condiciones de higiene y tratamiento, que las en que generalmente puede estar fuera de ese establecimiento adecuado.

El tratamiento del sanatorio es superior a todos los demás porque resuelve en toda su amplitud el problema de aire, luz, heloterapia, gimnástica aplicada y super-alimentación que necesita el paciente tuberculoso.

Bruardel ⁽¹⁾ manifestó en el Congreso de Bruselas de 1908 que el sanatorio es el mejor instrumento de cura y que si no sana más que un 15% de tuberculosos, no existe un sólo tratamiento que pueda dar este resultado.

Laudauzy ⁽²⁾ dice «que constituye un elemento de rápidos recursos», y Robin ⁽³⁾ expresa que al Estado incumbe en la defensa social contra la tuberculosis, si no crear, por lo menos ayudar o subvencionar los establecimientos que hayan sido promovidos por la iniciativa privada y entre los cuales se hallan los sanatorios.

No queremos insistir en demostrar la utilidad del sanatorio. Ella está explicada con la existencia de estos establecimientos en todos los países que se han preocupado de esta cuestión. Y el hecho de su aceptación se explica por la necesidad que tiene el tuberculoso de vivir en completo reposo, de observar ciertas prescripciones higiénicas, peculiares a cada uno de los enfermos y que sólo el médico de continuo en presencia del enfermo puede mejor aquilatar. No es sólo la molécula de aire puro lo que busca el sanatorio, es la disciplina en que vivirá el enfermo, disciplina terapéutica de la que hasta hoy se han obtenido los mejores resultados.

El sanatorio aísla al enfermo impidiendo la diseminación del bacilo.

El sanatorio es el hospital del tuberculoso, reuniendo todas las condiciones de higiene aconsejadas por la clínica y la experiencia.

DR. TEODORO PICADO

N. B. Ya en prensa el presente artículo, fué aprobada por el Congreso la moción del diputado Manuel Coto F., tendiente a la creación de un Sanatorio para tuberculosos en Costa Rica.

Esta resolución, que conceptuamos nosotros como lo más importante del período congresal, llenará de una satisfacción inmensa a todos aquellos que se preocupan por los verdaderos intereses de la higiene. T. P.

(1) Bruardel, la lutte contre la tuberculose en France. *Presse Med.*, 1908.

(2) Laudauzy. Le rôle des facteurs sois aux dans l'etiologie de la tuberculose. Les moyens de defense sociale contre la tuberculose. *Revue de Tuberculose*.

(3) Robin. Un programme d'ensemble pour la defense sociale contre la tuberculose. *Bulletin Gen. de Therapeutique*.

El Doctor Luis H. Debayle en Costa Rica (Sus impresiones)

LA GACETA MÉDICA, órgano de la Facultad de Medicina en Costa Rica, no podía privarse del gusto de conocer las impresiones que sobre el movimiento médico-científico, tiene el ilustre representante de la ciencia médica en la América Central.

Para este periódico sus opiniones son valiosas, conociendo, como conoce, las justas y sinceras apreciaciones del Dr. Debayle.

«SU PERMANENCIA EN COSTA RICA.—El Dr. Debayle encuentra grata su permanencia en Costa Rica. El clima le parece uno de los más deliciosos de la América Central. Con raras interrupciones se puede decir que en ella reina una eterna primavera. Sus paisajes son bellos, como su naturaleza sembrada de hermosos valles y montañas, cuyo verdor recuerda los pintorescos y hermosos paisajes de la Suiza.

La cultura, gentileza y hermosura de sus mujeres, como la distinción de los caballeros han hecho que el Dr. Debayle se encuentre satisfecho en sumo grado de la acogida generosa que se le ha prodigado en todas partes.

Del progreso general está gratamente impresionado, por encontrarse manifiesto en los diferentes órdenes de la actividad nacional.

El Teatro Nacional, lo considera como un monumento al arte y como una de las obras que más realce dan al espíritu progresista de este país.

Las vías de comunicación en su favorable situación geográfica y las otras manifestaciones de su actividad, colocan al país en condiciones admirables para su porvenir.

El interés que ha manifestado por tener un conocimiento exacto del estado actual del progreso científico realizado en Costa Rica, ha sido motivo de sus frecuentes visitas a los establecimientos de beneficencia, que son a no dudarlo el reflejo de una cultura que se cristaliza en la protección a la miseria y el alivio al dolor humano.

EL ASILO CHAPUÍ.—Respecto de este Asilo, de que podemos estar ufanos, dice el Dr. Debayle, que no necesita hacer comparaciones. Su organización es conocida y ha notado con placer el aseo, el orden, la disciplina y métodos empleados por la acertada dirección del ilustrado personal médico que lo regenta. Numerosos son ya y conocidos los casos en que esta institución ha demostrado con hechos prácticos su grande y benéfica importancia.

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS.—El Hospital de San Juan de Dios, que ha visitado el Dr. Debayle con alguna frecuencia, le ha parecido tanto más interesante por cuanto tiene la ventaja, que a él convergen la mayoría de enfermos de los pueblos de la República dándole un material realmente considerable que lo equipara así, a los centros más importantes del extranjero.

Conceptuando, el personal, y el servicio médico, son de lo mejor. La atención que se prodiga a los pacientes le parece concienzuda y muy bien informada.

El servicio de cirugía en sus diversas ramas, con una sala de operaciones que disfruta de todos los adelantos modernos, comparable sólo con las mejores de su género, registra en sus anales operaciones de lo más delicado y de alta escuela.

ESPECIALIZACIÓN.—A medida que se desarrolle el progreso consiguiente, vendrá la división del trabajo y sin llegar a una especialización exagerada, tendrá que haber la consiguiente clasificación por lo menos en los ramos más importantes y diversas en la Cirugía, como pueden ser: la Ginecología, la Oto-Rino-Laringología, la Oftalmología, la Venereología, Odontología, etc. Esta distribución adecuada, permitiría, que se recogieran, en un centro tan bien organizado, todos los frutos y perfeccionamientos de un estudio minucioso y detallado.

LABORATORIO BACTERIOLÓGICO.—Importantísimo complemento de la práctica clínica y garantía de estudios fructuosos, es el laboratorio del Hospital, en manos de un personal tan competente.

SALÓN DE AUTOPSIAS.—Este salón es un modelo de perfección. Es un servicio de indispensable complemento, control necesarísimo al médico y al cirujano deseosos de confirmar sus diagnósticos. Su personal distinguido y competente es digno de todo elogio por su laboriosidad.

LAVANDERÍA, COCINA Y SERVICIO DE BOTICA.—Para el normal funcionamiento de un hospital, la cocina y la botica son departamentos de indispensable utilidad.

La cocina puede considerarse como uno de los modelos más perfectos por su amplia construcción, higiene y sus modernos utensilios. La juzgo de lo mejor que yo he visto, lo mismo que la lavandería a vapor, que es perfecta.

El servicio de la botica está desempeñado por un personal inteligente y no deja nada que desear, si se toma en cuenta el delicado trabajo que le dan los servicios de medicina y cirugía del establecimiento.

ASILO DE LAS MERCEDES (Leprocería).—Es una obra que hace honor a sus fundadores y a los que la han organizado y regentado.

Sus efectos indudablemente se han hecho sentir por la disminución de los casos. Aunque el concepto del contagio que teníamos ha disminuido ahora, el aislamiento sigue siendo indispensable para la seguridad del diagnóstico y mejor observación y tratamiento.

El edificio es muy hermoso y amplio y su situación es muy propicia para llenar el objeto que se propone. El beneficio de esta institución redundará en provecho del país, haciendo disminuir la lepra y aun suprimiéndola más tarde.

*
* *

Fuera de toda gratitud por la acogida de que he sido objeto; fuera de mi particular afecto y antigua amistad que me ligan a compañeros de estudios y a otros más jóvenes por quienes tengo profunda estima y simpatía, me complazco en declarar: que he encontrado en el cuerpo médico, gran competencia científica, conciencia profesional y amplia confraternidad.—X. X.

Posibilidad de establecer un diagnóstico precoz de la Meningitis Cerebro=espinal

y deducciones profilácticas y terapéuticas

por el Dr. J. Aguilar Jordán

Director del Consultorio Municipal de Niños "Gota de Leche," de Valencia

Aunque es un hecho feliz, fuera de toda duda, que en nuestros tiempos la mortalidad por meningitis cerebro-espinal ha descendido enormemente, a partir del descubrimiento del suero antimeningocócico y de la diferenciación completa de las diversas razas de este germen (parameningococos), y la obtención de sueros cada vez más específicos, siendo de esperar que todavía descienda más cuando se apliquen en toda su integridad en el tratamiento sueroterápico los preceptos fundamentales del empleo de cantidades altas de suero y precocidad de aplicación, hay que reconocer no obstante que la mortalidad todavía puede descender más, y la morbilidad, que ha sufrido escasa o ninguna influencia favorable en estos tiempos de sueroterapia, también descenderá.

Las causas que en mi concepto retrasan la presentación de este hecho son las siguientes:

- 1.ª Dificultades de un diagnóstico precoz de la dolencia.
- 2.ª Dificultades para establecer un plan terapéutico y profiláctico integral.

El segundo hecho se deriva del primero. Un diagnóstico precoz lleva como consecuencia un tratamiento y una profilaxia más precoces y por ende más eficaces.

¿Actualmente es posible establecer un diagnóstico precoz de la meningitis cerebro-espinal? Sí.

Pero es preciso que digamos qué debe entenderse por diagnóstico precoz de esta afección.

Hasta hace muy pocos años, se consideraban como las primeras manifestaciones de la meningitis cerebro-espinal, síntomas que revelan el desarrollo de un proceso inflamatorio de las meninges (en la obra *La Méningite cérébro-spinale* de NETTER y DEBRÉ, París, 1911, todavía se lee esto mismo). En esa época, se entendía por diagnóstico precoz el formulado en el primer día de enfermedad, y fundamentado, más que en los síntomas, en el análisis precoz del líquido céfalo-raquídeo.

Pero hoy las cosas han variado mucho. Gracias a la escuela de Medicina inglesa y especialmente a la Medicina militar, se sabe que los síntomas que se habían considerado como expresión de una meningitis cerebro-espinal en sus comienzos, no son más que manifestaciones del tercer período, o último período de dicha enfermedad. Júzguese de la trascendencia patológica y terapéutica de este descubrimiento.

Antes de ahora, se sabía que en el moco nasal de algunos enfermos, y hasta de individuos sanos, el análisis bacteriológico descubre los diplococos de Weichselbaum. Los individuos sanos, por este hecho, se convierten en vectores o portadores del contagio. En los enfermos, tales diplococos para infectar las meninges han debido seguir una *vía directa*, a partir de la rinofaringe,

en la cual provocan ligeros fenómenos de catarro, con coriza (*coriza de los premeningíticos*). Pocos eran entonces los que aceptaban la vía hemática, con su consecutiva septicemia, o meningococcia. Los propios Netter y Debré, en su obra antes citada, dicen textualmente: «Parece, pues, que la meningitis es, por regla general, primitiva, y la septicemia secundaria.» La penetración directa del meningococo en los espacios sub-aracnoideos a partir de la rinofaringe, es aceptada casi sin discusión, y se formulaban tres hipótesis:

Una de ellas, fundándose en el hecho de que el diplococo de Weichselbaum abunda más a nivel de la amígdala faríngea y región perihipofisaria, suponía que el germen penetraba en las meninges a través del esfenoides por sus brazos nutricios.

Según la otra hipótesis, el meningococo pasaría desde la faringe a los espacios sub-aracnoideos, a través del oído medio, y desde allí, por el laberinto, al tejido sub-aracnoideo. Bajo este punto de vista, la meningitis cerebro-espinal, como dice Netter, no sería más que una variedad de meningitis otógena; y finalmente, en la tercera hipótesis, la vía seguida por el diplococo, es la transetmoidal, a través de las prolongaciones del tejido sub-aracnoideo en la mucosa olfatoria.

A pesar del ingenio que revelan todas estas hipótesis, hoy es perfectamente sabido que el meningococo invade directamente la sangre, es decir, provoca una verdadera septicemia, antes de manifestarse los síntomas nerviosos que revelan la aparición del tercer período o período meníngeo. El hallazgo del diplococo de Weichselbaum en la sangre y en la orina, no deja lugar a ninguna duda.

Esta clase de investigaciones hematológicas y urológicas, han sido realizadas en gran escala por numerosos médicos militares ingleses en enfermos de meningococcia, entresacados de varios grupos de casos de meningitis cerebro-espinal en su período final o meníngeo. Los resultados de estos trabajos de bacteriología, les han servido de guía en el terreno de la clínica, y les han permitido dividir el proceso morboso provocado por el diplococo de Weichselbaum en tres períodos:

- 1.º Catarral.
- 2.º Septicémico.
- 3.º Meníngeo.

El primer período o *catarral* se descubre casi por casualidad en la práctica corriente, pues no suele aconsejarse un análisis bacteriológico del moco nasal con ocasión de un simple coriza, a menos que la presentación en el mismo domicilio de algún caso de meningitis, obligue al médico a ello. En cambio, en los Hospitales civiles o militares en que aparece una epidemia de meningitis, la práctica del análisis del moco nasal de los individuos sanos es regla de conducta general. Pedir hoy que, por fines de profilaxia, a todo niño con coriza se le someta al examen del moco nasal, por razones varias, entre las cuales no es la menos importante la económica, es pedir algo casi imposible; pero sería muy apreciable dicha práctica y de resultados importantísimos bajo el punto de vista profiláctico, realizarla tan pronto la meningitis apareciese en una ciudad o pueblo con carácter de epidemia, cualquiera que fuese su intensidad expansiva. De esta manera el anhelo de un diagnóstico precoz se vería realizado en toda su integridad, y como consecuencia el de la implantación de unas terapéuticas profilácticas y curativas mucho más eficaces. Con respecto a la primera, el aislamiento precoz, y en cuanto a la segunda, la desinfección de las fosas nasales y naso-faringe, con el uso de diversas sustancias antisépticas, en forma de gargarismos, lavados nasales, insuflacio-

nes, etc., de soluciones boricadas, resorcinadas, de agua oxigenada, guayacol, iodo, mentol, etc., etc., y hasta quién sabe si la aplicación de una vacuna a título preventivo-curativo. Algo se ha hecho en este sentido, según luego veremos.

Transcurrida esta primera fase o catarral, la afección pasa al segundo período, en que se convierte en una verdadera *septicemia* o *meningococcia*; los síntomas que la integran son generales y locales.

Los locales consisten en enrojecimiento difuso del paladar, y aparición sobre esa zona de enrojecimiento, de un fino punteado de un color rojo más vivo, y en ocasiones de vesículas pequeñas. La faringe también aparece más o menos eritematosa. La voz a menudo es algo opaca o velada, y se presenta ronquera y tos. En este período el coriza aumenta en intensidad. El herpes labial es frecuente. El rostro y las conjuntivas en muchos casos aparecen congestionados.

También en este período, los reflejos se encuentran asombrosamente exagerados. El aspecto general del enfermo no pasa desapercibido al ojo de un buen clínico que haya tenido ocasión de ver muchos enfermos de esta clase, pues es característico y resulta muy semejante al que ofrecen los enfermos de tripanosomiasis en el período del sueño.

El síntoma general más importante es la fiebre, que casi nunca falta, aunque no ofrece nada de especial, y por lo tanto tiene un valor diagnóstico escaso. En cambio, como se trata de un estado septicémico, se encuentran los diplococos en la sangre circulante y en la orina. En esta última excreción son realmente abundantes, según refieren los médicos militares ingleses Lundie, Thomas y Fleming, aunque no parece fácil la obtención de un cultivo puro. También en este período suelen encontrarse algunos, aunque pocos, meningococos en el líquido céfalo-raquídeo, pero ordinariamente muertos, pues no dan cultivos en los medios usuales. En cambio, suele apreciarse bastante cantidad de albúmina en este líquido.

En esta fase segunda del proceso meningocócico, el cuadro sintomático ya es más completo, y por lo tanto el diagnóstico no ofrece tantas dificultades como en la primera; pero el acierto descansa sobre todo en el conocimiento del período catarral anterior. En el acto surge la idea de una posible confusión con la gripe, y así es en efecto, y por lo tanto el clínico debe ponerse en guardia, y si no existe una constitución epidémica gripal, se debe proceder al examen bacteriológico del moco naso-faríngeo, de la sangre, y de la orina sobre todo. Casi inútil resulta el recomendar con mayor encarecimiento estas prácticas diagnósticas, durante una epidemia local o regional de meningitis cerebro-espinal.

Aunque no tan precoz, todavía en esta fase septicémica, el diagnóstico posee un valor considerable, no sólo por lo que a la profilaxia se refiere (y cuyas líneas generales son las mismas que en la fase anterior, más la desinfección de la orina como vehículo), sino también y tal vez en mayor medida por lo que se refiere al tratamiento.

Las experiencias terapéuticas de los médicos militares ingleses antes citados, y de otros, tales como Arkwright Sophian, Elser y Huntoon en América, han conseguido la obtención de sueros terapéuticos de valor bastante estimable. Por lo que se refiere a las vacunas, Lundie ha preparado una auto-vacuna, con resultados satisfactorios en este período y en el catarral sobre todo. Los efectos más notables se obtuvieron desde la primera dosis inyectada. Debemos hacer saber a nuestros lectores, y ello no supone inmodestia, sino un acto de justicia para la medicina valenciana, que hace algún tiempo, que

estamos ya empleando las vacunas autógenas preparadas con gérmenes obtenidos del líquido céfalo raquídeo, juntamente con la administración intra-raquídea del suero correspondiente. Ciertamente los resultados obtenidos hasta la fecha no han sido muy halagüeños, tal vez en mi concepto, a causa de su aplicación en el período meníngeo del proceso. Si estas nuevas ideas patológicas cunden en la medida que es de desear, con toda seguridad en lo sucesivo los resultados de la antigenoterapia en la meningococcia, serán mucho mejores, y se habrá conseguido completar el conocimiento clínico-terapéutico de esta afección, hasta hoy incompleto.

De POLICLÍNICA, N.º 29.

Lavado del canal raquídeo en la Meningitis Cerebro=espinal

Por Ch. Rubertin y H. Chabanier

(Tomado el resumen de la *Presse Méd.* de París, N.º 27, de 17 de Junio de 1915.)

En el curso de la de meningitis cerebro-espinal que azota actualmente en el «cam retronché de paris», estos dos médicos han ensayado, en cincuenta casos, la mayor parte graves en estado comático, lavados del canal raquídeo con suero artificial.

He aquí resumido su modo de proceder:

El enfermo es punctionado sentado. Se le recogen 50 a 60 centímetros cúbicos de líquido cefaloraquídeo, después se le inyectan 50 centímetros cúbicos de suero fisiológico al 7, 5 por 1000 a una temperatura de 37 grados c. Se obtura la aguja con el dedo y, al cabo de dos o cinco minutos, se dejan correr de nuevo 50 centímetros cúbicos de líquido. Según el grado de purulencia del líquido, se pueden hacer nada más que una, dos o aun tres inyecciones, seguidas cada vez de la evacuación de igual volumen de líquido. Finalmente se termina por la inyección de cincuenta centímetros cúbicos de suero anti-meningocócico.

Parece, bajo el punto de vista fisiológico, que las diferencias de presión, aun repetidas, del eje nervioso, no han presentado ningún contratiempo, al menos en estos casos en que se trata casi siempre de meningitis purulentas con fuerte hipertensión.

Estos lavados, que permiten sustraer a la vez gran cantidad de líquido cefaloraquídeo purulento, es una operación sencilla, que no necesita ningún material especial y que no constituye ninguna complicación particular en la técnica, puesto que se practica en la misma ocasión que se efectúa la punction lumbar en vista de la inyección del suero. No es dolorosa y es inofensiva.

Habiendo los autores de aquel trabajo asistido igual número de casos con sólo la inyección del suero, han podido hacer la comparación entre uno y otro procedimiento y creen que la curación se obtiene más pronto previamente el lavado con el suero fisiológico.—Traducido.—DR. MANUEL CABEZAS.

Incorporación del Dr. don Oscar Pacheco Chaverri

En la 16.^a sesión ordinaria de la Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina de la República, celebrada el once de agosto de mil novecientos quince, fué incorporado en la Facultad el Dr. don Oscar Pacheco Chaverri, Médico y Cirujano graduado en la Universidad de Pensylvania, Estados Unidos de Norte América, quien presentó los exámenes reglamentarios en los días dos, tres y cuatro de Agosto de 1915 y en los cuales fué aprobado por unanimidad de votos.