

plata coloidal o de antivirius (no se deben emplear soluciones de sulfamida superiores al medio a uno por 100 a causa de su elevado pH), en la posición decúbito lateral del *lado enfermo*, con la cabeza baja. 4) Tres o cuatro movimientos de aspiración con boca y nariz ocluidas, en la misma posición lateral, que al producir una baja presión en las fosas nasales hace salir el aire de los senos a burbujas, que son sustituidas por gotas de la solución empleada que así se introduce en el seno; a cada movimiento inspirativo nuevas burbujas de aire salen del seno y otras tantas gotas del medicamento se desplazan al interior del seno.

Estas series de aspiración de secreciones, instilaciones en las fosas nasales y en los senos pueden repetirse tres veces al día. A ello se pueden añadir sesiones de onda corta, baños de luz y radioterapia local.

Si la sinusitis persiste, entonces deberán emplearse técnicas especiales al alcance del especialista, como son lavados por cateterismo o punción, extirpación de pólipos, correcciones del tabique nasal, etmoidectomías, agrandamiento de los conductos de desagüe o creación de nuevos orificios o ventanas por vía endonasal, y en los casos de lesiones irreversibles o resistentes a estas intervenciones, operaciones radicales por vía externa.

(Per B. C. Méd. Madrid.)

## S SINUSITIS

ODONTOLATRIA

*Las sinusitis*, por el doctor ERNESTO ALONSO FERRER. Madrid.

La sinusitis típica con cefaleas, dolor en el área de proyección facial del seno, espontáneo o provocado; supuración nasal, obstrucción de la fosa nasal correspondiente, etc., representa un pequeño tanto por ciento, quizá el 10 por 100 o menos de las inflamaciones sinusales.

A menudo las radiografías nos muestran imágenes falsas de sinusitis por ser los senos pequeños o de pared más gruesa que la del seno homólogo, o al contrario, una radiografía normal enmascara una sinusitis.

El cateterismo o la punción permiten aspirar las secreciones, puntualizar si el seno comunica o no libremente con la fosa nasal y obtener por el estudio citológico y bacteriológico del líquido de lavado (solución salina esterilizada) indicaciones precisas sobre el contenido de la cavidad sinusal. A través del catéter o de la aguja de punción se pueden inyectar líquidos radioopacos que nos permiten obtener radiografías de la cavidad y de la mucosa más o menos alterada comprendida entre el contorno óseo y la cavidad del seno ocupada por el líquido radioopaco (Lipiodol, Torotras, Oliyodo, solución de yoduro potásico el 30 por 100, etc.)

*Cuidados generales.*—Se recomendará al enfermo una atmósfera no pulverulenta, irritante ni con cambios bruscos de temperatura. Dieta abundante y variada que contenga las debidas proporciones de proteínas grasas, grasas, hidrocarbonados y sales y que sea muy rica en vitaminas. Se prohibirá la natación y se desaconsejarán los viajes en avión y los ejercicios fuertes.

Se puede emplear una autovacuna y hacer algún choque sulfamídico, empleando los "tiazoles" de preferencia, puesto que el estafilococo es germen habitual de las sinusitis.

La norma puede ser, las cuatro horas, un comprimido de 0,50 de Sulfotiazol cada hora, y después, cada cuatro horas, dos comprimidos durante el primer día y tres días más a razón de seis comprimidos al día: dos después del desayuno, dos después de la comida y dos después de la cena; después de diez días de descanso se puede volver a repetir. Esta terapéutica es eficaz en las sinusitis agudas y subagudas, no así en las crónicas, que generalmente exigen cuidados quirúrgicos.

No tengo experiencia de la penicilina empleada como medicación general. Lealmente, en dos casos, he podido comprobar su eficacia, ya que curaron dos sinusitis subagudas febriles a meumococos con una sola aplicación por caso, inyectando en el seno 50.000 unidades Oxford de sal sódica de Penicilina Cutter. En los enfermos alérgicos se hará el tratamiento correspondiente. Los dientes serán cuidadosamente revisados, y las piezas con apicitis, quistes, granulomas, etc., extraídas.

*Cuidado locales.*—Evitar se suenen los enfermos violentamente para no propagar la infección a otros senos. Varias veces al día el enfermo hará los mismos movimientos de una inspiración profunda con la boca y la nariz cerradas, con lo que al enrarecerse el aire de las fosas nasales se aspirarán secreciones de los senos. Después se colocará el paciente en decúbito lateral del lado enfermo, no sólo sin almohada, sino más bien con la cabeza en un plano ligeramente inferior al del cuerpo. En esta posición se instalarán dos centímetros cúbicos de una solución de efedrina al 1 por 100, que, gracias a ella, bañará la pared externa de las fosas nasales, donde se encuentran los orificios de comunicación de los senos. Las instalaciones nasales así practicadas son muy útiles; en cambio, si se practican al uso corriente, con la cabeza echada hacia atrás, las gotas instiladas discurren por el suelo de las fosas nasales, llegando pronto a la garganta, sin casi ningún efecto tópico sobre las fosas nasales, a las que apenas bañará, y sin ninguno sobre los conductos senonasales.

Hechas estas utilísimas instilaciones, podemos conseguir se introduzca el medicamento dentro de los senos sin tener que recurrir a la punción, sólo bastará añadir a la instilación la aspiración para conseguir el "desplazamiento" del líquido empleado al interior de los senos. Debe procederse así: 1) Se harán dos o tres movimientos aspirativos, dilatando el tórax con la boca cerrada y la nariz ocluída en posición decúbito lateral del *lado contrario* al de la sinusitis. 2) Sonado ligero. 3) Instilación de dos a cuatro centímetros cúbicos de una solución de efedrina, de

individuos no estaban saturados en absoluto, pero no hubo indicación de qué subsistencia en este nivel intermedio predispusiera a la enfermedad de las encías.

La aducida relación entre la estomatitis de Vincent y la deficiencia en ácido nicotínico (King, 1940) también se estudió, pero, a), los casos se presentaron en una comunidad en la que era desconocida la pelagra; b) la ingestión de ácido nicotínico en la dieta no pareció ser baja; c) no hubo indicios de absorción alterada de ácido nicotínico ni indicación de pelagra incipiente; d) la administración de 500 mgs. diarios de ácido nicotínico sin tratamiento local, no produjo mejoría en ocho casos de gingivitis, de los cuales seis tenían típica estomatitis ulceromembranosa. Por consiguiente, no pudo demostrarse en esta serie relación entre las estomatitis de Vincent y el ácido nicotínico.

(ODONTOTRIA II, 44.)

## G GINGIVITIS

ODONTOIATRIA

*Encías llagadas y sangrantes en el personal naval. Ingestión de vitamina C y ácido nicotínico.* UNGLEY y HORTON. Lancel, núm. 1, págs. 397-399, 1943. [616.31].

Esta investigación forma parte de una encuesta acerca de la causa de encías llagadas y sangrantes en el personal naval, observada en 1940, y que, sobre bases clínicas, se sospechó que fuese debida a deficiencia en vitamina C. La investigación comprendió la búsqueda de pruebas clínicas, y de otros órdenes, de deficiencia nutritiva; análisis bacteriológico y examen clínico de boca y garganta; determinación de ingestión de vitamina C; pruebas de saturación de vitamina C, y, por último, ensayos terapéuticos controlados.

Los sujetos que ingresaron en el hospital con las encías en tales condiciones comprendían 38 individuos procedentes de dragaminas y otras pequeñas embarcaciones, dos de barcos mayores y otros 11 de establecimientos portuarios. Los individuos procedentes de pequeñas embarcaciones rara vez permanecían en el mar más de tres semanas, y de ordinario tocaban en puerto todos los días a cada pocos días. Los sujetos en cuestión recibían la ración "standard" y un subsidio alimenticio adicional, pero no parece que se privasen de alimentos conteniendo vitamina C con el propósito de ahorrar. Junto con los individuos procedentes de barcos mayores y establecimientos portuarios, su promedio de ingestión de vi-

vitamina C varió entre 16 y 80 miligramos. Los niveles bajos de ingestión estuvieron a veces relacionados con caprichos alimenticios.

La fuente principal de vitamina C fueron las patatas. En algunos barcos se podían comer patatas recién condimentadas dos veces al día. La media servida era de ocho onzas (unos 227 gramos). Las verduras se preparaban sin precauciones para evitar la pérdida de vitaminas y se recalentaban a menudo. La antipatía por el repollo fué común. Los vegetales en las sopas se cocían durante muchas horas; no se añadían justamente en el momento de ser servidos. La mayor parte de los demás alimentos no contribuían con mucha vitamina C a la dieta.

Los pacientes se describieron como saturados, casi saturados o sin saturar en diversos grados, según se obtuviera o no una excreción de 100 miligramos o más después de la 1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup>, 3.<sup>a</sup>, 4.<sup>a</sup>, 5.<sup>a</sup> ó 6.<sup>a</sup> dosis de prueba de 700 miligramos de ácido ascórbico. Los pacientes recibieron una dieta pobre en ácido ascórbico durante y antes de las pruebas, pero como grupo no se hallaban peor saturados que las tripulaciones sanas de embarcaciones pesqueras en el mismo puerto, o que los paisanos sanos o el personal naval ensayado simultáneamente por McNee y Reid (1942).

Aunque algunos casos habían sido considerados como escorbúticos, ninguno tuvo hemorragias en la piel o membranas mucosas que no fueran las encías, y no existió hiperqueratosis follicular. El malestar y la fatiga no fueron frecuentes y la vitamina C no tuvo efectos aparentes sobre la sensación de bienestar. El apetito rara vez se perdió. Dos pacientes con infección de Vincent tuvieron escoriaciones de las comisuras de la boca, pero no hubo otros signos que sugiriesen arriboflavinosis.

Las pruebas de resistencia capilar por un método de presión positiva dieron resultados normales en 49 casos ensayados. Ninguno de ellos se quejó de visión nocturna defectuosa. En 26 casos, la hemoglobina osciló entre 82 a 120 por 100. Los eritrocitos variaron entre 4,32 y 5,98 millones, y el recuento de leucocitos entre 7,5 y 13,6 millares por milímetro cúbico. Las fórmulas leucocitarias no fueron notables. En los frotis obtenidos de las encías de todos los pacientes menos de uno se hallaron organismos de Vincent. En 32 de 51 pacientes las pruebas clínicas y bacteriológicas de estomatitis ulceromembranosa (infección de Vincent), fueron claras.

Sólo en tres casos recordaron las apariencias el cuadro clásico de las encías escorbúticas. Uno mejoró liberamente después de la administración de ácido ascórbico, y dos permanecieron igual que antes. Los tres se curaron después de tratamiento local.

A 13 pacientes, de los cuales nueve tenían estomatitis ulceromembranosa, se les administró, sin medidas locales, ácido ascórbico (de 300 a 700 mgs. diarios). Hubo ligera mejoría en un caso y mediana en otros dos. Los diez pacientes restantes no presentaron mejoría alguna. El ácido ascórbico y otros suplementos vitamínicos no parecieron mejorar o acelerar la respuesta a las medidas locales.

De este trabajo no se obtuvieron pruebas de que los sujetos en cuestión padeciesen de deficiencia en vitamina C, a juzgar por los niveles usuales. Sólo hubo cuatro de ellos cuya ingestión diaria de vitamina C se determinó resultando tan reducida, que sólo alcanzó de 16 a 19 mgs. por día, y la mayor parte de las dietas se calculó que proporcionaban más del doble de esta cantidad. En cambio, los

ral de cinc, del cual por reducción se obtiene cinc metálico depositado sobre el hilo, con el empleo de ánodos plomo-plata.

Por último se trata de la importancia que están adquiriendo diversos trabajos sobre los fundamentos teóricos de la deformación en frío en general y del trefilado en particular, los cuales sirven de base para el estudio sistemático de la influencia de diversos factores de diversas condiciones de trabajo, *per I. IV. 38.*)

## A ACEROS (Hilos de)

ODONTOIATRIA

*Pasado, presente y porvenir en la producción de hilos de acero.—A. Pemo. (Stahl u. Eisen, 253, 61, 1941.)*

Entre las diversas fases de la fabricación de hilos de acero, el autor comienza por el descapado, en el cual el método del ácido sulfúrico ha eliminado a los antiguos de pulimento mecánico, introduce, sin embargo, la desventaja de la fragilidad de los hilos tratados químicamente, debido a la presencia del hidrógeno, lo que se separa eliminándolo térmicamente o reduciendo su formación con los inhibidores, los cuales además aportan la ventaja de una menor pérdida de material y menos deterioro superficial. Estudios más modernos prueban que la adición al baño de sulfato ferroso en adecuada cantidad rebaja el ataque del hierro y aumenta la solubilidad del óxido. Por eso en algunas instalaciones el baño se renueva continuamente, recrystalizando el exceso de sulfuro y volviendo a la solución. El descapado electrolítico, al menos teóricamente, promete algunas ventajas, cual son la desoxidación sin consumo de ácido, así como la eliminación del depósito de hidrógeno sobre el hilo mediante la inserción anódica, y con ello la disminución de fragilidad.

Generalmente el descapado se realiza introduciendo las madejas

Es también útil añadir que estas hojitas analíticas son elegantemente presentadas en pequeños estuches de materia plástica donde se conservan al abrigo de la humedad y de los vapores ácidos y alcalinos, permitiendo llevarlos fácilmente en el bolsillo por series seleccionadas.

No hay duda de que este nuevo método de trabajo si no encuentra una calurosa acogida entre los químicos, sí la encontrara entre los industriales, técnicos y prácticos en general y aun del aficionado que le permitirá abordar de una forma rápida y sencilla la determinación del pH de diversos productos y entregarse a las útiles tareas investigadoras en el inmenso dominio científico que le ofrece la naturaleza.

*La Nature*, núm. 3076 de 15-XII-41: Págs. 442, 443, 444.

## PH NUEVAS HOJAS ANALITICAS PARA LA EVALUACION DEL PH

ODONTOLATRIA

Acaban de ser presentadas unas nuevas "hojas analíticas" que permiten una evaluación del Ph por virajes de color y en forma sumamente simplificada.

Se trata en realidad de una variante del procedimiento "Ionoskrig" que consiste, como es sabido, en la aplicación de un trazado efectuado por medio de un reactivo sólido sobre una hoja de papel neutro. Humedeciendo este trazado con la solución acuosa en examen tomará una coloración en función del Ph y éste será determinado con facilidad por la simple comparación con una escala coloreada apropiada a este fin. Las ventajas de este método ya han sido anteriormente descritas en esta misma revista (M. Dérivé, el "Ionoskrib" para la medida colorimétrica del Ph. *La nature*, núm. 3039. 15-XII-38.)

En las hojas analíticas "Ionoskrib" igualmente presentadas por los químicos franceses Dru y Monnet, el trazado reactivo se encuentra automáticamente realizado en el papel neutro, recortado, listo para su empleo, en forma de cintitas rectangulares fácilmente manejables, lo que conduce a una primera simplificación del procedimiento.

Además, y ahí residen, a nuestro modo de ver, la originalidad y el mismo interés de esta novedad, los inventores han buscado unos virajes de color de tintas claras, francamente caracterizadas, interesando una zona de Ph reducida, extendiéndose sobre dos unidades como máximo.

Cada hojita lleva como referencia un número de tres o cuatro cifras y sirven para tres colores correspondientes a tres valores determinados de Ph. Por ejemplo, para la hojita con referencia FA. 012, se indi-

en el baño amontonadas; pero ya se emplea el suspenderlas e incluso darles un movimiento pendular; en América se ha llegado al descapado continuo con un proceso semejante al de las cintas. Las operaciones anejas al descapado no han variado mucho, ni el lavado, ni la calcinación, ni el secado, que generalmente dura de ocho a diez horas, si bien en algunas factorías americanas se ha introducido un secado relámpago que reduce el tiempo en cinco-diez minutos.

En la técnica del trefilado se ha progresado mucho desde los primitivos aparatos hasta las actuales máquinas múltiples, en las que se evitan frecuentes interrupciones, practicando la soldadura de una madeja con otra; pero la ventaja mayor se ha obtenido por el empleo en la hilera de las aleaciones durísima a base de carburos.

En el proceso de la lubricación no se ha profundizado tanto, y si bien ya no se utilizan, por ejemplo, orines, aun se usa el jabón seco y pulverizado. Es interesante el procedimiento de fosfatización llamado de "Bonder", con el que se facilita la deformación en frío, con notable ahorro de matrices; también tiene la ventaja de que las superficies fosfatizadas puedan utilizar como lubricantes flúidos acuosos como emulsiones de aceites o jabonosas, con los que ahorran también lubricantes más caros.

Los tratamientos térmicos también han sufrido modificaciones de importancia, siendo de destacar el temple atenuado, usualmente en baño de plomo, porque es el tratamiento que rinde el material

más conveniente para el trefilado y comunica al hilo terminado las mejores características mecánicas. De todos modos a pesar de los muchos estudios en este sentido, aun quedan diversos puntos por solucionar. En cuanto a los hornos para calentar los hilos, también han sufrido importantes transformaciones desde los de carbón hasta los eléctricos, donde es mucho más fácil regular la temperatura, e incluso en algunas factorías la calefacción se obtiene haciendo pasar por el mismo hilo una corriente eléctrica hasta que entra en el baño de plomo.

La última operación a que se refiere el autor en la producción de hilos es el cincado o el estañado, en las cuales también hay recientes perfeccionamientos. En el proceso "Crapo" el hilo antes del cincado en caliente atraviesa un baño de cianuro, con lo que aumenta el grado de adhesión del cinc al hierro; otro ejemplo lo tenemos en el galvanizado con calentamiento posterior, con el cual el hilo no se enfría inmediatamente, sino que se mantiene a una temperatura de  $460^{\circ}$ , con el fin de dar a la capa protectora mayor capacidad al hacer desaparecer de la superficie las porosidades que podrían existir. También el cincado electrolítico suministra ventajas cual son revestidos de gran pureza y muy adherentes, flexibles y tenaces y con mayor resistencia al ataque por soluciones de sulfato de cobre. Cita el autor el proceso llamado betanización (de Bethlehem Steel Co.), en el cual el electrolito contiene disuelto el mine-

ea: verde-azul-violeta. Cada tinte anunciado correspondiente por el mismo orden a las cifras de referencia significa que este reactivo da una coloración verde al Ph 0, 0-azul al Ph 1,0 y violeta al Ph 2,0

Además los autores del procedimiento "Ionoskrib", del que ya se conoce el reactivo colorigráfico "Universal", han preparado una hojita analítica "Universal" F. A. 112 cuya gama de viraje policromo se extiende del Ph 1,0 al 12,0, pasando sucesivamente por los colores del espectro solar: rojo, naranja, amarillo, verde y azul.

Este dispositivo se revela como de uso eminentemente práctico. Es preciso subrayar que se obtienen muy buenas evaluaciones en las vecindades de la neutralidad. Las coloraciones amarillo naranja (pH: 5,0), amarillo (pH: 6,0), amarillo verde (pH: 7,0) y verde amarillo (pH: 8,0) se distinguen muy bien las unas de las otras, lo mismo que las que corresponden a los pH: 9,0 y 10,0, verde y verde azul.

Si la hojita "Universal" F.A. 112 permite la obtención de resultados con un margen de una unidad, las hojitas complementarias alcanzan evaluaciones mucho más ajustadas con un margen de 0,5 de unidad. Además el interés práctico de este procedimiento se ve aumentado por el número de estas últimas que se suceden de unidad en unidad desde el pH: 0,0 hasta el pH: 14,0.

Es preciso operar con sumo cuidado. Colocar una gota de la solución objeto de análisis, valiéndose de un instrumento limpio, sobre una lámina también limpia (lámina porta-objetos, vidrio de reloj, etc.). Inmediatamente se aproxima una hojita, sea "Universal" sea elegida entre las de pH próximo al que se le supone al líquido en estudio, hasta que se moje ligeramente. También se puede introducir rápidamente la hojita en el líquido a analizar, y luego sostenerla con un soporte o simplemente con los dedos hasta que el viraje sea completo y la coloración clara. El examen de la coloración indicará el PH buscado al

leer la referencia de la hojita empleada. La observación se hará mejor y con más exactitud colocando la hojita sobre una superficie blanca, por ejemplo un ladrillo de cerámica, una taza de porcelana, etc. Creemos recomendable hacerlo siempre así.

En el caso de las aguas o de líquidos con poco poder tampón, los reactivos presentan una cierta inercia, por lo que es necesario aguardar un minuto o más. Para los líquidos con normal poder tampón, al contrario, lo que es el caso de la mayoría de productos industriales, cuyo viraje es prácticamente instantáneo. Es preciso no mojar las hojitas en demasía, lo que dificultaría el examen y no trabajar más que con toques ligeros con mínimas cantidades de substancia.

El empleo de las hojas analíticas encontrará múltiples aplicaciones en los más diversos dominios, industrial, médico o puramente científico. Indiquemos simplemente a título de ejemplo la rápida evaluación del pH de los baños electrolíticos, aguas potables, naturales o industriales, conservas alimenticias, etc. Es igualmente posible analizar soluciones netamente coloreadas, como baños curtientes, aguas residuales, baños galvanoplastia, y también substancias viscosas u opacas, pomadas, colas, sales coloidales, emulsiones, leches, latex, etc. Como que es posible operar con muy pequeñas cantidades de substancia, es posible hacer toques directos con exudados vegetales o con secreciones de un organismo animal, de donde se deduce el interés del método en botánica, higiene alimenticia y, sobre todo, para el diagnóstico médico: pH urinario, en ginecología, en estomatología, etc.

Muy interesante señalar que por el empleo de líquidos tampón previamente ajustados a pH, determinados las hojas colorimétricas, se convierten en un procedimiento colorimétrico de precisión, permitiendo al técnico la evaluación del pH en condiciones de simplicidad y economía aun desconocidas.

zos, muslos y espalda, de papulas blandas en el escroto y pene, un enorme condiloma de ano y placas mucosas de la lengua, superficie bucal y amígdalas. Este caso curó con tratamiento bismútico.

Caso 2.º Niña beduina de ocho años, con un bejel recién adquirido y acusando un Kahn de cuatro cruces. Después de la erupción bucal corriente se le desarrolló una lesión de lengua que le duró dos meses. Era una niña bien nutrida y aparentemente sana, con excepción de una adenopatía general y una fisura ulcerada del dorso de la lengua. La úlcera tenía apariencia de lesión tardía, aunque la historia indicaba que era precoz. Una inyección de 0,5 gr. de bismuto curó la lesión.

Caso 3.º Una mujer beduina de treinta y tres años que contrajo el bejel en la infancia, con una reacción de Kahn de cuatro cruces. Estuvo perfectamente bien después de su infección precoz, hasta que a los treinta y dos años empezó a padecer de dolores de garganta seguido de dolor de nariz. Presentaba mucha descarga nasal con dolor de cabeza; los líquidos tragados eran parcialmente arrojados por las ventanas de la nariz. Al examen, un año después del ataque de la lesión tardía, presentaba una erosión completa de la uvula y del paladar blando con colapso del puente nasal y perforación del septum; unas masas granulosas rellenaban ambas ventanas de la nariz; también acusaba necrosis del proceso alveolar. Los dos incisivos centrales superiores y el lateral fueron extraídos con forceps en bloque con el proceso alveolar.

## S SIFILIS

## ODONTOIATRIA

*Bejel-Sífilis infantil de los beduinos; manifestaciones orales*, por E. H. HUNDSON. M. D., J. A. D. A.-D. C. 24-2

Bejel es el nombre árabe de una enfermedad espiroquetósica que se encuentra entre los beduinos nómadas del desierto de Siria y de los beduinos seminómadas que viven en las chozas de los pantanos de las orillas del Eúfrates Medio. Estos pueblos seminómadas comprenden una población de 150.000 habitantes en un radio de 100 millas alrededor de Deir-ez-Zor, la única ciudad de importancia del río dentro del Mandato Siriano.

Que el bejel es una forma de sífilis, está confirmado por la morfología de las lesiones; la presencia constante en las lesiones precoces de un espiroqueto que no puede distinguirse del *T. pallidum*; la precipitación positiva constante y reacciones de fijación del complemento; el curso general de la enfermedad que comprende un estado precoz, un período latente de variada longitud y un estado último, y finalmente, su respuesta favorable al tratamiento antisifilítico.

El sesenta y cinco por ciento de la población adulta puede establecerse que han tenido esta enfermedad, y los estudios serológicos demuestran que de éstos, el 60 por 100 tienen reacciones sanguíneas positivas. Las investigaciones basadas en la serología, historia y examen físico, han conducido a la conclusión de que el 90 por 100 de la población adulta esta afectada; de estos afectados, únicamente un pequeñísimo porcentaje reciben el adecuado tratamiento.

Los niños de las poblaciones constituyen el reservorio y la fuente

del contagio del bejel. El sesenta por ciento de los adultos han adquirido la enfermedad en la infancia. La propagación del bejel en la comunidad no tiene nada que ver con el sexo. En contrario de lo que pasa en la sífilis, esta enfermedad se transmite por contactos inmediatos no sexuales.

Una lesión primaria de chancro no puede ser identificada como tal en el bejel. Su primera manifestación aparente es una erupción cuta-neomucosa. Las lesiones de la membrana mucosa de la boca consisten en las placas mucosas secundarias de la sífilis, ligeramente elevadas en arcos ovales, cubiertas con una película gris de epitelio descamado y macerado. La erupción en la piel es generalmente popular y de distribución circinada. Aparecen más frecuentemente durante el verano y, sobre todo en los pliegues húmedos del organismo. Se pueden demostrar abundantes espiroquetos en las lesiones cutáneas y mucosas.

En el transcurso de un año estas lesiones precoces desaparecen espontáneamente, dejando un aparente estado de salud, aunque las reacciones de la sangre permanecen positivas. Después de un período de latencia que puede incluso durar hasta años, se vuelven a desarrollar lesiones tardías, que consisten, la mayoría de las veces, en úlceras que afectan a alguna o a todas las estructuras de las cavidades oral, nasal y faríngeas. Otras lesiones residen en la piel o en el periostio de los huesos largos. Los espiroquetos no se encuentran, por lo general, en las lesiones tardías, que son gomosas. Los traumas son los que determinan, en muchos casos, los sitios de estas lesiones. En un grupo de 186 beduinos con bejel, 104 tenían lesiones de boca, faringe, laringe y nariz; treinta y nueve tenían ulceraciones en diversas partes, y cincuenta y cinco presentaban erupciones en la piel. En otras palabras, más de la mitad de las lesiones de bejel pueden ser descubiertas por exámenes de la boca, nariz y garganta.

La úlcera buco-faríngea comienza con congestión, acompañada de dolor. La congestión tiende a localizarse en un punto, donde la continuidad de la mucosa se ha perdido, apareciendo pequeñas úlceras. Al poco tiempo la úlcera crece y se cubre de una capa amarillenta, la cual no puede desprenderse sin gran dificultad y dolor; la base de la úlcera sangra con facilidad. Los espiroquetos, que no pueden distinguirse del *T. palidum*, pueden algunas veces encontrarse en los raspados de las lesiones. Si el enfermo permanece intratado, las úlceras se extienden lentamente, llegando a afectar a las estructuras vecinas, erosionando extensamente en todas direcciones y curando con mucha lentitud con la producción de extensas bandas de distorsión y cicatrices mucosas. La presencia de tales tejidos cicatriciales en la garganta es de un gran valor diagnóstico en el bejel.

Afortunadamente para el paciente, estas lesiones bucales responden de un modo franco al tratamiento arsenical o bismútico, bastando 1 gramo de cada uno para obtener una mejoría del dolor y la cicatrización de la úlcera.

#### Resumen:

1. El Bejel es una sífilis no venérea de los beduinos adquirida en la infancia, cuyo curso comprende dos estados: el precoz y el tardío, separados por un período latente de longitud variable.

2. Las lesiones orales son características de los dos períodos. Las del período precoz son placas mucosas, y las del período tardío son úlceras, que pueden atacar o extenderse a las distintas estructuras de la boca.

#### Historias clínicas:

Caso 1.º Muchacho beduino de quince años que contrajo la enfermedad por contagio de una hermana seis meses antes; presentaba una erupción muco-cutánea consistente en papulas escarificadas en los bra-